

УДК 616.758–002.4–07–089

Випадок некротизувального фасціїту: діагностування, лікування

В. К. Огоновський, О. І. Палій, О. Л. Куляба

Клінічна лікарня Львівської залізниці, Львів



Ключові слова: некротизувальний фасціїт, рання діагностика, некректомія, антибактеріальна терапія, інтенсивне лікування.

Некротизувальний фасціїт (НФ) — загрознаве для життя інфекційне захворювання, яке потребує невідкладного хірургічного та інтенсивного медикаментозного лікування. НФ зазвичай починається з підвищення температури тіла, ознобу та загальної слабості. Хвороба швидко прогресує, наростають гіпертермія, тахікардія, тахіпноє, розвивається гіпотензія, пригнічується психіка. Антибактеріальна терапія є малоєфективною. Еритема в ураженій ділянці з'являється на 2–3-й день від початку захворювання, нерідко з булами. За етіологічним чинником розрізняють 3 типи НФ: 1) полімікробний — 70 % випадків; 2) анаеробний — 20 %; 3) спричинений стрептококом А — 10 % [3]. Характерним є широке прогресивне ураження поверхневої та глибокої фасцій, підшкірної жирової клітковини, нерідко також м'язів, за збереженої шкіри [4, 8]. Таке швидке поширення некрозу тканин спричинене тромбозом судин, ішемією, невротатією. У зв'язку з останньою НФ нерідко перебігає без больового синдрому. При цьому інтоксикація наростає швидко, і драматичними можуть бути не дні, а години. Вважають, що НФ виникає на тлі автоімунних порушень, алергічних реакцій негайного та сповільненого типу [1]. Летальність за НФ становить 25–40 %, однак у разі сепсису чи ниркової недостатності вона може сягати 70 % [2, 7, 8].

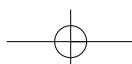
До чинників ризику виникнення НФ відносять цукровий діабет, захворювання периферійних судин, наркоманію, алкоголізм, імуносупресію (хіміотерапія, променеве лікування), хронічний гепатит С тощо. Проте нерідко захворювання виникає у цілком здорових молодих осіб. До 29 % хворих на НФ не зазнавали впливу чинників ризику [6]. Останніми роками відзначають тенденцію до зростання кількості таких хворих. У США частота зареєстрованих випадків захворювання на НФ збільшилася до 1500 на рік, створено товариство людей, що перенесли цю тяжку хворобу і мають як наслідок фізичні вади [10].

Мета роботи — на підставі ретроспективного аналізу результатів лікування хворих на НФ оцінити ефективність застосованих підходів та по можливості вдосконалити їх.

Матеріал і методи

За період 2000 рік — перше півріччя 2007 року в хірургічному відділенні Клінічної лікарні Львівської залізниці (КЛЛЗ) проходили лікування 28 хворих на НФ — 16 чоловіків і 12 жінок. Вік хворих від 30 до 82 років. На цукровий діабет хворіли 17 (60,7 %) пацієнтів. Локалізація уражень була такою: нижні кінцівки та пахвинні й сідничні ділянки — 18 випадків, передня черевна стінка — 5, грудна стінка — 2, верхні кінцівки — 2, параректальна клітковина — 1. У 16 (57,1 %) хворих діагноз під час скерування в стаціонар був іншим: бешиха, флеботромбоз, флегмона, синдром діабетичної стопи тощо. Троє пацієнтів були скеровані в інші відділення з наявністю неврологічної симптоматики або декомпенсації серцевої діяльності. Наявність у них ознак поліорганної недостатності була підставою запідозрити гострий інфекційний процес.

Наводимо приклад. Хворий Х., вік 30 років, доправлений до приймального відділення КЛЛЗ 07.07.05 р. у вкрай тяжкому стані з підозрою на флеботромбоз клубового сегмента зліва, тромбоемболію легеневої артерії. На час госпіталізації у пацієнта наявний різкий набряк лівої нижньої кінцівки, клубової ділянки та попереку, шкіра кінцівки не змінена. Задуха з частотою дихальних рухів 38 за 1 хв. Гіпотонія: у приймальному відділенні артеріальний тиск на периферійних артеріях не визначався, через півгодини інтенсивної інфузійної терапії він був на рівні 70/30...90/40 мм рт. ст. Анурія. Свідомість збережена, проте хворий загальмований. Високий лейкоцитоз, різкий зсув формули вліво, висока температура тіла дали підставу запідозрити інфекційний процес. Проведено пункції в ділянці стегна, отримано жовтувату геморагічну рідину. Виявлено втрату больової чут-



ливості. Встановлено діагноз некротизувального фасциїту. негайно виконано широкі лампасні розтини, фасціотомію, некректомію. Виявлено некротизувальний фасциїт, міозит, відзначено повну втрату больової чутливості. Стан хворого залишався нестабільним. Запропоновано екзартикуляцію лівого стегна, на що дозволу від хворого, його дружини та матері не отримано. Смерть настала за 7 годин перебування хворого в стаціонарі.

