

ХИРУРГИЯ

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ГАНГРЕНЫ ФУРНЬЕ

У.А.Курбанов, А.А.Давлатов, Д.Д.Джононов, З.А.Курбанов

Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ;

Республиканский научный центр

сердечно-сосудистой и грудной хирургии МЗ РТ

В работе приведены 2 случая с последствиями гангрены Фурнье, которым произведено формирование покровных тканей мужских половых органов. В обоих случаях получены хорошие функциональные и эстетические результаты. Авторы отмечают, что рациональное применение принципов пластической и реконструктивной хирургии позволяет реабилитировать больных в короткие сроки.

Ключевые слова: гангрена Фурнье, реконструкция мужских половых органов

Актуальность. В 1882 году французским венерологом Жаном Альфредом Фурнье впервые описана патология, которая характеризуется острым некрозом тканей полового члена и мошонки. В литературе эта патология описывается под разными названиями: флегмона мошонки, молниеносная гангрена наружных половых органов, эпифасциальный некроз, гангренозное рожистое воспаление мошонки и т.д. По данной проблеме опубликовано небольшое количество статей и к настоящему времени описано 440 случаев этой болезни [1,2,4,6].

Возбудителями заболевания являются стрептококки, стафилококки, фузоспириллы и даже в некоторых случаях выделен *Bacillus gangrenosus*. Заболевание возникает внезапно, молниеносно, с тяжёлым септическим течением, общей слабостью, высокой температурой тела, болями, ознобом. По данным литературы, вероятность летального исхода этой патологии высокая [6,7].

В связи со скудностью публикаций по данной проблеме, актуальным стал вопрос лечения последствий гангрены Фурнье, что связано с обширной утратой покровных тканей мошонки и полового члена. С другой стороны, редкость случаев с данной патологией не позволила на сегодняшний день выработать общепринятую тактику устранения обширного дефекта покровных тканей.

Целью настоящей работы является демонстрация случаев успешного формирования покровных тканей мошонки и полового члена при последствиях гангрены Фурнье.

Материал и методы. В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой и грудной хирургии (РНЦССиГХ) оперировано двое больных с последствиями гангрены Фурнье в возрасте 44 и 46 лет.

Случай 1. Больной С. поступил в хирургическое отделение Центральной районной больницы Дангаринского района 18.12.2007г. с жалобами на боли в области мошонки, повышение температуры тела до 38,7 град., озноб. На вторые сутки температура тела повысилась до 39 град. В экстренном порядке произведено оперативное вмешательство, вскрытие гнойного содержимого области мошонки.

В течение 16 дней проводилась ежедневная перевязка раны мошонки с поэтапной некрэктомией, больной получил курс антибактериальной, дезинтоксикационной и инфузионной терапии. В последующем образовался обширный дефект кожи мошонки (около 90% площади).

После нормализации общего состояния больного и очищения раны мошонки с целью укрытия дефекта 03.01.2008 года больной переведён в отделение реконструктивно-пластической микрохирургии РНЦССиГХ МЗ РТ.

