

анастомоз выполнена холедохоцистостомия длиной около 1,5 см с наложением швов между общим желчным протоком и стенкой кисты поджелудочной железы монофиламентной рассасывающейся нитью (4/0). Холедох и сформированный холедохоцистодуоденоанастомоз через пузырный проток дренирован до нижнегоризонтальной ветви 12-перстной кишки (последняя ушита двухрядным швом).

**Результаты и обсуждение.** Во время операций осложнений не было. В послеоперационном периоде осложнение в виде микронесостоятельности панкреатоеюноанастомоза, купированное консервативными мероприятиями (благодаря его дренированию), отмечено у 1 пациента. Все пациенты выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии. Рецидива болевого синдрома и желтухи не выявлено при сроках наблюдения до 5 лет.

**Выводы.** Таким образом, применение резекционно-дренирующих органосохраняющих операций на поджелудочной железе при гипертензионно-протоковом типе хронического панкреатита, осложненного протяженной стриктурой терминального отдела общего желчного протока в сочетании с одномоментным внутренним дренированием холедоха, панкреатической системы и кист поджелудочной железы, позволяет адекватно купировать панкреатическую и билиарную гипертензию и улучшить результаты лечения данной патологии.

#### **Литература:**

1. Альперович, Б. И. Лечение кист и свищей поджелудочной железы / Б. И. Альперович, В. Ф. Цхай, Г. Н. Хабас // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2000. – Т. 5, № 1. – С. 70-76.

2. Данилов, М. В. Хирургия поджелудочной железы: руководство для врачей / М. В. Данилов, В. Д. Федоров. – М.: Медицина, 1995. – 512 с.

## **ГАНГРЕНА ФУРНЬЕ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ**

<sup>1</sup>Бордаков В. Н., <sup>1</sup>Дуб И. Д., <sup>1</sup>Доронин М. В.,

<sup>2</sup>Курленко Р. Н., <sup>1</sup>Немчанинов С. С.

<sup>1</sup>Государственное учреждение «432 ордена Красной Звезды Главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь»

<sup>2</sup>Государственное учреждение «Центральная военно-врачебная комиссия Вооруженных Сил Республики Беларусь»

Минск, Беларусь

**Введение.** Гангрена Фурнье – чрезвычайно опасное для жизни инфекционное заболевание мягких тканей наружных половых органов, характеризующееся быстро прогрессирующим некрозом поверхностной фасции и прилегающих тканей, приводящее к развитию системной эндо-

токсемии с исходом в тяжелый сепсис. По данным отечественных и зарубежных авторов, летальность при данном заболевании достигает 75%, а в случаях лечения без выполнения оперативного вмешательства – 100% [1, 4].

Каждый случай гангрены Фурнье представляет значительный клинический интерес, так как с момента первого упоминания (1883 г.) до наших дней в доступной литературе было описано около 2000 случаев [1-4].

**Цель работы:** обратить внимание на сложность постановки диагноза до проявления классических признаков заболевания; показать необходимость срочного и радикального хирургического вмешательства и важность последующего реконструктивного лечения для пациентов с гангреной Фурнье.

**Материалы и методы.** Для демонстрации клинического случая гангрены Фурнье нами представлен 1 пациент в возрасте 20 лет, военнослужащий срочной службы. Срок службы 1 год и 4 месяца. При призыве на срочную военную службу жалоб на состояние здоровья не предъявлял, призывной комиссией был установлен диагноз: здоров.

**Результаты и их обсуждение.** Начало заболевания с обнаружения на кожной складке между половым членом и мошонкой гнойничкового высыпания, которое самостоятельно «выдавил». На 3-и сутки появились выраженная боль в гениталиях, отек и умеренная гиперемия кожи полового члена и крайней плоти, повышение температуры тела. Поступил в ВМЦ г. Гродно, где выполнена хирургическая обработка гнойного очага и назначена антибактериальная терапия (цефтриаксон, ципрофлоксацин). На 4-е сутки отмечалось увеличение отека и гиперемии кожи полового члена, развился парафимоз. Выполнено рассечение парафимоза и нанесены продольные разрезы на коже полового члена. На 5-е сутки, несмотря на лечение, произошли некротизация кожи полового члена, отек и гиперемия распространились на мошонку и надлобковую область, ухудшилось общее состояние пациента. Переведен в 432 ГВКМЦ ВС РБ.

