

УДК 616.67-616-002.36

## ФЛЕГМОНА МОШОНКИ (Случай из практики)

А.М. Кусаинов

Учреждение «Почечный центр», г. Семей

Тұжырым  
ҰМА ФЛЕГМОНАСЫ  
Ә.М. Құсайынов

Қосымша ауыр дәрежелі жүрек қантамырлары патологиясымен бірге ұма флегмонасымен ауырған ересек адамды комплексті оперативті-медикаментозды емдеу тиімділігі жөніндегі жағдай қарастырылған.

### Summary THE PHLEGMONE OF SCROTUM A.M. Kusainov

The article about clinical case of effective complex of surgical and therapeutic method of treatment of the scrotum phlegmone in elderly patient with accompanied severe cardiovascular pathology.

Впервые это заболевание было описано французским врачом Фурнье. Молниеносная флегмона мошонки представляет собой внезапно начинающийся и бурно протекающий воспалительный процесс в мошонке с быстрым развитием некроза ткани. Возбудителем является золотистый стафилококк, стрептококк, протей, кишечная палочка и т.п. Это довольно редкое заболевание, в мировой литературе описано 300 случаев (до 1978г). До открытия антибиотиков летальность при данном заболевании составляла 40%. В настоящее время колеблется, по данным разных авторов, от 8 до 23%. [1,2] Летальность зависит от площади поражения, своевременности оперативного вмешательства, активности лечения, сопутствующей патологии.

Факторами, способствующими развитию флегмоны кожи мошонки, являются травмы, осложнения оперативного вмешательства, септикопиемия, мокнущая экзема. Имеет значение иммунный статус больного, а также сопутствующие заболевания как сахарный диабет, цирроз печени, сосудистые заболевания. Анатомическое строение кожи мошонки имеет ряд особенностей: слой эпидермиса тоньше, чем на других участках кожи, подкожно-жировая клетчатка развита слабо все это способствует развитию воспаления. Немаловажную роль в возникновении гангрены имеют условия кровоснабжения мошонки. Множественный тромбоз вен при инфекции влечет за собой гангрену кожи мошонки, особенно при анаэробной инфекции. Морфологически: в оболочках мошонки картина гнойного воспаления с образованием микроабсцессов, в региональных лимфоузлах - очаги некроза.

Клинически течение заболевания крайне тяжелое. Различают общие симптомы: лихорадка, недомогание, лейкоцитоз со сдвигом влево и местные - отек мошонки и гиперемия кожи, которая без резких границ переходит на половой член, промежность, переднюю брюшную стенку. На коже мошонки пятна темно-бурого цвета, указывающие на гангрену. Известен случай тотального некроза кожи, наблюдается регионарный лимфангоит и лимфаденит. Бурное течение заболевания, сопровождающиеся резким отеком мошонки и полового члена, может вызвать затруднение мочеиспускания вплоть до острой задержки мочи. В начальной фазе заболевание приходится дифференцировать с острым орхоэпидидимитом и мокнущей экземой мошонки.

Лечение, в основном, оперативное. При ограниченной флегмоне показано вскрытие гнойника, при разлитой - лампасные разрезы с орошением раны перекисью водорода, на фоне антибактериальной и дезинтоксика-

ционной терапии. При больших дефектах кожи мошонки производят пересадку кожи. Прогноз заболевания зависит от своевременной и правильной терапии, площади поражения и общего состояния больного. По материалам 1 съезда урологов Белоруссии в период с 1987 г. по 2007 г. из 29 больных наблюдавшихся умерло 5 человек, что составило 17% [3]. В нашей клинике, обслуживающей более 300тыс. населения, в период с 2004 г. по 2011г. наблюдалось всего 4 случая флегмоны мошонки с благоприятным прогнозом.

