

Опыт лечения гангрены Фурнье в стационаре Крайнего Севера

Памяти заслуженного деятеля науки Российской Федерации доктора медицинских наук, профессора Михаила Васильевича Гринёва

Н. А. Бруклич, А. А. Орунбаева, Е. Г. Нерсисян
ГБУЗ Республики Коми «Воркутинская больница скорой медицинской помощи»
Россия, 169907, Воркута, ул. Тиманская, д. 2

Контактное лицо: Николай Арнольдович Бруклич, nickbruklich@yandex.ru

В статье представлено несколько клинических наблюдений об опыте лечения гангрены Фурнье в условиях стационара Крайнего Севера.

Ключевые слова: гангрена Фурнье, некротизирующий фасциит, анаэробная флегмона промежности, хирургическое лечение, диагностика, местное лечение.

Для цитирования: Бруклич Н. А., Орунбаева А. А., Нерсисян Е. Г. Опыт лечения гангрены Фурнье в стационаре Крайнего Севера. Раны и раневые инфекции. Журнал им. проф. Б. М. Костюченка, 2020, 7 (3): 32–39.

DOI: 10.25199/2408-9613-2020-7-3-32-39

Experience in the treatment of Fournier's gangrene in the hospital of the Far North
In memory of the honored worker of science of the Russian Federation Doctor of Medical Sciences,
Professor Mikhail Vasilievich Grinev

N. A. Bruklich, A. A. Orunbaeva, E. G. Nersesyan
GBUZ of the Komi Republic "Vorkuta Emergency Hospital"
2 Timanskaya Str., Vorkuta, 169907, Russia

The article presents several clinical observations about the experience of treating Fournier's gangrene in a hospital in the Far North.

Key words: Fournier's gangrene, necrotizing fasciitis, anaerobic abscess, surgical treatment, diagnosis, local treatment.

For citation: Bruklich N.A., Orunbaeva A.A., Nersesyan E.G. Experience in the treatment of Fournier's gangrene in a hospital of the Far North. Wounds and wound infections. The Prof. B. M. Kostyuchenok Journal. 2020, 7 (3): 32–39.

Введение

С 2008 г. заслуженный деятель науки Российской Федерации доктор медицинских наук, профессор Михаил Васильевич Гринев неоднократно принимал приглашения приехать в наш город прочитать курс лекций, несмотря на расстояния и возраст, за что хирурги Воркуты остались благодарны этому прекрасному человеку, ушедшему из жизни 29.08.2019.

Первая лекция была посвящена некротизирующему фасцииту, поскольку Михаил Васильевич много сил и времени отдал изучению данной проблемы, стремясь познакомить с ней как можно больше врачей, итогом чего стала его одноименная монография. Нам и раньше приходилось встречаться, как мы считали, с «гангренозными формами рожи», которые лечили различными методами, в том числе лампасными разрезами, но ясность и системность в диагностике и лечении данной патологии сформировались именно после этой лекции, как и трактовка гангрены Фурнье

как разновидности некротизирующего фасциита со специфической локализацией.

Гангрена Фурнье — это некротизирующий жизнеугрожающий фасциит промежностной, паховой и перинальной области [1, 2, 3]. Некроз распространяется из глубины наружу и в ширину со скоростью 2–3 см в час, поражение глубоких тканей превышает некроз кожных покровов [1, 2]. Преобладающим считается полимикробная этиология заболевания. Не подвергаются сомнению предрасполагающие иммунодефицитные состояния: сахарный диабет, хроническая алкогольная интоксикация, ожирение, злокачественные опухоли различных локализаций. Течение заболевания ряд авторов разделяют на несколько стадий, признавая невысокую клиническую значимость этих классификаций [2]. Для предположения прогноза используют различные шкалы, по сути соответствующие шкалам органной дисфункции [2, 4, 5]. Лечение складывается из активной хирургической тактики, антимикробной

терапии, коррекции гомеостаза, терапии раны с применением отрицательного давления, гипербарической оксигенотерапии. В дальнейшем при обширных раневых дефектах применяется отсроченное (до 5 мес) пластическое закрытие перемещенными васкуляризованными лоскутами [6]. Летальность при этом заболевании остается высокой и составляет от 24,0 до 88,0 % (в среднем 35,0–40,0 %). Сроки лечения варьируют от 2 до 278 сут (в среднем для выживших – $34,8 \pm 18,8$ сут) [2].

