

Клиническое наблюдение некротизирующего фасциоцеллюлита на верхней конечности у молодого пациента

П. А. Жуков

Отделение гнойной хирургии ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1»,
Россия, 625023, Тюмень, ул. Котовского, д. 55

Контактное лицо: Павел Алексеевич Жуков, t.shargina@tokb.ru

В статье представлен опыт успешного комплексного хирургического лечения пациента с обширным гнойно-некротическим поражением верхней конечности, обусловленным некротизирующим фасциоцеллюлитом. Комплексное лечение включало: хирургические обработки, открытое послеоперационное ведение ран под повязками и аутодермопластику обширных гранулирующих раневых поверхностей на заключительной стадии.

Ключевые слова: некротизирующий фасциит, некротизирующий целлюлит, хирургическое лечение, местное лечение, аутодермопластика.

Для цитирования: Жуков П. А. Клиническое наблюдение некротизирующего фасциоцеллюлита на верхней конечности. Раны и раневые инфекции. Журнал им. проф. Б. М. Костюченка. 2018; 5 (3): 40-43.

DOI: 10.25199/2408-9613-2018-5-3-40-43

Clinical case of necrotizing fasciocellulitis on the upper limb in a young patient

P. A. Zhukov

Purulent Surgery Department GBI TD "Regional Clinical Hospital No. 1"
55 Kotovskiy Str., Tyumen, 625023, Russia

The article presents the experience of successful complex surgical treatment of a patient with extensive purulent-necrotic lesion of the upper limb, caused by necrotizing fasciocellulitis. Comprehensive treatment included: surgical debridement, open postoperative wound management under dressings and skin grafting of the extensive granulating wound surfaces at the final stage.

Key words: necrotizing fasciitis, necrotizing cellulitis, surgical treatment, local treatment, skin grafting.

For citation: Zhukov P. A. Clinical case of necrotizing fasciocellulitis on the upper limb in a young patient. Wounds and wound infections. The Prof. B. M. Kostyuchenok Journal. 2018; 5 (3): 40-43.

Введение

Некротизирующая инфекция мягких тканей отличается трудностью ранней диагностики, быстрым распространением, тяжестью и длительностью лечения [1, 2]. При этом частота встречаемости новых случаев некротизирующих целлюлитов и фасциитов ежегодно возрастает. Приводим клиническое наблюдение некротизирующего фасциоцеллюлита на верхней конечности у молодого пациента без сопутствующей соматической патологии с описанием классического подхода к его комплексному лечению.

Клиническое наблюдение

Пациент К., 1969 года рождения, поступил в экстренном порядке 19.09.2016 с жалобами на боли в области III пальца левой кисти и самой кисти, повышение температуры тела до 38,0 °С. Из анамнеза известно, что пациент, находясь на рыбалке, получил колотую рану о плавник пойманной рыбы. В течение трех суток беспокоили боли в области раны, за медицинской помощью не обращался.

Местный статус при поступлении

При осмотре обратили на себя внимание отек и гиперемия III пальца левой кисти, распространившиеся по тыльной поверхности до лучезапястного сустава. Гиперемия не имела четких контуров, в центре ее определялась флюктуация. Симптом крепитации отрицательный.

Общее состояние пациента не изменено, ближе к относительно удовлетворительному, по органам и системам без клинически значимых особенностей. Пациент госпитализирован в отделение гнойной хирургии.

В связи с подозрением на наличие инфицированной колотой раны левой кисти принято решение о проведении хирургической обработки: линейным разрезом по тыльной поверхности кисти выполнено вскрытие гнойного очага, получена мутная жидкость, ткани раны тусклого цвета, взят тканевой биоптат для микробиологического исследования, полость раны обработана раствором антисептика, рыхло тампонируется салфетками с мазью на водорастворимой основе.