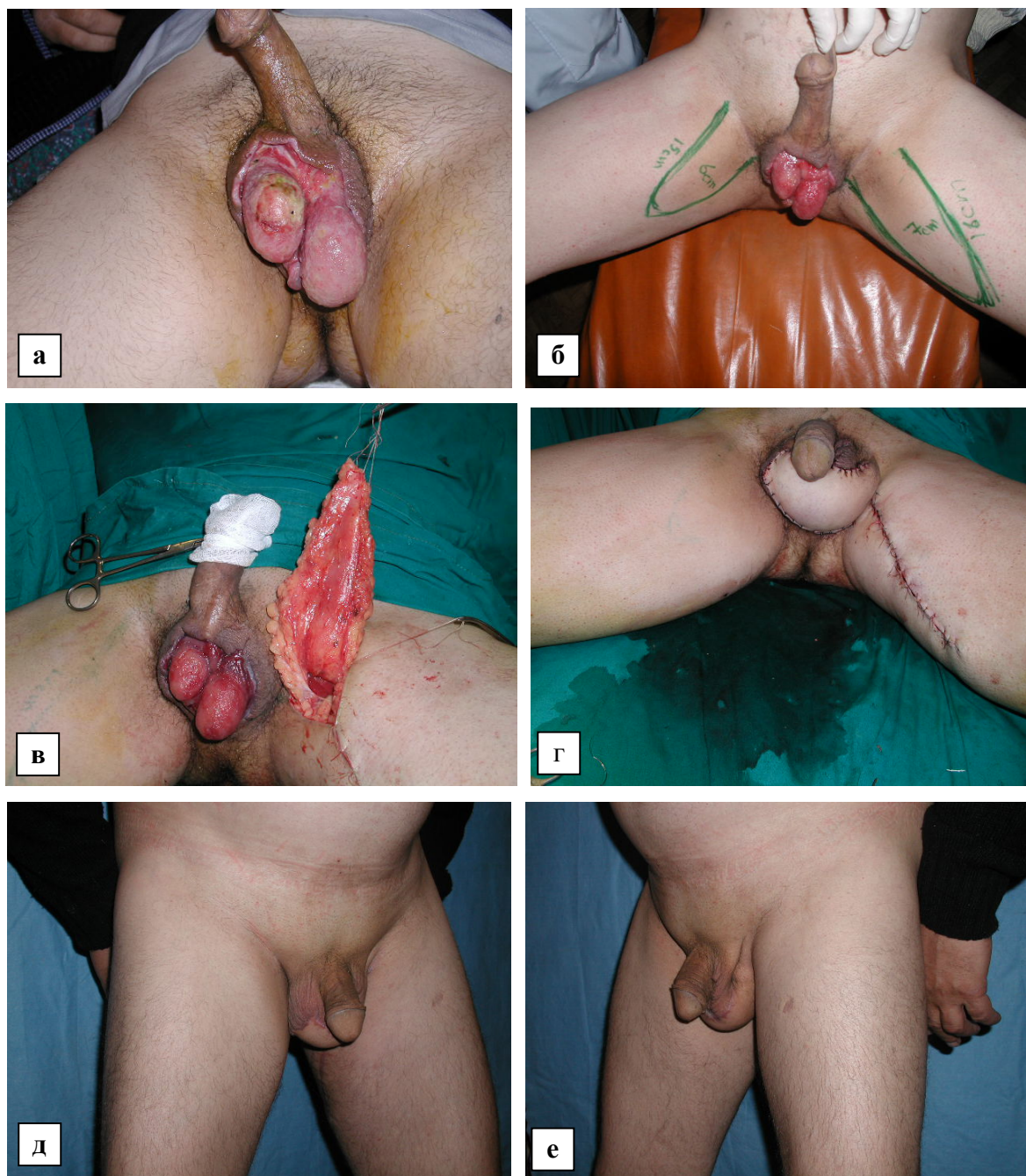


Рис. 1. Последствия гангрены Фурнье с субтотальным дефектом покровных тканей мошонки: а – дефект покровных тканей мошонки; б – схема кожно-фасциальных лоскутов; в – выкраенный кожно-фасциальный лоскут из медиальной поверхности левого бедра; г – вид мошонки после завершения операции; д и е – отдалённый результат через 6 месяцев после формирования мошонки.

При поступлении общее состояние больного удовлетворительное. Гемодинамика стабильная. Со стороны соматического статуса без особенностей.

Местно. При осмотре мужских половых органов отмечается обширный дефект покровных тканей по всему периметру мошонки. Края дефекта ткани начинаются от корня полового члена и, охватывая боковые стенки мошонки, доходят до промежности. В ране видны яички и их придатки, которые покрыты грануляционной тканью. Местами отмечается фибринозный налёт. Запах и нагноение раны не отмечаются. Половой член без изменений.

Больному после соответствующей подготовки в плановом порядке под общим обезболиванием 17.01.2008г. произведено укрытие дефекта покровных тканей мошонки перемещённым кожно-фасциальным лоскутом из медиальной поверхности левого бедра длиной 16 и шириной 7 см. Дефект покровных тканей мошонки полностью укрыт. Послеоперационный период протекал гладко. Заживление раны первичным натяжением, перемещённый лоскут прижился полностью. Сформированная мошонка в хорошем функциональном и эстетическом состоянии. В удовлетворительном общем состоянии больной через 20 дней после операции выписан домой. Через 6 месяцев после операции сформированная мошонка - в удовлетворительном состоянии, рубцы оформленные, больной жалоб не предъявляет (рис. 1).