Діагноз некротизувального фасциїту підтверджували під час оперативного втручання. Останнє проводили здебільшого під загальним знеболенням. Воно полягало в широкому висіченні змертвілих тканин, незважаючи на перспективу косметичного чи функціонального дефекту в майбутньому. У чотирьох хворих виконали високі ампутації нижніх кінцівок, в одного — екзартикуляцію стегна. За 24 години після операції проводили перев'язування під загальним знеболенням. При цьому старанно виконували ревзію ран, додаткову некректомію. Переважно після 3–4 перев'язувань не було потреби проводити їх під наркозом.

Інтенсивне лікування здійснювали в умовах реанімаційного відділення. Інфузійна терапія включала корекцію білкового, вуглеводного, електролітного обмінів, нерідко — гемотрансфузію, переливання свіжозамороженої плазми. Антибактеріальна терапія мала особливе значення, проте її ефективність була пов'язана не тільки з вибором препаратів. Великою мірою її визначала адекватність оперативного втручання. Добираючи антибіотики, розраховували на покриття як аеробної (грампозитивної та грамнегативної) флори, так і анаеробної. Корекцію проводили за результатами посіву. Однак у разі ефективності емпірично призначеної антибактеріальної терапії, її продовжували. Найефективнішими були препарати «Меронем», «Далацин», «Мератин», «Максипім». Тривала антибактеріальна терапія включала також «Ципринол», «Гепациф», «Метрогіл». У кількох хворих застосовували ГБО.

Результати та обговорення

Діагноз НФ у всіх хворих встановлено впродовж першої доби їхнього перебування в стаціонарі. Найважче було діагностувати НФ у тому разі, коли жодних змін шкіри не було, а стан хворого вимагав негайних дій. Наявність набряку або зміна кольору шкіри, переважно легка гіперемія у вигляді пасом були підставою для проведення пункції. Найчастіше отримували невелику кількість серозного, дещо каламутного, нерідко геморагічного вмісту, якого у здорових м'яких тканинах не має бути. При цьому переважно відзначали анестезію шкіри в уражених ділянках. Крепітація в цих місцях визначалась не завжди, частіше вона

була в пацієнтів із виразними місцевими проявами захворювання.

У всіх хворих відзначено гіперлейкоцитоз периферійної крові зі значним зсувом формули вліво та анемію різного ступеня. За нашими даними, рівень лейкоцитів периферійної крові та їхня формула є достатньо надійним критерієм, щоб оцінювати ефективність лікування та прогнозувати перебіг НФ. Це збігається з даними деяких авторів [7]. Вони рекомендують також застосовувати динаміку рівнів лейкоцитів крові для диференційної діагностики НФ.

У літературі є дані про доцільність використання рентгенографії, комп'ютерної томографії та магніторезонансної томографії (МРТ) у діагностуванні НФ. При цьому виявлення накопичень повітря в м'яких тканинах є підставою для швидких агресивних дій. На МРТ можна також виявити потовщення фасцій [9]. Обґрунтуванням для виконання великих за обсягом оперативних втручань можуть бути результати експрес-біопсій [5].

Наш досвід свідчить, що позитивні дані цих досліджень є за розвинутої клінічної картини, коли спосіб дій зазвичай зрозумілий. Результати гістологічних досліджень є надійним підтвердженням діагнозу НФ, що є особливо важливим під час оцінювання наслідків лікування [2]. Це також допомагає уникнути гіпердіагностики НФ.

Посіви на флору та чутливість до антибіотиків у більшості хворих дали ріст різної мікрофлори, що свідчить про полімікробну етіологію НФ.

Померли 7 хворих, що становить 25%. Серед померлих ниркова недостатність розвинулась у 6, поліорганна недостатність — у 3, ДВЗ-синдром — у 2 пацієнтів. Троє осіб померли в перші години перебування у стаціонарі. В одній з них діагноз НФ не був встановлений за життя. У неї домінувала неврологічна симптоматика на тлі нестабільної гемодинаміки. Упродовж кількогодинного перебування в стаціонарі пацієнці вживали реанімаційних заходів.

