

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА И БОЛЕЗНЬ ФУРНЬЕ

Абдуллаев С.А.

Самаркандский государственный медицинский университет

<https://doi.org/10.5281/zenodo.14789238>

Аннотация: Клиника заболевания впервые была описана в 1883 году французским дерматологом Альфредом Фурнье. Данное заболевание часто встречается у мужчин молодого и среднего возраста. В редких случаях встречается у женщин, сопровождаясь гнойно - некротическим поражением половых органов. В литературе мало информации об этом заболевании и существует большая неопределенность в этиопатогенезе, диагностике и лечении.

Ключевые слова: фасциит, сахарный диабет, фрунье, некроз.

CHOICE OF SURGICAL TREATMENT METHOD FOR DIABETES MELLITUS AND FOURNIER'S DISEASE

Abdullaev S.A.

Samarkand State Medical University

Abstract: The clinical picture of the disease was first described in 1883 by the French dermatologist Alfred Fournier. This disease often occurs in young and middle-aged men. In rare cases, it occurs in women, accompanied by purulent-necrotic lesions of the genitals. There is little information about this disease in the literature and there is great uncertainty in the etiopathogenesis, diagnosis and treatment.

Keywords: fasciitis, diabetes mellitus, Frounie, necrosis.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Болезнь Фурнье представляет собой некроз кожи мошонки и половых органов, характеризующийся распространением в переднюю брюшную стенку, развивающийся в результате гнойно-некротических фасциитов.

Клиника заболевания впервые была описана в 1883 году французским дерматологом Альфредом Фурнье. Данное заболевание часто встречается у мужчин молодого и среднего возраста. В редких случаях встречается у женщин, сопровождаясь гнойно - некротическим поражением половых органов. В литературе мало информации об этом заболевании и существует большая неопределенность в этиопатогенезе, диагностике и лечении.

Цель исследования. Усовершенствовать раннюю диагностику и комплексные хирургические методы лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В гнойно-септическом отделении Самаркандского городского медицинского объединения и клинической базе кафедры общей хирургии СамГМУ находились на лечении 27 больных с болезнью Фурнье. Из них 24 были мужчины и 3 женщины. Возраст больных составлял 32-71 лет.

По этиологическим факторам у 21 пациента заболевание было обнаружено после ишиоректальных и пельвиоректальных парапроктитов, у

2-х - после цистостомии, у 2-х пациентов - после парауретрита и у 2-х – после бартолинита. Из 27 пациентов у 21 заболевание развивалось на фоне сахарного диабета II типа, и у 6 больных отмечался хронический алкоголизм.

Этиология болезни Фурнье окончательно не изучена. В патогенезе основной причиной является анатомическое строение промежности.

Однако до конца не изучены причины распространения гнойно – септического процесса.

Первым клиническим признаком является воспаление кожи половых органов. Поначалу кожа краснеет, а затем начинает чернеть. Данный процесс способствует ухудшению общего состояния больного, повышается температура тела. Развитие некроза продолжается около 5-8 дней и состояние больных продолжает ухудшаться. Появляется клиника интоксикации и к гнойному состоянию добавляются фасцииты, а гной распространяется через фасцию в промежность и к передней брюшной стенке. Почти у всех пациентов, которых находились под нашим наблюдением, начало заболевания было острым с повышением температуры тела до 38-40°C и в состоянии глубокой интоксикации. Они жаловались на отек в области мошонки и в течение 3-4 дней появились признаки гангрены.

В диагностике болезни Фурнье имеются определенные трудности. Для точной диагностики мы провели следующие клиничко-лабораторные и инструментальные исследования: общие анализы крови и мочи, биохимические анализы крови, определяли количество глюкозы крови, рентгенография грудной клетки, ЭКГ, рентгенография костей таза. При необходимости КТ и МСКТ, микробиологические анализы и бактериологические посевы выделений из раны.

Последовательно проводился общий осмотр, пальпация, диафаноскопия и пункция патологического очага.

Окончательный диагноз ставился на основании клиничко-лабораторных исследований.

При общем осмотре во время развития заболевания наличие крепитации по ходу фасции Коллиса и гнойного запаха обусловлена наличием анаэробной инфекции. УЗИ мошонки при наличии воспаления и абсцессов является наиболее важной информацией для постановления диагноза.