Случай 2. Больной Н., 44 лет. Поступил в ЦРБ по месту жительства в тяжёлом состоянии 25 дней назад с жалобами на общую слабость, повышение температуры тела до 39 град., озноб, боли и отёчность в области мошонки и полового члена. Через 2 дня после госпитализации появились признаки флегмоны и некроза покровных тканей ствола полового члена и мошонки с гнилостным запахом, в связи с чем по экстренным показаниям выполнено широкое вскрытие с дренированием ран. В последующем произведена поэтапная некрэктомия с активными двух-, трёхкратными перевязками в сутки с использованием растворов антисептиков. Больному назначена антибактериальная и дезинтоксикационная терапия. Постепенно больной вышел из тяжёлого состояния, температура тела нормализовалась, раны очистились от некротизированных тканей. После появления грануляции ран больной направлен в отделение реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССиГХ для решения вопроса о формировании покровных тканей.

При поступлении в клинику общее состояние больного удовлетворительное. В соматическом статусе без особенностей. Гемодинамика стабильная, со стороны дополнительных методов исследования данные в пределах допустимых изменений.

Местно. При осмотре половых органов отмечается дефект покровных тканей по всему периметру полового члена, начиная от основания до венечной борозды. Покровные ткани сохранены только на головке полового члена. Отмечается широкий подкожный карман в области лона и лобка, кожа над которой имеет множество перфоративных отверстий в качестве контраппертуры. Покровные ткани отсутствуют также по передней поверхности мошонки, охватывая её дно.

В плановом порядке 17.12.2009г. больному под общим обезболиванием выполнена операция – создание покровных тканей ствола полового члена кожно-фасциальным паховым лоскутом слева и укрытие обширного дефекта покровных тканей мошонки перемещённым кожно-фасциальным лоскутом из медиальной поверхности правого бедра. Течение послеоперационного периода гладкое, заживление ран первичным натяжением, перемещённые лоскуты прижились. Больной через 2 недели после операции в удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное долечивание у хирурга по месту жительства (рис. 2).

