

Молниеносная спонтанная гангрена мошонки: наш опыт лечения

*А.А. Строй, О.Б. Баньра, Ю.О. Мицик, О.М. Лесняк,
Р.З. Шеремета, И.С. Шатинська-Мицик, А.В. Шуляк*

Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого

Тангрена Фурнье (ГФ) – молниеносная спонтанная гангрена мошонки (острый фасциит) представляет собой гангренозный процесс, чаще всего развивающийся после инфицирования травмированных тканей мошонки и промежности. Как правило, возбудителем ГФ является комбинация нескольких микроорганизмов: стафилококковые, стрептококковые бактерии, энтеробактерии, анаэробные бактерии и грибы. Заболевание быстро прогрессирует, вызывая некроз тканей кожи, подкожной клетчатки и мышечной стенки [1, 6].

Основными клиническими стадиями течения гангрены Фурнье являются:

- продрома, которая может длиться 2-7 дней;
- интенсивная боль в области гениталий, что иногда сопровождается отеком окружающих тканей;
- увеличение боли и чувствительности вместе с прогрессированием эритемы кожи;
- потемнение кожи над местом поражения, подкожная крепитация;
- гангрена части гениталий, гнойные выделения из раны [3].

Летальность при ГФ достигает 30-40% и она прямо пропорциональна площади пораженной инфекционным процессом области. Если кроме тканей мошонки в пато-

логический процесс вовлечено одно или два яичка, то летальность увеличивается до 60-90% [4, 5].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучены клиническое течение, осложнения и отдаленные результаты лечения 13 больных с ГФ в период с 1982 по 2009 гг. Степень тяжести заболевания оценивали с помощью Индекса тяжести Фурнье (ИТФ), оценки данных физикального обследования, лабораторных показателей, данных УЗИ, рентгенографии, томографии.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Все 13 больных поступили в урологическое отделение больницы по ургентным показаниям. Из них 7 были госпитализированы в первые часы заболевания, 4 – в течение 6-8 часов после возникновения симптомов, а 2 больных обратились в больницу через 24 часа после начала болезни. Средний ИТФ был 9,1 (от 0 до 15). Средний ИТФ больных, которые остались живы, был 8,6, а умерших – 12,4 баллов.

При обследовании установлено, что в 6 наблюдениях область поражения была только мошонка и в незначительной степени близлежащие ткани; в 4 – в гнойный процесс был втянут половой член; у 2 больных была поражена передняя брюшная стенка и в 1 наблюдении в процесс

Fournier's Gangrene: Management Experience

*A.A. Story, O.B. Banyra, Y.O. Mycik,
O.M. Lesnyak, R.Z. Sheremeta,
I.S. Shatinskya-Mycik, A.V. Shulyak*

Fournier's Gangrene is a fulminating spontaneous necrosis of scrotum. Necrotic process can hit genitalia, peritoneum. Traumatic and infectious etiology. Manifestation is after 2 – 7 days: acute pain in scrotum, necrosis symptoms. Lethality rates up to 30 – 40%, directly proportional to affected area. In case of testis involvement lethality rates raise up to 60 – 90%.

Materials and methods. Fournier's Gangrene manifestation, management and long-term results in 13 cases for a period from 1982 to 2009 were analyzed. Decease severity was determined by Fournier Severity Index (FSI), physical examination, laboratory data, ultrasound investigation, x-ray, CT.

Results and discussion. All 13 patients were hospitalized due to urgent indications. Mean FSI was 9.1 (0-15). Survived patients mean FSI was 8.6, deceased patients – 12.4. Physical examination showed that in 6 cases only scrotum was involved, in 4 – penis, in 2 – abdomen wall, in 1 – pelvic tissues. All patients underwent surgery immediately after hospitalization. All necrotic tissues excision is demanded. All patients had a course of antibacterial and disintoxication therapy after surgery with renal function monitoring. 2 patients died on a first day after surgery because of infectious-toxic shock. 9 patients underwent plastic surgery after 1 – 2 months.

Conclusions. Fournier's Gangrene is a fulminating decease demanding urgent radical surgery in first hours of manifestation. Lethality rates are directly proportional to affected area.



Рисунок 1. Гангрена Фурнье: потемнение и некроз кожи над местом поражения, гнойные выделения из раны

были втянуты ткани внутренней поверхности бедра (рисунки 1, 2).

Заболевание у всех пациентов имело молниеносное течение. Площадь поражения расширялась крайне быстро, переходя на окружающие ткани. При поступлении у одного из больных площадь поражения мошонки была 5 см в диаметре, а уже через 30 минут, к началу оперативного вмешательства, была поражена вся мошонка, что проявлялось характерным потемнением кожи над инфицированной областью кожи.

При рентгенологическом исследовании у больных с распростране-



Рисунок 2. Гангрена Фурнье: потемнение кожи над местом поражения, отек мошонки

нием гнойного процесса на переднюю брюшную стенку, визуализировался свободный газ в тканях брюшной стенки. При ультразвуковом обследовании у 9 больных в тканях мошонки также присутствовал свободный газ. При компьютерной томографии, которая была проведена 3 больным, в тканях мошонки обнаружено значительное количество свободного газа, который распространялся на ткани малого таза (рисунки 3, 4).

