

Использование отрицательного давления при лечении анаэробной неклостридиальной инфекции промежности

Б. А. Салазар Муньос

Отделение неотложной помощи госпиталя общего профиля Паццуаро
61608 Паццуаро, Мичоакан-де-Окампо, Мексика

Контактное лицо: Бренда Алисия Салазар Муньос, brenda.alicia0109@gmail.com

В статье приведено клиническое наблюдение успешного комплексного лечения анаэробной неклостридиальной инфекции промежности у длительно страдающей сахарным диабетом пациентки 54 лет. Особое внимание уделено возможностям местного лечения с применением отрицательного давления при ведении данной категории больных.

Ключевые слова: анаэробная неклостридиальная инфекция промежности, отрицательное давление, хирургическое лечение, местное лечение, раны, раневые инфекции.

Для цитирования: Салазар Муньос Б. А. Использование отрицательного давления при лечении анаэробной неклостридиальной инфекции промежности. Раны и раневые инфекции. Журнал им. проф. Б. М. Костюченка. 2021, 8 (3): 42-45.

DOI: 10.25199/2408-9613-2021-8-3-42-45

Use of negative pressure in the treatment of anaerobic non-clostridial perineal infection

B. A. Salazar Mun'oz

Emergency Department of Patzcuaro General Hospital
61608 Patzcuaro, Michoacan de Ocampo, Mexico

The article presents a clinical case of a successful complex treatment anaerobic non-clostridial perineal infection in a 54-year-old patient with long-term diabetes mellitus. Particular attention is paid to the possibilities of local treatment using negative pressure wound therapy in the management of this patients category.

Key words: anaerobic non-clostridial perineal infection, negative pressure wound therapy, surgical treatment, local treatment, wounds, wound infections.

For citation: Salazar Mun'oz B. A. Use of negative pressure in the treatment of anaerobic non-clostridial perineal infection. Wounds and wound infections. The Prof. B. M. Kostyuchenok Journal. 2021, 8 (3): 42-45.

Введение

Анаэробная неклостридиальная инфекция (Гангрена Фурнье у мужчин) относится к некротизирующим фасциитам урогенитального или проктологического происхождения и поражает область половых органов, промежность и переднюю стенку живота [1]. Это редкое, но потенциально смертельное заболевание (до 40,0 %), особенно у пациентов с предрасполагающими факторами, такими как сахарный диабет, алкоголизм, онкологические процессы, иммуносупрессия или внутривенное употребление наркотиков. Заболеваемость составляет 1 на 7500 случаев, описана у мужчин и женщин в возрасте от 40 до 70 лет [2].

Лечение ран с использованием терапии отрицательным давлением (NPWT) стало неотъемлемой частью современных хирургических протоколов. Эта система улучшает кровоснабжение тканей, окружающих рану, увеличивает скорость роста и созревания

грануляционной ткани, снижает степень бактериальной обсемененности и увеличивает локальный кровоток [3]. Использование NPWT при лечении анаэробной неклостридиальной инфекции повышает удовлетворенность качеством оказания медицинской помощи, а также демонстрирует надлежащую медицинскую практику, основанную на профессионализме, знаниях и навыках [3, 4].

Клиническое наблюдение

Пациентка 54 лет, в течение 8 лет страдающая сахарным диабетом и артериальной гипертензией. Первые симптомы заболевания появились 27 марта 2021 г.: боль и тяжесть в правой нижней конечности, увеличение в объеме правой ягодицы. 04 апреля она обратилась в отделение неотложной помощи с гипергликемией до 450 mg/dl (≈ 25 ммоль/л. — Прим. ред.) и гнойным процессом в промежности. Больная госпитализирована,

выполнена первичная хирургическая обработка гнойного очага, назначено местное лечение пораженного участка, двойная системная антибактериальная терапия (фторхинолоны и метронидазол) внутривенно, инсулин и болеутоляющие средства.