В настоящее время нет единого мнения среди авторов по поводу лечения болезни Фурнье, в частности о том, когда и как вскрывать гнойной полости. В основном, существуют различные тактики вскрытия флегмон и выполнения некрэктомий. В последние годы мы предприняли следующие шаги для лечения болезни Фурнье: профилактика распространения анаэробных инфекций; открытие флегмон с большими разрезами; оптимальное дренирование раны; этапная некрэктомия; обработка раны кислородсодержащими антисептиками - перекисью водорода, перманганатом калия, гипохлоритом натрия; оптимальная антибактериальная терапия; стимулирование защитной функции организма; полная дезинтоксикационная инфузионно-трансфузионная терапия.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Некоторые хирурги используют консервативное лечение в начале болезни Фурнье, предпочтительно проводя некрэктомию после демаркации. Мы считаем эту тактику чрезвычайно опасной. Это связано с тем, что позднее хирургическое вмешательство приводит к быстрому развитию гнойного некроза с вовлечением обширных областей мягких тканей, развитию эндотоксикоза и распространению некротического фасциита на переднюю брюшную стенку. Вот почему мы предлагаем срочные операции, то есть быстрое открытие и очистку гнойно-некротического источника. Мы считаем, что важно не только

вскрыть гнойно-некротическую флегмону, но и обеспечить хороший приток кислорода к гнойному очагу. При наличии анаэробных инфекций мягкие ткани должны быть широко раскрыты множественными разрезами, между фасцией и мышцами не должно быть вакуума, и они должны быть хорошо санированы. При наличии некротических фасциитов и мионекроза следует провести иссечение некротизированных фасций и мышц.

С этой целью мы сделали длинные и широкие разрезы у ряда больных в областях мошонки, промежности, передней брюшной стенки. Этапные некрэктомии были выполнены 3 раза у 6 пациентов, 4 раза у 9 больных и 8 раз - у 3-х. У 7 (25,9%) больных пожилого возраста с гангреной Фурнье, осложненной сепсисом, наступила смерть. Антибактериальная терапия проводилась на основании бактериологического исследования. Мы использовали цефалоспорины четвертого поколения, аминогликозиды третьего поколения и при анаэробной инфекции - метронидазол и фторхинолон. Когда была обнаружена газовая инфекция, мы использовали 150000 МЕ поливалентной противогангренозной сыворотки. Из антикоагулянтов желательнее использовать гепарин и клексан.

С целью улучшения реологических свойств крови применяли реополиглюкин и ангиопротекторы. Как иммуномодулятор применяли иммуноглобулин, иммуномодулин, 20%-ный раствор токоферол-ацетата для усиления иммунобиологических свойств организма. Кроме того, некоторым больным по показаниям назначали антистафилококковую плазму и антистафилококковый гамма-глобулин. Особенно тяжелым больным с явлениями сепсиса в качестве нутритивной поддержки - трансфузии нутрифлекса.

При местном лечении болезни Фурнье проводится (после вскрытия флегмоны) очищение гнойных очагов. В фазе гидратации раны использовали 3%-ный раствор перекиси водорода, диоксидин и хлоргексидин.

Для ускорения отторжения гнойно-некротической ткани мы использовали смесь мази левомиколя с лоробеном, протеолитические ферменты такие, как химопсин, трипсин и химотрипсин. В последние годы мы местно начали применять раствор ацербина.

ВЫВОД

Оптимальное лечение болезни Фурнье требует ранней диагностики и комплексного дезинтоксикационного, антибактериального широкого спектра действия, иммунокорригирующего лечения и активного хирургического вмешательства.

Иллюстрация: Больной Р. 48 лет. Поступил в клинику в тяжелом состоянии. Из анамнеза удалось выяснить в течение 7 дней находился дома, получил амбулаторное лечение. После ухудшение состояние – повышение температуры тела до 39-40, озноб, боли и массивные отеки мошонки и промежности обратился в больницу. Был установлен диагноз: Болезнь Фурнье. Осложнение: Анаэробная флегмона мошонки, промежности и передней брюшной стенки. Больной оперирован – вскрытие флегмоны мошонки, промежности и передней брюшной стенки. Произведена первичная некрэктомия и после операции этапные некрэктомии (Рис.1). После очищения раны от некротических тканей, наложенный вторичные этапные швы. Обои оголенных яиц уложены подкожной клетчаткой по внутренней поверхности обеих бедер. Больной выздоровел, провел 36 койка дней (Рис. 2).



Рисунок 1. Рана дренирована и произведена частичная некрэктомия.



Рисунок 2. Перед выпиской больного.