Все больные были прооперированы в первый же час после поступления в клинику.

Объем оперативного вмешательства устанавливался в соответствии со следующими критериями:

- иссечение всех некротизированных тканей включительно с фасциями (рисунок 5);
- при крепитации тканей (свидетельство их поражения) последнее следует иссекать;
- если мягкие ткани тупо отделяются от фасций (свидетельство фасциита) они подлежат удалению.
- границы здоровых тканей характеризуются более активным кровотоком.

После иссечения всех некротизированных тканей, яички оказывались обнаженными и их необходимо удерживать в постоянном влажном состоянии. В послеоперационные раны вводились дренажные трубки (рисунок 6).

После окончания оперативного вмешательства, больные получали мощную антибактериальную и дезинтоксикационную терапию с использованием препаратов широкого спектра действия. Учитывая разнообразие микрофлоры, использовали антибиотики с широким спектром действия. Параллельно больным проводили контроль функции почек.

В первые сутки после оперативного вмешательства умерло 2 больных, которые обратились позже 24 часов после начала болезни и у которых наблюдалось распространение воспаления на переднюю брюшную стенку

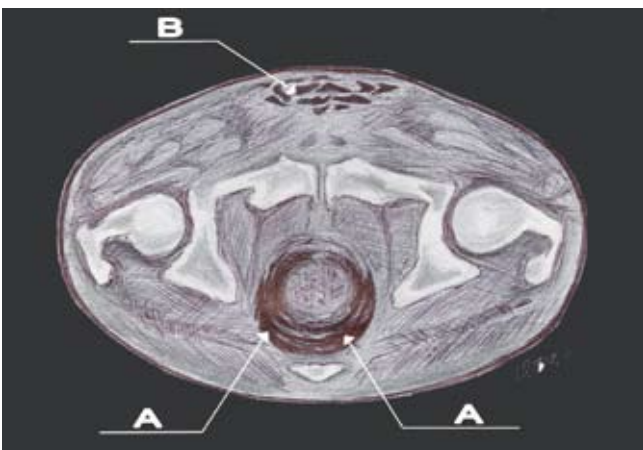


Рисунок 3. На схеме компьютерной томограммы – свободный газ в прямой кишке и в тканях передней брюшной стенки

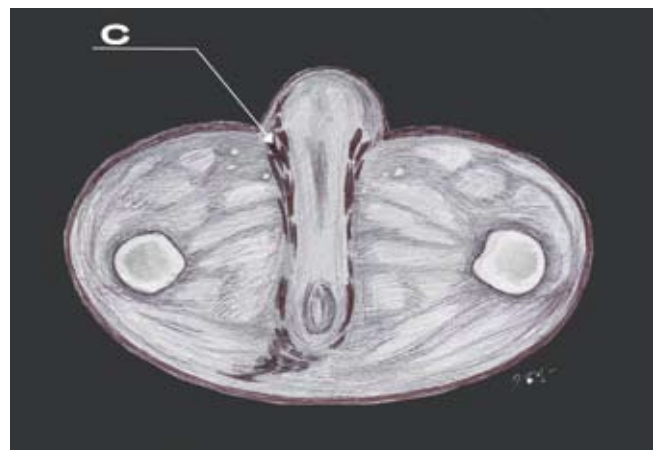


Рисунок 4. На схеме компьютерной томограммы – скопление жидкости в глубоких слоях фасций

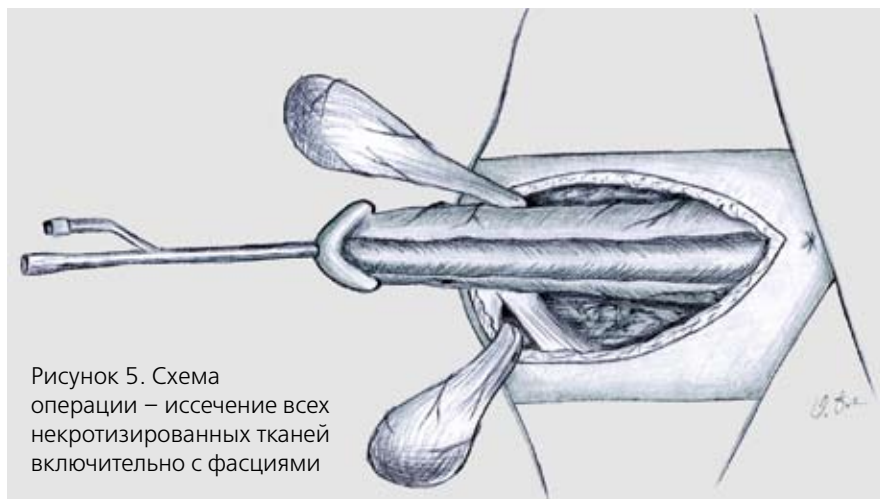


Рисунок 5. Схема операции – иссечение всех некротизированных тканей включительно с фасциями



Рисунок 6. Схема операции – иссечение всех некротизированных тканей, оба яичка обнажены и постоянно увлажнялись антисептическими растворами

и внутреннюю поверхность бедра. У больных развился инфекционно-токсический шок, который стал причиной гибели пациентов.