21 апреля согласно протоколу бактериальной нагрузки (VACAB) диагностирована рана с гнойным экссудатом, наличием некротизированных тканей, занимающих около 80,0 % раневой поверхности с неприятным запахом и зонами ишемии, но отсутствием гипертермии (рис. 1).

В тот же день начата терапия отрицательным давлением с использование губки, импрегнированной серебром. Было проведено 3 сеанса NPWT длительностью 3 сут каждый (с 21 апреля по 10 мая). Длительные промежутки между сеансами NPWT связаны с экономической ситуацией в семье, несущей все расходы по лечению пациентки самостоятельно.

К третьей смене повязки (среднее давление составило — 125 мм рт. ст.) отмечены выраженная положительная динамика в виде уменьшения количества некротических тканей, отсутствие признаков хирургической инфекции (рис. 2).

После завершения курса NPWT продолжено местное лечение: промывание раны очищенной водой и антисептиками — 0,1 % раствором ундециленамидо-пропилбетаина и 0,1 % раствором полигексанида с экспозицией 10–15 мин. Купирование инфекционного процесса и рост грануляционной ткани позволили ране зажить вторичным натяжением. Потребовалось чуть более 40 сут лечения для 100,0 % заживления раны, пациентка была выписана из стационара с рекомендациями по дальнейшему соблюдению правил личной гигиены — подмыванию водой с мылом.

Для заживления раны вторичным натяжением потребовались 31 перевязка, 40 сут пребывания в стационаре, 9 сут с NPWT (она была начата с самого начала лечения, но прерывалась по экономическим причинам). Даже при таком варианте отметили снижение микробной обсемененности раны, а после окончания NPWT продолжили местное лечение с помощью современных антисептиков (0,1 % раствор ундециленамидо-пропилбетаина и 0,1 % раствор полигексанида). 21 августа (5 мес от момента обращения) при контрольном визите отмечено 100,0 % заживление раны (рис. 3).

Заключение

Использование NPWT с момента появления в 90-х гг. XX в. и совершенствование техники и оборудования в последнее время сделали ее хорошей альтернативой в лечении сложных острых или хронических гнойных ран. Правильное применение метода позволяет изолировать обработанную область от окружающей среды вокруг пациента (загрязненная ткань, внешние фиксаторы, полости, слизистые оболочки,



Рис. 1. Внешний вид раны правой паховой области через 2 нед после первичной хирургической обработки гнойного очага и начала лечения отрицательным давлением

Fig. 1. The right groin area wound 2 weeks after the primary surgical debridement had been performed and negative pressure wound therapy had been started

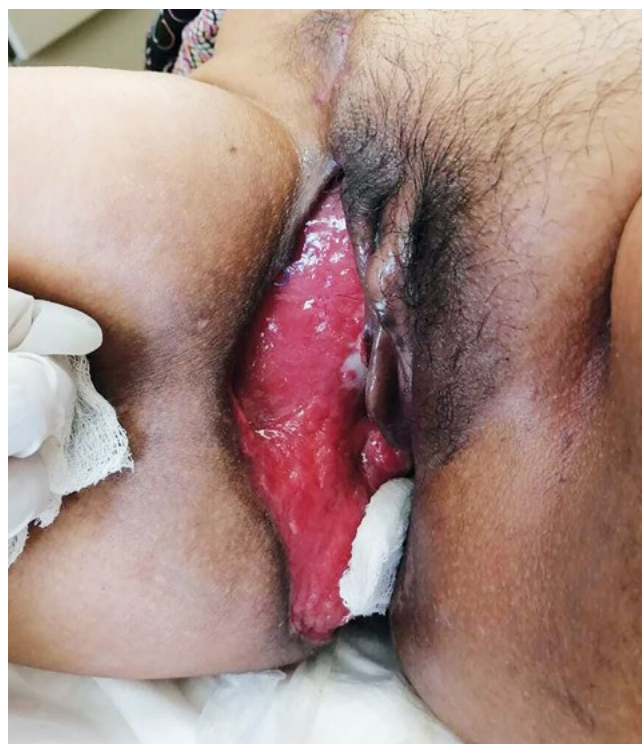


Рис. 2. Внешний вид раны правой паховой области к 3 смене NPWT-повязки: полное очищение раневой поверхности от некротических тканей, зрелая грануляционная ткань, отсутствие признаков инфекции