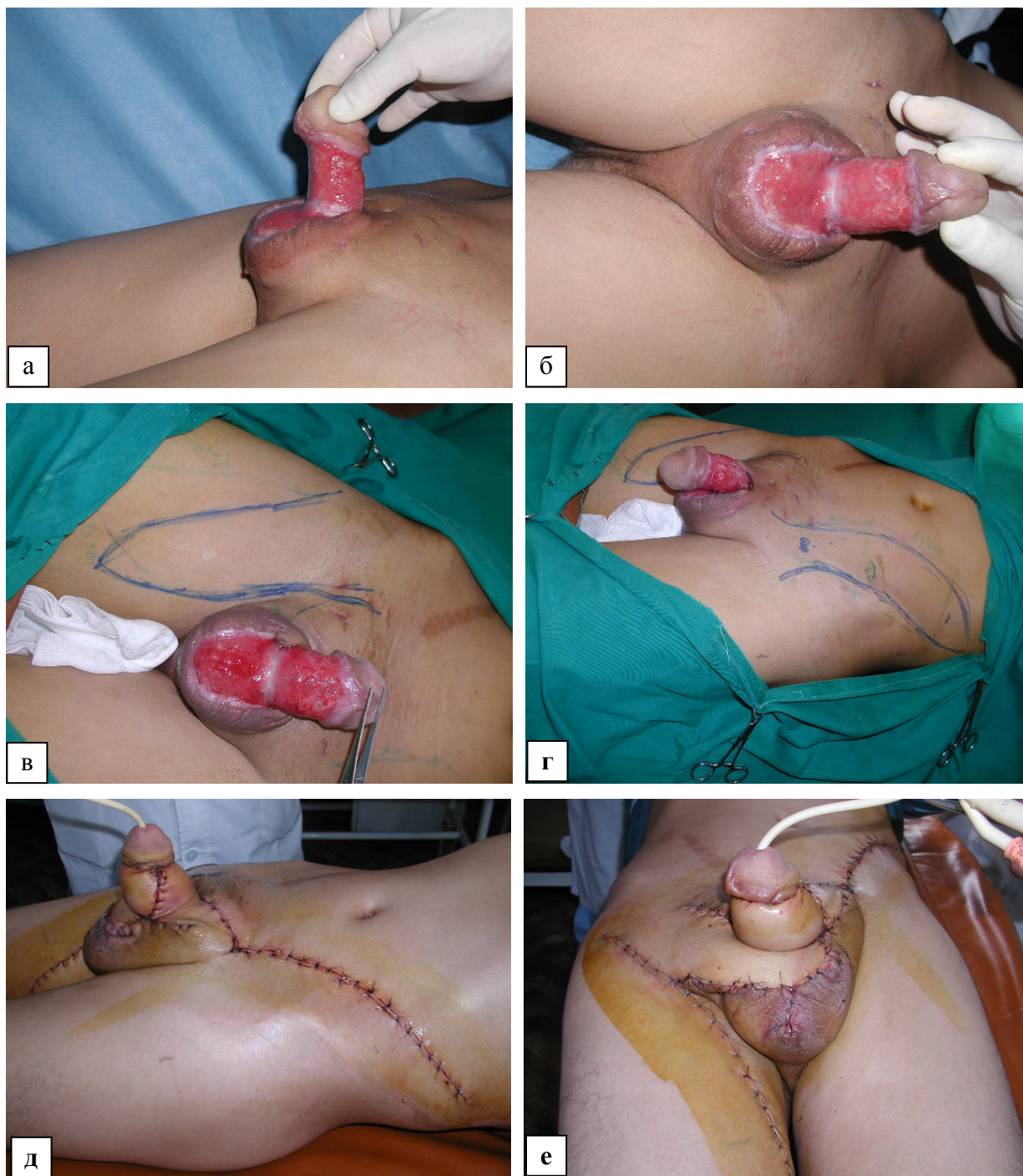


Рис. 2. Тотальный дефект покровных тканей ствола полового члена и обширный дефект покровных тканей мошонки: а и б – вид полового члена и мошонки до операции; в и г – схема кожно-жировых лоскутов из медиальной поверхности правого бедра для мошонки и из левой паховой области для полового члена; д и е – ближайший послеоперационный период (раны спокойные, компенсированное кровообращение лоскутов).

Результаты и их обсуждение. Ближайший послеоперационный период в обоих случаях протекал гладко, заживление ран было первичным натяжением, перемещённые лоскуты прижились. В отдалённом периоде толщина подкожно-жировой клетчатки значительно

уменьшилась и покровные ткани по толщине были близки к естественным покровам. Оба больных результатами операций были удовлетворены, и достигнута полная их социальная реабилитация.

В литературе предложены различные способы формирования покровных тканей мошонки и полового члена при последствиях гангрены Фурнье. Чаще всего с этой целью перемещаются кожно-фасциальные лоскуты из медиальных поверхностей бедер. В некоторых работах этому вопросу уделено недостаточное внимание, ссылаясь на общепринятые способы формирования мошонки как при травматических дефектах тканей мошонки и полового члена [7].

В общем, для формирования как мошонки и полового члена, так и их покровных тканей используются, как правило, регионарные кожно-фасциальные лоскуты из бёдер и паховых областей [3,5,8]. Мы также считаем, что наиболее целесообразным является использование этих лоскутов для ликвидации последствий гангрены Фурнье.

Таким образом, несмотря на тяжесть патологии, своевременное правильное экстренное хирургическое вмешательство и адекватная антибактериальная и дезинтоксикационная терапия позволяют вывести больного из тяжёлого состояния. Рациональное применение принципов пластической и реконструктивной хирургии при последствиях гангрены Фурнье дают возможность укрыть дефект покровных тканей в кратчайшие сроки.