Состояние третьего умершего больного с распространением гнойного процесса на ткани передней брюшной стенки, поступившего в течение 6-8 часов после появления первых симптомов заболевания, на вторые сутки после операции резко ухудшилось. Несмотря на постоянную антибактериальную терапию, развился некроз с распадом головки полового члена с распространением некроза на ткани промежности, передней брюшной стенки и поверхности обоих бедер. Больному было проведено повторное оперативное вмешательство, но он погиб в ближайшем послеоперационном периоде от генерализированных гнойно-воспалительных

осложнений и сепсиса.

У остальных 10 больных послеоперационный период протекал без существенных осложнений.

Через 1-2 месяца, 9 больным были проведены операции по формированию мошонки по Б.А. Вичину в два этапа. Один больной отказался от операции по формированию мошонки и был выписан для продолжения лечения по месту проживания. При осмотре этого пациента через 3 месяца после выписки, оказалось, что яички самостоятельно покрылись грануляциями, образовав тем самым кожаный мешок, который укрыл обнаженные яички.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Гангрена Фурнье является крайне опасным гнойным заболеванием, как правило, имеет молниеносное тече-

ние и требует неотложного оперативного лечения в комбинации с мощной антибактериальной терапией препаратами широкого спектра действия. Летальный исход болезни зависит от площади поражения, времени обращения в стационар после начала болезни, оперативности и радикальности хирургического вмешательства. По показаниям проводятся пластические операции по восстановлению мошонки, иногда возможно самостоятельное заживление раны. ■

Ключевые слова: гангрена Фурнье, гангрена мошонки, диагностика, лечение, результаты лечения.

Keywords: *fournier gangrene, scrotal gangrene, diagnosis, treatment, treatment results.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Yaghan R.J., Al-Jaberi T.M., Bani-Hani I. Fournier's gangrene: changing face of the disease. //Dis. Colon Rectum. 2000. Vol. 43, № 9. P. 1300-1308.
2. Harden S.P., Creasy T.S. Case of the month. All that glistens isn't gold (so do be sure the surgeon's told!) // Br. J. Radiol. 2003. Vol. 76, № 911. P. 841-842.
3. Morrison D., Blaivas M., Lyon M. Emergency diagnosis of Fournier's gangrene with bedside ultrasound // Am. J. Emerg. Med. 2005. Vol. 23, № 4. P. 544-547.
4. Ekelius L., Bjorkman H., Kalin M., Fohlman J. Fournier's gangrene after genital piercing. //Scand. J. Infect. Dis. 2004. Vol. 36, № 8. P. 610-612.
5. Quatan N., Kirby R.S. Improving outcomes in Fournier's gangrene // BJU Int. 2004. Vol. 93, № 6. P. 691-692.
6. David J.E., Yale S.H., Goldman I.L. Urology: scrotal pain // Clin. Med. Res. 2003. Vol. 1, № 2. P. 159-160.
7. Clayton M.D., Fowler J.E. Jr., Sharifi R., Pearl R.K. Causes, presentation and survival of fifty-seven patients with necrotizing fasciitis of the male genitalia // Surg. Gynecol. Obstet. 1990. Vol. 170, № 1. P. 49-55.
8. Bronder C.S., Cowey A., Hill J. Delayed stoma formation in Fournier's gangrene // Colorectal. Dis. 2004. Vol. 6, № 6. P. 518-520.
9. Bayar S., Unal A.E., Demirkan A. et al. Fournier's gangrene complicating blunt thoracic trauma //Surgery. 2004. Vol. 135, № 6. P. 693-694.
10. Eke N. Fournier's gangrene: a review of 1726 cases // Br. J. Surg. 2000. Vol. 87, № 6. P. 718-728.
11. Jean-Charles N., Sadler M.A. Necrotizing perineal fasciitis in two paraplegic nursing-home residents: CT imaging findings // Abdom. Imaging. 2001. Vol. 26, № 4. P. 443-446.
12. Nambiar P.K., Lander S., Midha M., Ha C. Fournier gangrene in spinal cord injury: a case report //J. Spinal. Cord. Med. 2005. Vol. 28, № 2. P. 121-124.
13. Bakshi C., Banavali S., Lokeshwar N. et al. Clustering of Fournier (male genital) gangrene cases in a pediatric cancer ward // Med. Pediatr. Oncol. 2003. Vol. 41, № 5. P. 472-474.
14. Faber J.H., Girbes A.R., Daenen S. Fournier's gangrene as first presentation of promyelocytic leukemia //Leuk. Res. 1998. Vol. 22, № 5. P. 473-476.
15. Martinelli G., Alessandrino E.P., Bernasconi P. et al. Fournier's gangrene: a clinical presentation of necrotizing fasciitis after bone marrow transplantation // Bone Marrow Transplant. 1998. Vol. 22, № 10. P.1023-1026.