Несмотря на то что заболевание описано более ста лет назад, относительная редкость этой патологии приводит к недостаточной осведомленности врачей, следствием чего бывает запоздалая диагностика, промедление с началом лечения, что ухудшает прогноз.

Материалы и методы исследования

С 2012 г. нами пролечено четверо больных с гангреной Фурнье в возрасте от 32 до 63 лет. Локализация патологии включала: область мошонки и полового члена – 1 случай; паховую область, промежность, мошонку, область правого бедра – 1 наблюдение; мошонку, паховую область и промежность – 1 пациент; мошонку, промежность, область полового члена и паховые области – 1 больной. Из сопутствующей патологии диагностировали: псориаз, хроническую экзогенную (алкоголь) интоксикацию и хронический гепатит С – у 1 пациента, сахарный диабет – у 3 больных.

Результаты исследования

Сроки от начала заболевания до госпитализации во всех четырех случаях превышали 24 ч. Прогностическими шкалами мы не пользовались. Микрофлора, выделенная из раны при первичной хирургической обработке, была представлена в двух случаях фекальным энтерококком, в двух случаях данных не сохранилось. Количество операций варьировало от двух до пяти. Гипербарическую оксигенацию и NPWT у данных больных не применяли. Признаки органной дисфункции наблюдали у одного больного. Этот пациент поступил в состоянии септического шока и умер, проведя в отделении реанимации трое суток. Трое пациентов выписаны с выздоровлением. Ниже приводим описание данных клинических наблюдений.

Клиническое наблюдение 1

Пациент Б., 32 лет, был доставлен из кожно-венерологического стационара, где получал лечение по поводу псориаза (рис. 1).

Со слов пациента, заболел остро двое суток назад. Страдал, помимо этого, правосторонним коксартрозом, хроническим гепатитом С, хронической алкогольной интоксикацией. Первым этапом комплексного лечения выполнена хирургическая обработка гнойного очага.



Рис. 1. Внешний вид промежности при госпитализации
Fig. 1. Appearance of the perineum upon admission to the hospital

В послеоперационном периоде проводилась системная антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия (цефалоспорины 3-го поколения), местное лечение ран мазями на полиэтиленгликолевой основе (рис. 2). Микробиологические исследования не выполняли.



Рис. 2. Внешний вид наружных половых органов через 5 сут после первичной хирургической обработки гнойного очага и комплексного системного и местного лечения
Fig. 2. Appearance of the external genital organs 5 days after the primary surgical debridement of a purulent focus and complex systemic and local treatment

После перевода раневого процесса в репаративную стадию – спустя 7 сут от первичной хирургической обработки гнойного очага (рис. 3) – рана мошонки была повторно обработана с пластикой местными тканями (резервов кожи мошонки хватило с избытком), а гранулирующая рана полового члена была ликвидирована аутодермопластикой со 100,0 % приживлением трансплантатов (рис. 4, 5). Срок лечения в круглосуточном стационаре составил 14 сут (рис. 6).



Рис. 3. Внешний вид наружных половых органов перед реконструктивным этапом лечения

Fig. 3. Appearance of the external genital organs before the reconstructive stage of treatment



Рис. 5. Внешний вид полового члена после аутодермопластики

Fig. 5. Appearance of the penis after skin grafting



Рис. 4. Внешний вид мошонки после повторной хирургической обработки раны с пластикой местными тканями

Fig. 4. Appearance of the scrotum after repeated surgical debridement of the wound with plastic by local tissues



Рис. 6. Внешний вид наружных половых органов через месяц после окончания лечения

Fig. 6. Appearance of the external genital organs a month after the end of treatment

Клиническое наблюдение 2

Пациент К., 54 лет, обратился самостоятельно на 5-е сут от начала заболевания (рис. 7).

Болен сахарным диабетом 2-го типа (на инсулинотерапии). Первым этапом лечения проведена хирургическая обработка гнойного очага. Из отделяемого выделен фекальный энтерококк, резистентный к цефалоспорином. Получал местное лечение, антибактериальную терапию, коррекцию гликемии проводили коротким инсулином, затем назначили комбинированную инсулинотерапию. Спустя 3-е сут после первичной хирургической обработки надлобковым доступом был вскрыт затек (рис. 8).