Литература:

1. С.А. Абдуллаев, С.Т. Хужабаев, М.М. Дусияров, И.М. Рустамов. тактика хирургического лечения гнойно-некротических осложнений мягких тканей у больных сахарным диабетом и диабетической стопы //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 399-404.
2. Abdullaev S., Akhmedov A. T. A., Djalolov D. Problems of surgical tactics for the treatment of diabetic foot syndrome //International Journal of Advanced Science and Technology. – 2020. – Т. 29. – №. 5. – С. 1836-1838.
3. Abdullaev S. et al. Features of Complex Surgical and Infusion Treatment of Sepsis in Diabetes Mellitus //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 2283-2288.
4. Abdullaevich A. S. et al. Problems of Sepsis Diagnostic and Treatment in Diabetes Mellitus //American Journal of Medicine and Medical Sciences. – 2020. – Т. 10. – №. 3. – С. 175-178.
5. Abdullaev S. et al. Problems of Diagnostics, Prevention and Surgical Tactics of Treatment of Adhesive-Intestinal Obstruction //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 2289-2294.
6. Абдуллаев С. А., Джалолов Д. А. Особенности течения болезни Фурнье при сахарном диабете //Наука в современном мире: приоритеты развития. – 2020. – №. 1. – С. 9-11.
7. Абдуллаев С. А. и др. прогнозирование тяжести травмы и исхода лечения пострадавших с сочетанной травмой груди и живота //Скорая медицинская помощь. – 2003. – Т. 4. – №. 4. – С. 19-20.

8. Абдуллаев С. А. и др. классификация сочетанной травмы груди и живота //Скорая медицинская помощь. – 2003. – Т. 4. – №. 4. – С. 18-18.
9. Абакумов М. М. и др. Разрывы диафрагмы при сочетанных повреждениях груди и живота //Вестн. хир. – 1991. – №. 5-6. – С. 64-68.
10. Abdullaev S. A. et al. surgical tactics for the treatment of sepsis in diabetes mellitus //in science and innovation in the 21st century: current issues, discoveries and achievements. – 2019. – С. 190-194.
11. Абдуллаев С. и др. Состояние перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы у обожженных //Журнал вестник врача. – 2012. – Т. 1. – №. 03. – С. 12-13.
12. Шеркулов К.У., Рустамов И.М., Усмонкулов М.К. результаты лечения больных острым гангренозно некротическим парапроктитом //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 483-486.
13. Abakumov M. M. et al. Diaphragmatic ruptures in combined injuries to the chest and abdomen //Vestnik Khirurgii Imeni II Grekova. – 1991. – Т. 146. – №. 5. – С. 64-68.
14. I.M. Rustamov, J.A. Karabayev. modern approach to the treatment of patients with acute gangrenous-necrotic paraproctitis //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 469-472.
15. Murodulla R. et al. a rare case of keratoakontoma //Thematics Journal of Education. – 2022. – Т. 7. – №. 3.
16. РУСТАМОВ М. И. и др. Современная тактика лечения острого парапроктита //Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 2.
17. Ismailov S. I. et al. Predictors of postoperative complications in patients with ventral hernia //Khirurgii. – 2022. – №. 1. – С. 56-60.
18. Dusiyarov M.M., Eshonhodjaev J.D., Xujabaev S.T., Sherkulov K.U., & Rustamov I.M. (2021). Estimation of the efficiency of antisense coating on the model of lung wound in experiment. Central Asian Journal of Medical and Natural Science, 1(4), 1-6. <https://doi.org/10.47494/cajmn.v1i4.57>.
19. Rustamov M.I., Rustamov I.M., Shodmonov A.A. Optimising surgical management of patients with acute paraproctitis //Frontline Medical Sciences and Pharmaceutical Journal. – 2022. – Т. 2. – №. 02. – С. 36-42.
20. Рустамов М.И, Давлатов С.С, Сайдуллаев З.Я, & Рустамов И.М. Хирургическое лечение больных гангреной фурнье //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 69-71.
21. Дусияров М.М., Рустамов И.М., Муртазаев Х.Ш., Шербекова Ф.У. Выбор оптимального метода лечения эпителиально-копчикового хода //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2017. – С. 358-358.
22. Дусияров М.М., Рахматова Л.Т., Рустамов И.М. Результаты хирургического лечения сложных свищей прямой кишки //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2017. – С. 358-359.
23. Рустамов И.М., Кан С.А., Рустамов М.И., Шербек У.А., Дусияров, М. М. Анализ результатов хирургического лечения больных гангреной фурнье //Современные технологии: актуальные вопросы, достижения и инновации. – 2017. – С. 83-86.
24. Abdullaev S. A. et al. problems of diagnosis and treatment of sepsis in diabetes mellitus //doctor's bulletin. – Т. 6.