Fig. 2. The right groin area wound by the 3rd change of the NPWT-dressing had been performed: complete cleansing of the wound surfaces from necrotic tissue, mature granulation tissue, no signs of infection

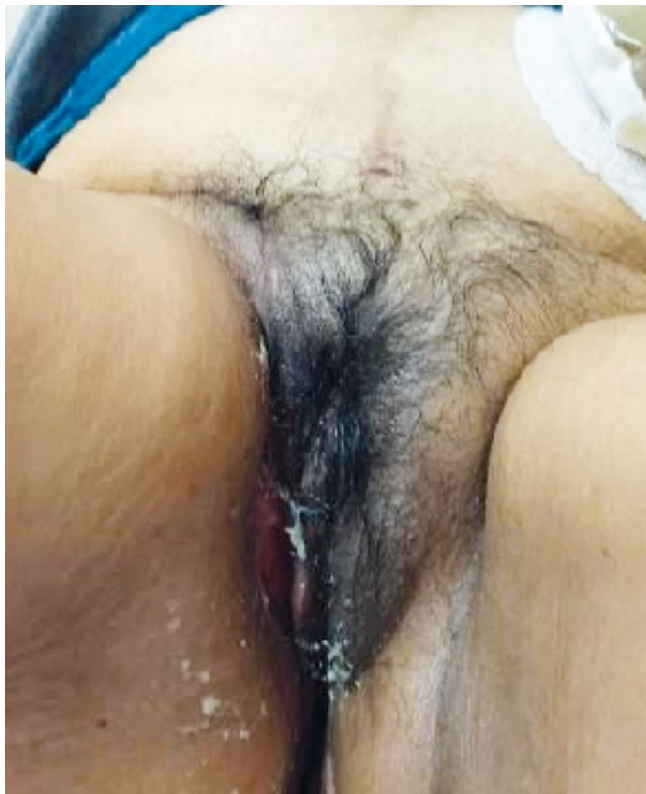


Рис. 3. Заживление раны правой паховой области вторичным натяжением

Fig. 3. Healing the wound of the right groin area by secondary intention

постельное белье и т. д.) до тех пор, пока рана не будет готова к реконструктивному этапу лечения.

Introducción

La gangrena de Fournier es una patología infecciosa necrosante subcutánea, de origen urogenital o ano rectal que afecta a la zona genital, perineo y pared anterior del abdomen [1]. Es una enfermedad poco frecuente, pero potencialmente letal de alta morbilidad (40.0 %), especialmente en paciente con factores predisponentes como diabetes, alcoholismo, cáncer y estado de inmunosupresión o uso de drogas intravenosas, compromete tejidos adyacentes; su incidencia es de 1 en 7,500 casos, ha sido descrita en hombres y mujeres de 40 a 70 años [2].

El uso de la terapia de presión negativa (TDPN) se ha convertido en parte integral de los protocolos para el tratamiento de heridas, este sistema mejora la perfusión de la herida, aumenta el tejido de granulación, reduce la cuenta bacteriana e incrementa el flujo sanguíneo local [3]. Los cuidados de enfermería en el desarrollo de su función asistencial y en búsqueda de resolver las necesidades humanas de los pacientes, la implementación del plan de cuidados de enfermería proporciona una directriz en el cual se utilizan las competencias el conocimiento y habilidades [3, 4].