Спустя еще 5 сут была проведена повторная хирургическая обработка раны мошонки с ранним вторичным швом в области лобка (рис. 9, 10). А через 7 сут и рана мошонки была ушита вторичными швами (рис. 11).

Общий срок лечения составил 48 сут (рис. 12).



Рис. 7. Внешний вид мошонки при поступлении в стационар

Fig. 7. Appearance of the scrotum upon admission to the hospital



Рис. 8. Вскрытие гнойного затека через надлобковый доступ
Fig. 8. Opening of a purulent leak through the suprapubic access



Рис. 9. Повторная хирургическая обработка раны мошонки
Fig. 9. Re-surgical debridement of the scrotal wound



Рис. 10. На рану в надлобковой области наложены вторичные швы
Fig. 10. Secondary sutures were applied to the suprapubic wound



Рис. 11. Внешний вид промежности после пластики ран местными тканями
Fig. 11. Appearance of the perineum after local tissues wounds plastic



Рис. 12. Внешний вид промежности через месяц после окончания лечения
Fig. 12. Appearance of the perineum one month after the end of treatment

Клиническое наблюдение 3

Пациент К., 63 лет, был доставлен бригадой скорой медицинской помощи с подозрением на орхоэпидидимит, сахарный диабет 2-го типа, декомпенсацию. Осмотрен урологом, расценившим состояние как экзему, госпитализирован в терапевтическое отделение. На следующий день после госпитализации переведен в хирургическое отделение. Процесс распространился на переднюю брюшную стенку и промежность (рис. 13 а, б).

Патологии прямой кишки выявлено не было. Проведена хирургическая обработка гнойного очага (рис. 14). На половом члене осталась узкая полоска неизменной кожи (рис. 15).

При бактериоскопии отпечатка из раны была обнаружена грамотрицательная смешанная (кокки и палочки) флора. Из раневого отделяемого был выделен фекальный энтерококк (грамположительная флора). Получал антибактериальную терапию (амоксциллина



Рис. 13. Внешний вид промежности (а) и передней брюшной стенки (б) через сутки после поступления в стационар
Fig. 13. Appearance of the perineum (a) and the anterior abdominal wall (b) one day after admission to the hospital



Рис. 14. Первичная хирургическая обработка гнойного очага промежности и полового члена
Fig. 14. Primary surgical debridement of a purulent focus of the perineum and penis



Рис. 15. Узкая полоска неизменной кожи на половом члене
Fig. 15. A narrow strip of unchanged skin on the penis

клавунат), местное лечение, инсулинотерапию (перед выпиской переведен на таблетированные сахароснижающие препараты). Комплексное лечение привело к переходу раневого процесса в репаративную стадию (рис. 16).

Выполнены повторная хирургическая обработка и ушивание раны мошонки и промежности местными тканями с пластикой полового члена местными тканями (крайней плотью) и свободным аутодермальным трансплантатом (рис. 17, 18).



Рис. 16. Репаративная стадия течения раневого процесса
Fig. 16. Reparative stage of the wound healing process

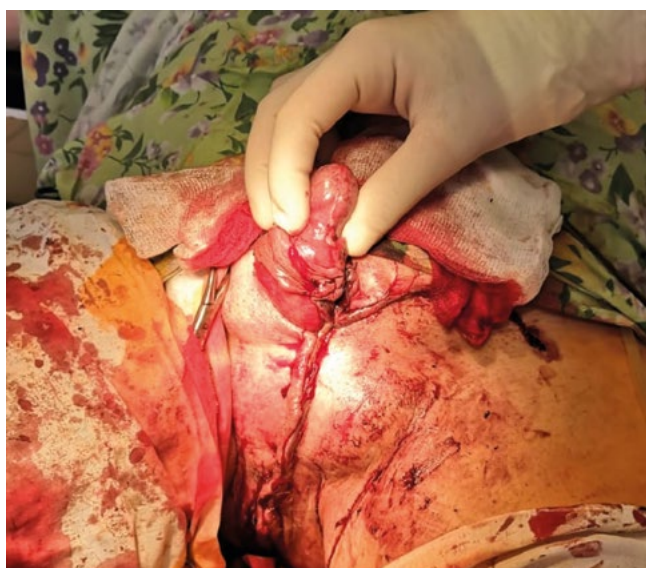


Рис. 17. Повторная хирургическая обработка с пластикой раны местными тканями
Fig. 17. Re-surgical debridement with local tissues wound plastic

В послеоперационном периоде произошло нагноение раны, лизис трансплантата (рис. 19). Из раневого отделяемого высевалась клебсиелла и синегнойная палочка (госпитальная флора), по поводу чего проведена коррекция антибактериальной терапии.



