

© О. Б. Прийма, 2013
УДК 616.75-002.4-07-089(049.3)

О. Б. Прийма

■ **М. В. Гринёв, Кир. М. Гринёв. Некротизирующий фасциит.**
СПб.: Гиппократ, 2008. 120 с.

Городская больница (главврач — А. Б. Кульчицкий), г. Трускавец, Украина

Рецензируемая монография — один из немногих славяноязычных трудов такого объема на данную тему. Об актуальности ее свидетельствуют статистические данные о смертности при этой нозологии, которая и сегодня достигает высоких цифр. Более того, распространенность гнойно-воспалительных процессов мягких тканей в хирургическом стационаре составляет около трети контингента больных. Две проблемы переплелись в этой тяжелой хирургической патологии — распространенные некрозы поверхностной фасции и подкожной клетчатки и эндотоксикоз с полиорганной недостаточностью. Малое число клинических наблюдений, единичные случаи в большинстве публикаций создают фон, где собранные автором монографии 50 случаев некротического фасциита делают монографию весомой и актуальной.

Бесспорно, некротический фасциит принадлежит к экстремальным хирургическим заболеваниям, а поэтому данные монографии несут, в известной степени, познавательно-методический характер изучения критических состояний в организме человека. Последние, по мнению Г. Селье, независимо от своей природы имеют единый унитарный механизм своего развития, о чем упоминают авторы в предисловии.

В I разделе рецензируемой монографии авторы излагают исторический материал по данной проблеме и анатомические данные о поверхностной фасции тела человека. Сам термин «некротизирующий (или некротический) фасциит», по мнению авторов, был предложен в 1952 г. В. Wilson. Однако в литературе описаны случаи эффективного лечения фасциита промежностной локализации, называемого гангреной Фурнье. Это касается XVIII–XIX вв. и приведено в публикациях Vaugienne, И. В. Буяльского и П. Добычина. Далее приводятся факторы риска развития фасциита, среди которых — употребление инъекционных наркотиков, сахарный диабет, онкопатология и хронические процессы в организме. Эти данные согласуются с нашими собственными данными.

Во II разделе рассматривается микробный фактор, обуславливающий это заболевание. Здесь выделяют *Str. pyogenes*, аэробно-анаэробные микробиоты и кишечную флору, в частности неклостридиальные анаэробы, которые играют весомую роль в развитии болезни. В 18–20% случаев при идиопатическом эпифасциите выделить флору не удалось. Наш собственный опыт лечения больных с гангреной Фурнье, как вида фасциита с локализацией на промежности, подтверждает участие в этом процессе неклостридиальных анаэробов. Это доказывают зловонный запах экссудата, выделение газа при раскрытии поврежденных тканей и преобладание некротических изменений в тканях над воспалительными.

В III разделе представлены размышления авторов о патогенезе этого заболевания. Здесь впервые представлена оригинальная трактовка механизмов развития процесса, обусловленных анатомическими особенностями поверхностной фасции тела. Так, особенностью ангиоархитектоники последней является наличие поверхностного и глубокого слоев фасции, которые пронизаны сосудами, образующими сетку по типу шнурованной лестницы. Фасция имеет от 3–4 до 30 слоев коллагеновых и эластических волокон, которые резко ограничивают в объеме и делают резистентным паравазальное пространство. При действии патогенного фактора возникают гиперкоагуляция с ингибированным фибринолизом, выраженный паравазальный выход жидкой части крови, который через развитую сеть волокон усиливает ишемию тканей фасции и усугубляет расстройство микроциркуляции, а также активизирует цитокиновый каскад.

Следовательно, расстройства микроциркуляции ведут к тромбозу сосудов, некрозу поверхностной фасции, а поэтому к системной воспалительной реакции организма с эндотоксикозом и полиорганной недостаточностью.

В IV разделе представлены патологоанатомические данные, полученные у больных с некротическим фасци-

Сведения об авторе:

Прийма Олег Богданович (e-mail: priyma1965@mail.ru), Трускавецкая городская больница, 82200, Украина, г. Трускавец, ул. Данилишиных, 62

итом. Для этого процесса характерны обширные зоны некроза II–III уровня по шкале D. Ahrenholz (1988) и преобладание в биоптате некротических изменений над воспалительными. Вот почему авторы настаивают при подозрении на некротизирующий фасциит выполнять в обязательном порядке дооперационную либо интраоперационную диагностическую криобиопсию материала из пораженных зон.