Литература

1. Арапов Д.А. Анаэробная газовая инфекция / Д.А. Арапов / М. – Медицина. – 1972
2. Венгеровский И.С. Молниеносная гангрена наружных гениталий / И.С. Венгеровский //Сов. хирургия. – 1935. – №11. – С. 39-44
3. Вицын Б.А. Кожная пластика полового члена и мошонки после скальпирующей травмы. – Урология. – 1961. - № 3. – С.62-64
4. Горюнов С.В. Гнойная хирургия: атлас / Горюнов С.В., Ромашов Д.В., Бутивщенко И.А. / М: БИНОМ. Лабораторий знаний. – 2004. – С. 133-169
5. Гусарев В.Ф. О методике кожной пластики после скальпирования мужских половых органов. – Урология и нефрология. – 1976. - №1. – С.63-64
6. Измайлов Г.А. Болезнь Фурнье / Г.А. Измайлов, С.Г. Измайлов //Вестник хирургии. – 1997. – №6
7. Лопаткин Н.А., Шевцова И.П. Оперативная урология (руководство) / Под ред. Н.А.Лопаткина, И.П.Шевцова. – Л.: Медицина. – 1986. – 480 с.
8. Такач А. Одномоментная пересадка кожи мошонки и мужского полового члена. – Хирургия. – 1961. - № 8. – С.71-74

ХУЛОСА

ТАБОБАТИ ҶАРРОҶИИ ОҚИБАТҶОИ ГАНГРЕНАИ ФУРНЕ

У.А.Қурбонов, А.А.Давлатов, Ҷ.Д.Ҷононов, З.А.Қурбонов

Дар мақола 2 бемор бо оқибатҳои гангренаи (окилаи) Фурне, ки ба онҳо бофтаҳои рӯпӯшкунандаи узвҳои таносули мардона барқарор карда шудаанд, дарҷ гардидаанд. Дар ҳарду маврид натиҷаҳои хуби функционалӣ ва эстетикӣ ба даст омадаанд. Муаллифон қайд менамоянд, ки истифодаи оқилона ва босамари принципҳои ҷарроҳии пластикӣ ва реконструктивӣ барои ба даст овардани реабилитатсияи беморон дар муддати кӯтоҳ мусоидат менамояд.

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT OF FURNEA'S GANGRENE CONSEQUENCE

U.A. Kurbanov, A.A. Davlatov, D.D.Djononov, Z.A. Kurbanov

Two cases with Furnea's gangrene consequences which the covering-tissue of penis and scrotum was formed are given in the article. Good functional and aesthetic results are received in both cases. The authors note that rational use of plastic reconstructive surgery principles allows rehabilitating patients in short terms.

Key words: Furnea's gangrene, penis and scrotum reconstruction

Адрес для корреспонденции:

У.А.Курбанов - ректор ТГМУ им. Абуали ибни Сино; Таджикистан, Душанбе, пр. Рудаки, 139, Тел: +992 (37) 224-45-83, 224-36-87. E-mail: kurbonovua@mail.ru



КЛАССИФИКАЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

**М.К.Гулов, Д.С.Салимов, Р.А.Турсунов,
Ш.Р.Умаров, О.С.Боймуродов, Н.Г.Курбонов**

Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Нами проанализирован более 25-летний опыт диагностики и комплексного лечения больных (942) эхинококковой болезнью печени. Описаны клинические значения 21 симптома осложнений эхинококкоза печени по данным рентгенологической – скопия/графии (5), лапароскопического (7), УЗИ/КТ/ЯМР (7), ИК-спектрофотометрического – качественный/ количественный анализ исследований (2), изучены их информативность и специфичность.

Разработана классификация осложнённых клинических форм эхинококкоза печени, согласно которой выделены: остротекущие, хронически прогрессирующие, паразитарные (общие и местные) осложнения, изучено их академическое значение.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, эхинококковая киста, классификация осложнённый эхинококкоза печени

Актуальность. Согласно классическим понятиям, период осложнений является закономерной стадией развития вегетативной формы эхинококкового возбудителя в организме человека, который не зависит от локальных характеристик эхинококковой кисты (ЭК) и органа-носителя [1-3, 9, 13, 15]. Значение этого обстоятельства заключается в том, что клинко-прогностические характеристики эхинококкоза печени во многом зависят от отношения кисты к жизненно важным структурам органа-носителя.

В свете изложенного исследователи [4] выделяют следующие стадии:

- 1 - латентный период;
- 2 - период продромальных симптомов;
- 3 - период прогрессивного увеличения печени;
- 4 - период осложнений.