Рис. 1. Обширная гранулирующая рана тыльной поверхности левой верхней конечности после хирургического лечения некротизирующего фасциоцеллюлита

Fig. 1. An extensive granulating wound on the dorsum of the left upper limb after surgical treatment of necrotizing fasciitis



Рис. 2а. Аутодермопластика гранулирующей раны тыльной поверхности левой кисти расщепленным перфорированным кожным трансплантатом толщиной 0,4 мм

Fig. 2a. Skin grafting of a granulating wound on the back surface of the left wrist with a 0.4 mm thick split perforated skin graft



Рис. 2б. Аутодермопластика гранулирующей раны тыльной поверхности левого предплечья и плеча расщепленным перфорированным кожным трансплантатом толщиной 0,4 мм

Fig. 2b. Skin grafting of a granulating wound of the dorsum of the left forearm and shoulder with a 0.4 mm thick split perforated skin graft



Рис. 3. Приживление трансплантатов на 70,0 % площади ран с формированием островков эпителизации по всей поверхности

Fig. 3. The graft engraftment on 70.0% of the wounds area with the formation of epithelialization islands over the entire surface

На следующие сутки после операции отметили распространение гиперемии и отека на нижнюю треть левого предплечья, что было расценено как прогрессирование поражения. Под внутривенной анестезией выполнены повторная хирургическая обработка и дренирование гнойных очагов, распространившихся по тыльной поверхности до средней трети предплечья.

По результатам микробиологического исследования выделен *Streptococcus ruogenes*, назначен Сульфасин 1,0 × 3 раза в сутки внутривенно.

Несмотря на проводимое общее и местное лечение, на следующие сутки после операции выявлено распространение гнойного процесса до уровня средней трети плеча. Проведена повторная ревизия и хирургическая обработка под внутривенной анестезией с продлением раны до верхней трети плеча. К общему лечению добавлен Метронидозол по 500,0 мг × 3 раза в сутки внутривенно.

Дальнейшее распространение процесса прекратилось, рану вели открытым способом под повязками, многократно выполняли повторные хирургические обработки с



Рис. 4. Хорошие функциональный и косметический отдаленные результаты спустя 16 месяцев после окончания лечения
Fig. 4. Good functional and cosmetic 16 months long-term results



удалением вторичных некрозов кожи, подкожной клетчатки, фасциальных футляров.

Спустя три недели местного лечения сформировались обширные гранулирующие раны с дефектом покровных тканей (посевы раневого отделяемого отрицательные, регенераторный тип цитограмм), требовавшие пластического замещения в целях скорейшей реабилитации пациента (рис. 1).

Учитывая расположение ран по тыльной поверхности верхней конечности, принято решение о пластике ран расщепленным перфорированным кожным ауто-трансплантатом. Донорская зона – передняя поверхность левого бедра, толщина среза 0,4 мм, перфорация механическая (рис. 2).

Отмечено приживление трансплантатов на 70,0 % площади ран с формированием островков эпителизации по всей поверхности (рис. 3).

Пациент выписан 26.10.2016 (через месяц после госпитализации) в удовлетворительном состоянии, результат лечения оценил как хороший. Отдаленный

результат отслежен амбулаторно через 16 месяцев: при осмотре и определении углов движения в локтевом и лучезапястном суставах контрактур не выявлено. Движения в полном объеме, безболезненные. Трофических расстройств на участках пластики не выявлено (рис. 4).

Заключение

Тщательный сбор и анализ анамнеза заболевания в сочетании с осторожностью хирургов в отношении возможного развития некротизирующих фасциоллюлитов смешанной этиологии – залог формирования грамотной тактики ведения данной категории больных. Подобным пациентам необходимо выполнение как можно более ранней широкой хирургической обработки гнойного очага, проведение последующего длительного местного лечения и системной антибактериальной терапии (подобранной на основании результатов микробиологических исследований), пластики образовавшихся ран подходящими для конкретной клинической ситуации методами.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Гостищев В. К. Инфекции в хирургии: руководство для врачей. М.: GEOTAR-Media, 2007. 768 с. [*Gostishchev V. K. Infections in surgery: a guide for doctors = Gostishchev V. K. Infektsii v khirurgii: rukovodstvo dlya vrachey. M.: GEOTAR-Media, 2007. 768 s. (In Russ.)*]
2. Липатов К. В., Комарова Е. А., Гурьянов Р. А. Диагностика и хирургическое лечение стрептококковой некротизирующей инфекции мягких тканей. Раны и раневые инфекции. Журнал им. проф. Б. М. Костюченка. 2015; 2 (1): 6–12. [*Lipatov K. V., Komarova E. A., Guryanov R. A. Diagnostics and surgical treatment of streptococcal necrotizing soft tissue infection = Lipatov K. V., Komarova Ye. A., Gur'yanov R. A. Diagnostika i khirurgicheskoye lecheniye streptokokkovoy nekrotiziruyushchey infektsii myagkikh tkaney. Rany i ranevyye infektsii. Zhurnal im. prof. B. M. Kostyuchonka. 2015; 2 (1): 6–12. (In Russ.)*]