В V разделе дана клиническая картина заболевания, где в начале процесса выделяют два основных проявления. Прежде всего, боли в теле, обусловленные сдавлением нервных окончаний в поверхностной фасции тела из-за отека и нарушения микроциркуляции с выпотеванием жидкости в паравазальное пространство, которое является резистентным и ограничено в объеме через развитую сеть волокон. Второе проявление — лихорадка, что является ответом организма на инфекцию с развитием интоксикации. Далее присоединяются местные изменения — гиперемия кожи с формированием некрозов. Авторы различают некротический фасциит первого и второго типа — клиническая модель экстремального состояния, для которого характерна (из-за обширных зон поражения) выраженная интоксикация. По локализации различают фасциит туловища, конечностей, головы и шеи, промежности (гангрена Фурнье).

Наш собственный опыт охватывает 12 больных с гангреной Фурнье тяжелого течения и 2 больных, консультируемых в других отделениях. Кроме этого, наблюдались 2 больных с фасцитом туловища с локализацией в области грудной железы и передней брюшной стенки. Собственный опыт подтверждает, что промежностной фасциит — тяжелый анаэробный процесс, охватывающий, кроме поверхностной фасции, подкожной клетчатки и кожи промежности, и близлежащие анатомические структуры: в 8% случаев — тело полового члена, в 30% — паренхиму яичек, в 10% — мочевого пузыря и парауретральную клетчатку, в 3% — прямую кишку, т. е. распространяется значительно глубже, чем поверхностная фасция тела. Кроме этого, процесс сопровождается выраженным эндотоксикозом.

В VI разделе представлена диагностика эпифасциита. Особых патогномичных признаков этого заболевания не существует. Относительно диагностических обследований, то рекомендуют выполнять обзорную рентгенографию, УЗИ, магнитно-резонансную и компьютерную томографию в пораженной зоне на предмет поиска в тканях имеющегося газа. Наш собственный опыт подтверждает это.

В VII разделе авторы приводят лечебную тактику, которую они применяют у больных с эпифасцитом. «Золотым стандартом» является выполнение лам-

пасных разрезов кожи, подкожной клетчатки и поверхностной фасции тела в зоне поражения в ургентном порядке через 3–6 ч с момента поступления после интенсивной внутривенной инфузионной терапии с последующей этапной повторной ревизией раны и некрэктомией не позднее 12–24 ч от первого оперативного вмешательства и последующими этапными некрэктомиями. При лечении больных мы пользовались аналогичной тактикой.

Кроме оперативного вмешательства авторы применяли ступенчатую терапию: антибактериальную с частой сменой антибиотиков, иммуномодулирующую (противогангренозная сыворотка, плазма крови, иммуноглобулины, ронколейкин), иммуносупрессивную (глюкокортикоиды), антицитокиновую, средства для улучшения метаболизма, гипербарическую оксигенацию. Мы применяли идентичную тактику, кроме гипербарической оксигенации. Последнее обусловлено тем, что мы учитывали негативное влияние кислорода под повышенным давлением — оксидантный стресс.

Авторы впервые применили препарат активированного протеина С под торговым названием «Зигрис», мотивируя это наличием у больных с некротическим фасцитом системной воспалительной реакции в организме, что требует противовоспалительной, антикоагулянтной и профибринолитической терапии. Указанные качества присущи препарату «Зигрис».

В VIII разделе представлена тактика по интенсивной инфузионной терапии при эпифасците. Она носит фазный характер. Так, в 1–2-е сутки лечения объем внутривенной инфузии должен составлять 5–8,5 л, а на 2–5-е сутки — 3–5 л с последующим уменьшением объема инфузии до 2 л/сут. Кроме этого, в 1-е сутки лечения 50–75% объема суточной инфузии должны составлять кристаллоиды, а с 3-го дня лечения более половины инфузии в сутки должны составлять глюкоэлектrolитные смеси. Эти данные согласуются с нашими собственными данными и данными публикаций по этой теме в медицинской литературе. Для профилактики стрессового повреждения желудочно-кишечного тракта показан антацид сукралфат и антагонисты H₂-рецепторов.

В IX разделе представлена нутритивная поддержка больных с фасцитом — энтеральное и парентеральное питание.

Учитывая все вышеупомянутое, монография является ценной как для хирургов, урологов, анестезиологов-реаниматологов, так и для патофизиологов. Монографию можно считать «первой ласточкой» в медицинской литературе касательно такого тяжелого гнойно-некротического процесса, как эпифасцит.

Поступила в редакцию 15.05.2013 г.