В связи с редкостью данной патологии и эффективностью проведенной терапии мы представляем один из этих 4-х случаев. 17 октября 2007г. в 18 часов каретой скорой помощи доставлен в урологическое отделение учреждения «Почечный центр» больной Ч., 67 лет, с направительным диагнозом: Гематома промежности. Жалобы при поступлении на боли, припухлость мошонки и промежности, повышение температуры тела до 39°, недомогание. В анамнезе болеет в течение недели, лечился амбулаторно у хирурга по поводу хронического геморроя - проводилась перианальная анестезия. Ухудшение состояния в течение суток. В анамнезе инфаркт миокарда в 2005г., кардиальный цирроз печени. Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы несколько желтушные, склеры субиктеричные. Отеки стоп, голеней. В легких везикулярное дыхание, в нижних отделах единичные влажные хрипы с обеих сторон. Сердце тоны приглушены, ритм правильный, пульс 98 ударов в 1мин., АД-110/70 мм. рт. ст. Язык влажный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает из - под края реберной дуги на 2 см. Мочеиспускание самостоятельное. Локально: Мошонка отечная, багрового цвета, при пальпации болезненная, определяется подкожная крепитация, яички обычных размеров, безболезненные. У корня мошонки, в области промежности, пальпируется инфильтрат размером 5,0 x 7,0 см., кожа гиперемирована. Выставлен диагноз: Флегмона мошонки. В анализах крови: лейкоцитоз - 21,0 10<sup>12</sup>/л со сдвигом влево, гемоглобин-141г/л., в моче: белок 0,66 г/л, лейкоциты - в большом количестве, эритроциты 4-5-9 в п.з., мочевины крови - 9,8 ммоль/л., креатинина крови - 2,18 мг%, сахар крови - 3,9ммоль/л, общий билирубин - 131,6 ммоль/л.

Назначена антибактериальная терапия - зинацеф 750мг х 2раза в/венно, метрид 100мл х2 раза в/венно, пенициллин 6 млн. ед. 1раз в/венно и по 1млн.ед х4 раза в/м, дезинтоксикационная терапия. Консультирован терапевтом. Диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения. ФКЗ. Постинфарктный кардиосклероз.(2005). Н2Б.

Сердечная астма. На ЭКГ-синусовый ритм, с ч.с.с. 100 ударов в 1мин. Гипертрофия левого желудочка. Рубцы на задней и переднебоковой стенках левого желудочка. После премедикации больной взят на операционный стол. Под перидуральной анестезией произведены два параллельных лампасных разреза от корня мошонки до промежности. При ревизии выделилась серозно-геморрагическая жидкость в большом количестве с резким зловонным запахом и выделением газа, ткани некротизированы. Произведена некрэктомия. Взят бак. посев отделяемого из раны, некротическая ткань - на гистологию. Рана дренирована силиконовой трубкой, турундами с перекисью водорода. Послеоперационный диагноз: Гнилостная флегмона мошонки.

В послеоперационном периоде состояние больного остается тяжелым, отмечается нарастание признаков азотемии; повышение уровня креатинина с 2,36 мг% до 3,27 мг%, мочевины до 17 ммоль/л., билирубина 131 ммоль/л, прямой фракции - 63,9ммоль/л. В общем анализе крови лейкоцитоз снизился до  $10,5 \times 10^{12}/л.$ , СОЭ-25 мм/ч. Суточный диурез уменьшился до 300 мл. У больного развились явления печеночно-почечной недостаточности интоксикационного характера. На перевязках первые несколько суток - рана с некротизированной тканью и резким неприятным запахом. Результат гистологии: кожа и подкожная клетчатка в состоянии некроза с очаговыми кровоизлияниями и обильной лимфо-лейкоцитарной инфильтрацией. Бактериологический посев отделяемого из раны: выделена кишечная палочка.