Рис. 18. Внешний вид полового члена после пластики
Fig. 18. Appearance of the penis after plastic surgery



Рис. 19. Нагноение послеоперационной раны
Fig. 19. Suppuration of the postoperative wound



Рис. 20. Рана мошонки до (а) и после (б) окончательной пластики, перед снятием швов (с)
Fig. 20. Scrotal wound before (a) and after (b) final plasty, before suture removal (c)

С интервалом в 3 нед проведены две повторные хирургические обработки с одномоментным ушиванием ран, которые также заканчивались нагноением. Спустя еще месяц, при уверенности в наличии второй фазы течения раневого процесса (низкая степень микробной обсемененности, зрелая грануляционная ткань, выраженная краевая эпителизация), проведена пластика раны местными тканями: яички погружены в карманы

под мобилизованными краями, иссечен эпителий с полового члена, «наползший» с краев (рис. 20 а). Из ранее развернутой крайней плоти к тому времени сформировался широкий кожный лоскут, которого оказалось достаточно, чтобы после мобилизации «обернуть» им половой член полностью (рис. 20 б, с). После операции налажено проточно-аспирационное дренирование. Системная антибактериальная терапия не проводилась.



Рис. 21. Заживление ран первичным натяжением (а), небольшой диастаз краев лоскутов, заживающий вторичным натяжением (б)
Fig. 21. Wound healing by primary intention (a), slight diastasis of the flap edges, healing by secondary intention (b)

Раны зажили первичным натяжением (рис. 21 а), исключая область, где соединялись три лоскута, там осталась поверхностная рана, имеющая все шансы на заживление за счет краевой эпителизации (рис. 21 б). За время лечения пациент перенес COVID-19. Срок госпитализации составил 110 сут.

Заключение

Исход лечения гангрены Фурнье зависит от обширности процесса, своевременности диагностики, наличия органной дисфункции. Основой

эффективного лечения является хирургическая обработка гнойного очага. Высокая вероятность наличия фекального энтерококка как микрофлоры-возбудителя делает нецелесообразным использование цефалоспоринов в качестве стартовой антибактериальной терапии. Для ликвидации раневых поверхностей могут применяться этапные реконструктивные и пластические операции любым доступным способом, чему способствует хорошее кровоснабжение пораженных областей и эластичность кожных покровов.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Гринев М. В., Гринев Кир. М. Некротизирующий фасциит. СПб.: Гиппократ, 2008. 120 с. [Grinev M. V., Grinev Kir. M. Necrotizing fasciitis = Grinev M. V., Grinev Kir. M. Nekrotiziruyushchiy fastsiit. SPb.: Gipokrat, 2008. 120 s. (In Russ.)]
2. Прохоров А. В. Гангрена Фурнье. Клинико-лабораторная картина (обзор литературы). Экспериментальная и клиническая урология. 2016; (1): 78–89. [Prokhorov A. V. Gangrene Fournier. Clinical and laboratory picture (literature review) = Prokhorov A. V. Gangrena Furn'ye.

Kliniko-laboratornaya kartina (obzor literatury). Eksperimental'naya i klinicheskaya urologiya. 2016; (1): 78–89. (In Russ.)]
3. Sroczynski M., Sebastian M., Rudnicki J., et al. A complex approach to the treatment of Fournier's gangrene. Adv Clin Exp Med. 2013; 22 (1): 131–135.
4. Roghmann F., von Bodman C., Löppenberg B., et al. Is there a need for the Fournier's gangrene severity index? Comparison of scoring systems for outcome prediction in patients with Fournier's gangrene. BJU Int. 2012; 110 (9): 1359–1365.

5. Zhu X., Ding F., Wang G., Shao Q. Different scoring systems to evaluate the prognosis of Fournier's gangrene: a comparative study. Zhonghua Nan Ke Xue. 2015; 21 (8): 720–723.
6. Guiotto M., Watfa W., Raffoul W., di Summa P. G. Anterolateral flap with vascularized fascia lata associated with thigh flaps: a case report of an all-in-one reconstruction of the suspensory ligament and penoscrotal district after Fournier gangrene. Ann Plast Surg. 2020; 85 (6): e44–e47.