

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАНГРЕНЫ ФУРНЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛОСКУТОВ ПРИ ЗАКРЫТИИ РАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ

*Молодой Е. Г.^{1,2}, Призенцов А. А.², Маканин А. Я.¹,
Дмитриенко А. А.¹, Искович Р. М.¹, Машук А. Л.¹,
Никифоров И. В.¹, Воробьев С. А.¹, Скуратов А. Г.²*

*¹Государственное учреждение здравоохранения
«Гомельская городская клиническая больница №3»,
Гомель, Республика Беларусь*

*²Учреждение образования «Гомельский государственный
медицинский университет», Гомель, Республика Беларусь*

Актуальность проблемы. Флегмона Фурнь (ГФ) представляет собой острое инфекционное заболевание, характеризующееся некротизирующим фасциитом. В большинстве случаев поражаются ткани мошонки, пениса и области промежности. Прогнозом этого заболевания часто является неблагоприятное течение, нередко заканчивающееся смертью – по различным сведениям, в 25,0–88,0 % ситуаций. Благополучное разрешение требует своевременной диагностики и неотложного хирургического вмешательства. Несмотря на редкость данного патологического состояния среди населения, отсутствует единая стандартизированная тактика лечения таких пациентов.

Цель исследования: демонстрация опыта успешного лечения пациента с ГФ посредством раннего восстановления значительных дефектов мягких тканей с использованием перемещенных лоскутов после первичного хирургического этапа, а также стабилизации пациента и выхода из септического шока.

Клиническое наблюдение

Пациент Ш., 54 года, был доставлен 05 апреля 2025 года в городскую клиническую больницу №3 бригадой скорой медицинской помощи с предварительным диагнозом «Флегмона промежности». Жаловался на болезненность и припухлость в области мошонки, паха и высокую температуру тела (до 39°C). По словам пациента, эти симптомы появились два дня назад. Травматические повреждения отрицает. При осмотре общее состояние оценивалось как тяжелое, стабильное. Кожные покровы бледные, влажные, слизистые оболочки также бледные. Отмечались признаки сепсиса, включая резкое снижение артериального давления до 100/60 мм рт. ст., учащенное сердцебиение (123 удара в минуту) и повышенную температуру тела (41°C). При объективном осмотре выявлена флегмона и некроз мягких тканей мошонки, ствола

полового члена, распространяющиеся на подвздошно-паховую область справа и ткани промежности, с неприятным гнилостным запахом. На момент поступления был поставлен диагноз: Гангрена Фурнье, распространенная флегмона промежности, Некрозы ягодичных областей и полового члена. Синдром системной воспалительной реакции. Сепсис.

Пациента срочно госпитализировали в ОАРИТ. Для определения тактики лечения собран консилиум врачей различных специальностей. Принято решение об оперативном вмешательстве по жизненным показаниям. Произведено вскрытие флегмоны лампасными разрезами с дренированием множества гнойных затеков. Отделяемое раны отправлено на анализ для определения микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам. После этого проведена серия последовательных некрэктомий с активным ведением послеоперационных ран (перевязки выполняли 2–3 раза в день). Удалены нежизнеспособные ткани мошонки, промежности и пахово-подвздошной области справа, яички скелетизированы с иссечением пораженных участков их оболочек, а также удалены некрозы ствола полового члена.

В период восстановления после операции применялась интенсивная терапия, включавшая: эмпирическое назначение широкого спектра антибиотиков (цефтриаксон и метронидазол), дезинтоксикационную терапию, поддерживающую терапию и плазмаферез.

Результаты бактериологического анализа отделяемого раны выявили наличие *Proteus mirabilis* и *Acinetobacter baumannii*. В связи с устойчивостью микроорганизмов к ранее назначенным антибиотикам, лечение скорректировано препаратами резерва (меропенем и линезолид). При исследовании крови на стерильность патогенная флора обнаружена не была.

Учитывая прогрессирующее распространение зоны некроза, через 3-е суток после операции выполнена повторная хирургическая обработка с удалением некрозов. Из-за хронического цистита и необходимости длительного удержания катетера в мочевом пузыре привлечен уролог-консультант, который провел троакарную эпицистостомию.

После стабилизации состояния через неделю пациента перевели в отделение гнойной хирургии для продолжения лечения. Перевязки проводились с применением повязок «Сорбалгон».

На фоне комплексного лечения и регулярных перевязок воспаление уменьшилось, начала формироваться грануляционная ткань. Пациент был выписан из больницы на 20-е сутки под наблюдение хирурга поликлиники по месту жительства для дальнейшего местного лечения.

Через две недели госпитализирован повторно в хирургическое отделение №3 ГУЗ «ГТКБ №3» для решения вопроса о пластическом

закрытии обширного раневого дефекта. При повторном поступлении состояние пациента относительно удовлетворительное. В соматическом статусе без особенностей.

St. localis: при осмотре наружных половых органов отмечается обширный дефект по всему периметру мошонки, охватывая ее дно. Края дефекта начинаются с правой подвздошно-паховой области, охватывая боковые стенки мошонки, доходят до промежности. В ране видны яички и их придатки, которые покрыты грануляционной тканью. Местами отмечается фибринозный налет. Запаха и нагноения не выявлено. При осмотре полового члена, покровные ткани сохранены только в области головки. Визуализируется дефект по всему периметру полового члена, начиная от основания до венечной борозды.

В плановом порядке 26 апреля 2025 года выполнена реконструктивная кожно-пластическая операция, дефект тканей ствола полового члена укрыт кожно-фасциальным паховым лоскутом с одномоментным укрытием обширного дефекта покровных тканей мошонки перемещенным кожно-фасциальным лоскутом из медиальной поверхности правого бедра в модификации: с разворотом лоскута на 180°.

Через 8 сут. проведена повторная операция, в связи с развитием некрозов края лоскута мошонки: некрэктомиа с одномоментной аутодермопластикой образовавшегося раневого дефекта расщепленным кожным трансплантатом. В послеоперационном периоде проводились перевязки с альгинатами. Послеоперационный период протекал без осложнений, аутодермотрансплантат прижился на 90,0 %, остаточные раневые дефекты с активной краевой эпителизацией. Больной выписан через 19 сут. под амбулаторное наблюдение.

При контрольной явке на осмотр через 2 месяца после выписки имеется незначительный дефект в перианальной области диаметром до 1,5 см. Пациент социально адаптирован, обслуживает себя сам. Планируется закрытие эпицистостомы после дообследования в специализированных стационарах. Общая продолжительность стационарного лечения составила 58 сут.

Обсуждение. Комплексный подход в лечении пациента с ГФ, включающий рациональную антибиотикотерапию, дезинтоксикационную и заместительную терапию, а также раннее закрытие обширных послеоперационных раневых дефектов перемещенными кожно-фасциальными лоскутами позволил ликвидировать гнойно-некротический процесс, привести к излечению пациента с улучшением качества жизни.

Обширный гнилостно-некротический процесс, охватывающий область мошонки, ствола полового члена, промежность с распространением на правую подвздошно-паховую область, осложнился развитием ССВО и сепсиса. В таких случаях основными компонентами комплексного лечения