Клиническая картина при поступлении пациента в наше учреждение: предъявлял жалобы на выраженную слабость, лихорадку, боль в половом члене, мошонке и промежности. При осмотре общее состояние пациента оценивалось как тяжелое, температура тела достигала 39°C, PS 100 в мин, АД 90/60 мм рт. ст., частота дыханий 20 в минуту. Местные изменения: кожа полового члена была черного цвета, рассечена по дорсальной и вентральной поверхности параллельными разрезами, отмечается отек и гиперемия кожи, распространяющийся на мошонку и переднюю брюшную стенку. На рис. 1Б показано место первичного очага инфекции.

После кратковременной предоперационной подготовки и минимального обследования (ЭКГ, анализы крови, рентгенография груди и живота) была выполнена хирургическая обработка гнойного очага, включающая широкое рассечение кожи и иссечение всех нежизнеспособных тканей полового члена, области мошонки и передней брюшной стенки.



А

Б

Рисунок 1. – Гангрена Фурнье

В результате операции половой член скальпирован (за исключением 1 см внутреннего листка крайней плоти), сохранены около половины кожи мошонки, яички и элементы семенного канатика иммобилизованы и перемещены в подкожную жировую клетчатку внутренней поверхности бедер. Последующее лечение заключалось в повторных (программированных) оперативных вмешательствах – некрэктомиях на 1-е, 2-е, 3-и сутки; многокомпонентной интенсивной терапии в условиях отделения реанимации; антибиотикотерапии ванкомицином и меропенемом; антикоагулянтной терапии и 7 сеансов гипербарической оксигенации. На 9-е сутки после поступления общее состояние пациента стабилизировалось, раны отчистились, появились очаги грануляций. Была выполнена кожная пластика с ремиграцией яичек в мошонку. На 36-е сутки пациент выписан по выздоровлению.

Через 4 месяца пациент поступил в отделение для выполнения реконструктивного этапа лечения. При поступлении мошонка сохранена, яички и придатки пальпаторно мягко-эластической консистенции, безболезненные, кавернозные тела полового члена находятся подкожно, длина висячей части полового члена – 2,5 см (рис. 2А), в эрегированном состоянии – 4,5 см, в правой паховой области, у основания полового члена – гипертрофированный рубец. Пациенту выполнена реконструктивная пластическая операция, в результате которой длина полового члена увеличилась более чем в 2 раза и составила 8 см, что достаточно для выполнения сексуально-репродуктивной функции.

**Выводы.** Гангрена Фурнье является жизнеопасным, потенциально фатальным заболеванием, сопровождающимся эндотоксемией с исходом в сепсис. Неотложное радикальное хирургическое вмешательство, выполнение программных некрэктомий, многокомпонентная инфузионная детоксикационная и антибактериальная терапия, применение ГБО позволяет достичь хороших результатов в лечении заболевания. Основным методом

лечения ГФ остается хирургический, и чем раньше начата операция, тем больше шансов спасти пациента.



А



Б

**Рисунок 2. – Гангрена Фурнье:**

А – при поступлении на реконструктивный этап;  
Б – конечный результат лечения (6 месяцев после выписки)

**Литература:**

1. Алиев, С. А. Болезнь Фурнье в практике хирурга / С. А. Алиев и др. // Хирургия. – 2008. – № 11. – С. 58-63.
2. Гринев М. В Некротизирующий фасциит в структуре хирургических инфекций мягких тканей / М. В. Гринев, К. М. Гринев // Амбулаторная хирургия. – 2005. – № 3 (19). – С. 6-8.
3. Ефименко Н. А Гангрена фурнье / Н. А. Ефименко, В. В. Привольнев // Клиническая микробиология и антимикробная терапия. – 2008. – Т. 10, № 1. – С. 34-42.
4. Ersay A., Yilmaz G., Akgun Y., Factors affecting mortality of Fournier's gangrene: review of 70 patients. – ANZ j Surg 2007; 77:43-48.

**СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ  
В ОЦЕНКЕ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ  
В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

<sup>1</sup> Бут-Гусаим Г. В., <sup>2</sup> Ключко Д. А.

<sup>1</sup> УЗ «2-я городская клиническая больница»

<sup>2</sup> УО «Белорусский государственный медицинский университет»  
Минск, Беларусь

По данным международных проспективных исследований, внутрибрюшная гипертензия (ВБГ) присутствует как минимум у 30% пациентов хирургического профиля, находящихся в отделениях интенсивной тера-