Caso clínico

Paciente femenino de 54 años de edad, portador de diabetes mellitus tipo 2 hace 8 años e hipertensión arterial sistémica. Inicia el día 27 de marzo del 2021 con dolor y dificultad para la movilización de extremidad inferior derecha y aumento de volumen en glúteo. El día 04 de abril acude al servicio de urgencias con presencia de absceso y supuración del mismo, así como descontrol glucémico de 450 mg/dl. Se valora por cirugía general quien realiza debridación y curación avanzada de sitio afectado, indicándose doble esquema de antibiótico, insulina y analgésico como terapia principal. Se aplica protocolo de valoración de carga bacteriana (VACAB) determinando infección, la herida presenta infección con exudado purulento, mal olor, 80.0 % de tejido esfacelado en piel circundante sin presencia de calor local (dib. 1). Se observa área cruenta aun con zonas de isquemia, ese mismo día 21 de abril se procede a colocar terapia de presión negativa (TDPN) y colocación de esponja con plata previa debridación quirúrgico dentro de quirófano. Se realizan 3 sesiones de TDPN con duración de 3 días continuas y un día sin terapia, iniciando el día 21 de abril al 10 de mayo, el espacio entre sesiones es ocasionado por la situación económica de la familia quienes compraban los insumos de la terapia. Se realiza tercer recambio de TDPN con una intensidad media de 125 mmHg observando bordes uniformes, disminución del tejido esfacelado, lecho quirúrgico sin infección, continuando con tratamiento establecido (dib. 2). Posterior a TDPN se continua con curaciones con agua purificada, 0.1 % Undecilenamidopropil betaina, 0.1 % Polihexanida dejándose en el sitio por 10–15 minutos. Con proceso infeccioso remitido, lecho quirúrgico granulado, se realiza cierre por segunda intención. Después de poco más de 40 días de tratamiento presenta cicatrización herida 100.0 % cicatrizada fue dada de alta por el servicio de heridas y el área de cirugía general dándose solo la indicación de lavarse con agua, jabón y baño diario.

Se realizó un total de 31 curaciones en 40 días, 9 días con TDPN, no aplicándose desde un inicio debido a la situación económica de la familia aun así se observa una disminución de la infección, posterior al retiro de la misma, se continuo con curaciones avanzadas con agua purificada, 0.1 % Undecilenamidopropil betaina, 0.1 % Polihexanida dejándose en el sitio por 10–15 minutos, así como la aplicación de pirfenidona, el día 21 de agosto el paciente asiste a curación al descubrir la herida se observa 100.0 % cicatrizada a 5 meses de tratamiento (dib. 3).

Conclusiones

El uso de la TDPN desde su introducción en los años noventa y el perfeccionamiento de la técnica y los equipos de succión recientemente la han hecho una buena alternativa en el manejo de heridas complejas, agudas o crónicas. La aplicación correcta de la técnica permite aislar el área tratada del resto del medio que rodea al

пациенте (тежido contaminado, fijadores externos, estomas, cavidades, mucosas, ropa de cama, etcétera) mientras la zona está lista para cobertura definitiva.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Urdaneta C. E., Méndez P. A., Urdaneta C. A. Fournier: Perspectivas actuales. An Med Interna (Madrid). 2015; 24 (4): 190–194.
2. Ocares M., Bravo J. C., González R., et al. Gangrena perineal: Enfermedad de Fournier. Rev Chilena de Cirugía. 2012; 54 (5): 514–517.
3. Whitworth I. History and development of negative pressure therapy. In: Banwell P. E., Teot L., eds. 1st International Topical Negative Pressure Focus Group Meeting. Faringdon, UK: TPX Communications; 2004. pp. 22–26.
4. García M. J., Ramos J. M., Romero O., et al. Cuidados enfermeros en la gangrena de Fournier, todo un reto. Asociación Española de Enfermería en Urología. 2009; (3): 11–15.