Больному проводилась активная терапия: антибиотикотерапия с учетом чувствительности, инфузионно-детоксикационная терапия до 2.0 л. в сутки, включая кровозаменители, антиагреганты, гепатопротекторы (эссенциале), сердечные, стимуляция диуреза. На 5-е сутки начат курс гипербарической оксигенации. Ежедневно перевязки с перекисью водорода, ксероформом. В результате проведенного лечения состояние больного улучшилось, диурез нормализовался, улучшились биохимические показатели крови: уровень мочевины- 9,0 ммоль/л, креатинина - 1,63мг%, билирубина - 62 ммоль/л. Местно: рана очистилась, гранулирует, уменьшился отек мошонки.

Флюорография органов грудной клетки: в легких усиление и деформация легочного рисунка, справа в нижних отделах плевральные спайки. Синусы свободные. Сердце расширено за счет левого желудочка. На 11-е сутки после операции у больного появились боли за грудиной, сердцебиение, усилилась одышка. На ЭКГ - синусовый ритм с ч.с.с. 81 уд. в 1мин., прерываемые политопными экстрасистолами. На фоне рубцовых полей в области переднебоковой стенки левого желудочка повторный инфаркт миокарда.

Консультирован кардиологом, диагноз: ИБС. Повторный инфаркт миокарда переднебоковой стенки левого желудочка, острая стадия. Постинфарктный кардиосклероз (2005 г.) политопные экстрасистолы. Лечение дополнено: обезболивающее, изокет 10,0в/в на физ. растворе, фраксипарин подкожно, метаболики, кордарон.

На 20-е сутки состояние больного улучшилось, гемодинамика стабилизировалась, диурез положительный. Заживление раны вторичным натяжением. Нормализовались биохимические показатели: уровень креатинина - 1,0 мг%, мочевины - 5,8 ммоль/л, общего билирубина - 26ммоль/л, прямой фракции 8,2. На ЭКГ ритм синусовый, инфаркт миокарда в стадии рубцевания. На 40-е сутки больной выписан с улучшением на амбулаторное долечивание у хирурга, кардиолога.

Таким образом, данный случай показателен в лечебном и прогностическом плане. Благодаря своевременной адекватной комплексной оперативно-медикаментозной терапии исход болезни был благоприятным. При составлении программы лечения учитывались все звенья патогенеза основного заболевания и тяжелой сопутствующей сердечно-сосудистой патологии у пожилого мужчины. При развитии и основного, и сопутствующего заболевания имело место тяжелая степень гипоксемии, на устранение которой было направлено действие гипербарической оксигенации.

#### Литература:

1. Пытель Ю.А., Золатарев И.И. // Неотложная урология. 1988. - 54 с.
2. Национальное руководство по урологии/ под редакцией Лопаткина Н.А. Москва. 1994. - 346 с.

УДК 616.36-004-06:616.149-008.341.1+616.329/33-005

## ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛИГИРОВАНИЕ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Т.К. Тлегинов

Медицинский Центр корпорации «Казахмыс», г. Жезказган

#### Резюме

*Предоставлено клиническое наблюдение случая применения метода эндоскопического лигирования варикозно-расширенных вен пищевода, при остром пищеводном кровотечении, у пациента с циррозом печени. Описанный случай демонстрирует как лечебно-диагностические возможности современной эндоскопии, так и эффективность эндоскопического лигирования варикозно-расширенных вен пищевода в лечении подобных заболеваний.*

#### Тұжырым

**БАУЫР ЦИРРОЗЫМЕН АУРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ВАРИКОЗДЫ КЕҢЕЙГЕН ӨНЕШ КӨК ТАМЫРЛАРЫН ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ ӘДІСПЕН БАЙЛАУ (ПРАКТИКАДА БОЛҒАН ЖАҒДАЙ)**

Т.К. Тлегинов

*Бауыр циррозының өлімінің негізгі себептерінің бірі- ол өнештің көк тамырларының кенеші кезіндегі қан кетіуі. Осындай тәрізді қан кетудің алдын-алу шараларының алған түрлеріне қарамастан, оның пайда болуы жиі болып отыр. Зерттеу мақсаты бауыр циррозы, порталды гипертензия кезіндегі өнештің көк тамырларының*