Комментарий главного редактора к клиническому наблюдению

Актуальность описываемой в статье проблемы не вызывает сомнений, однако хотелось бы остановиться на некоторых диагностических аспектах и стратегии лечения подобных больных. Пациентам с подозрением на некротизирующие инфекции мягких тканей следует выполнять ультразвуковое исследование с анализом объема поражения тканей (подкожная клетчатка, фасции, мышцы) и его распространенности в проксимальном от входных ворот направлении. По возможности необходимо уточнять результаты УЗИ данными МРТ или компьютерной томографии (на основании анализа денситометрической плотности тканей в симметричных участках на стороне поражения и в «здоровой» зоне можно заподозрить или опровергнуть наличие гнойного расплавления подкожной клетчатки, мышц). Отечность и потеря структурности тканей также являются признаками поражения (пусть и неспецифичными), что в совокупности с данными анамнеза и осмотра может быть весьма информативно. Проведение КТ с внутривенным усилением и отсрочкой в целях анализа перфузии мягких тканей в артериальную, венозную и тканевую стадии, наличие пузырьков воздуха в мягких тканях в отсутствие раневого дефекта позволят уточнить диагноз и заподозрить присутствие газообразующих микроорганизмов. Иногда за неимением возможности выполнить КТ или МРТ поставить диагноз до операции позволяет (по наличию в мягких тканях пузырьков воздуха и уровню их распространения) проведение обзорной рентгенографии.

Хирургическая обработка при некротизирующих инфекциях мягких тканей действительно всегда завершается формированием обширных ран, требующих длительного лечения. Здесь важно планировать доступы к гнойному очагу таким образом, чтобы впоследствии было легче ликвидировать сформированные дефекты; по возможности избегать разрезов над крупными суставами, а их направление должно

соответствовать линиям натяжения кожи. В последние годы в проведении первичной и повторных хирургических обработок очень помогает гидрохирургическая система VersaJet® (Smith&Nephew, UK): струя жидкости срезает некротизированные ткани, оставляя ровную раневую поверхность, а возможность обрабатывать подкожные туннели позволяет избежать нанесения дополнительных разрезов.

Послеоперационное ведение ран в последние годы дополняется ультразвуковой кавитацией и лечением отрицательным давлением. Указанные дополнительные физические методы воздействия способствуют нормализации течения раневого процесса и приводят к физиологическим значениям длительности течения первой фазы раневого процесса.

Переход раневого процесса в репаративную стадию (оценивается не клинически, а по данным количественного микробиологического исследования и цитологии раневых отпечатков) ставит новую задачу – выбор способа устранения дефекта тканей. В настоящее время в гнойной хирургии применимы все виды пластических операций (от аутодермопластики до перемещения сложных комплексов тканей). Выбор подходящего метода зависит от локализации, размеров и функции зоны, подлежащей восстановлению.

В приведенном клиническом наблюдении авторы отдали предпочтение аутодермопластике расщепленными перфорированными кожными трансплантатами как наиболее технически легкой и быстрой операции. Однако, используя местные ткани, а также метод дозированного тканевого растяжения, можно было бы ликвидировать 70,0–80,0 % площади этих ран с лучшими функциональными (отсутствие гипертрофических рубцов и контрактур в данной клинической ситуации скорее исключение, чем правило) и косметическими результатами (а они в подобном случае важны, так как кисть и предплечье часто бывают не скрыты под одеждой).