Висновки

1. Проблема діагностики та лікування некротизувального фасциїту є актуальною, незважаючи на відносну рідкісність випадків захворювання. Це пов'язане з високою летальністю, а також інвалідизацією хворих, що перенесли НФ.

2. На летальність та наслідки лікування НФ головним чином впливають: час застосування адекватного лікування, що минув від початку захворювання, агресивність й обґрунтованість оперативного втручання, потужність та адекватність призначених антибактеріальних препаратів, а також своєчасність компенсації порушених функцій.



3. Місцеве поширення інфекції небезпечно функціональними та косметичними дефектами в майбутньому, системне поширення призводить до сепсису, шоку, поліорганної недостатності.

4. Діагноз НФ слід підтверджувати гістологічним дослідженням.

5. У наших спостереженнях НФ зумовлений переважно полімікробною флорою.

6. Рівень лейкоцитів (гіперлейкоцитоз), їхня формула та ступінь анемії великою мірою відображають динаміку перебігу захворювання, їх можна використовувати для прогнозування перебігу НФ.

Цитована література

1. Люлько И. В. Комплексный метод хирургического лечения обширной гнойно-некротической флегмоны / И. В. Люлько, С. О. Косульников, С. И. Карпенко // Клініч. хірургія.— 2002.— № 11-12.— С. 43–44.
2. Brandt M. M. Necrotizing soft tissue infections: a surgical diseases / M. M. Brandt, S. E. Korprou, W. L. Wahl // Am. Surg.— 2000.— Vol. 66.— P. 977–970.
3. Brook J. Clinical and microbiological features of necrotizing fasciitis / J. Brook, E. H. Trozier // J. Clinic. Microbiology.— 1995.— Vol. 33.— P. 2382–2387.
4. Lille S. T. Necrotizing soft tissue infections: obstacles in diagnosis / S. T. Lille, T. T. Soto, L. H. Engrav // J. Am. College Surgeons.— 1996.— Vol. 182.— P. 7–11.
5. Majeski J. Necrotizing fasciitis: improved survival with early recognition by tissue biopsy and aggressive surgical treatment / J. Majeski, E. Majeski // Southern Med. J.— 1997.— Vol. 90.— P. 1065–1068.
6. Necrotizing fasciitis caused by community-associated methicillin-resistant Staphylococcus aureus in Los Angeles / G. Loren, L. G. Miller, F. Perdreau et al. // New Engl. J. Med.— 2005.— Vol. 352.— P. 1445–1453.
7. Objective criteria may assist in distinguishing necrotizing fasciitis from nonnecrotizing soft tissue infections / D. B. Wall, S. de Virgilio, S. Black, S. R. Klein // Am. J. Surg.— 2000.— Vol. 179.— P. 17–21.
8. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections / D. L. Stevens, A. L. Bisuo, N. F. Chamles et al. // Clinic. Inf. Diseases.— 2005.— Vol. 41.— P. 1373–1406.
9. Schmid M. R. Differentiation of necrotizing fasciitis and cellulitis using MR imaging / M. R. Schmid, T. Kossmann, S. Duevel // Am. J. Roentgenology.— 1998.— Vol. 170.— P. 615–620.
10. Severe soft tissue infections of the extremities in patients admitted to an intensive care unit / G. R. Zahar, G. Coveja, P. Lesprit et al. // Clin. Microbiol. Infect.— 2005.— Vol. 11.— P. 79–82.

Случай некротизирующего фасциита: диагностика, лечение

В. К. Огоновский, О. И. Палий, О. Л. Куляба

На основании данных доступной литературы и собственных наблюдений сделан вывод о сложности диагностики и лечения некротизирующего фасциита. Проанализирована эффективность мероприятий, примененных при лечении 28 больных некротизирующим фасциитом. Летальность составила 25%. Сделан вывод о крайней важности диагностирования в ранние сроки, своевременного агрессивного хирургического вмешательства и интенсивной инфузионной терапии в условиях реанимационного отделения. Антибактериальная терапия с самого начала должна обеспечивать широкий спектр антимикробного действия.

The case of necrotizing fasciitis: diagnostics, treatment

V. K. Ohonovs'kyi, O. I. Palii, O. L. Kuliaba

The difficulty of the diagnostics and treatment of necrotizing fasciitis has been concluded from the available literature data and own observations. The analysis of efficiency of the used measures in the treatment of 28 patients with necrotizing fasciitis was carried out. The mortality rate was 25%. The conclusion has been made about the extreme importance of the early diagnostics, timely aggressive surgical intervention and intensive infusion therapy in the conditions of the intensive care unit. The antibacterial therapy should provide the broad spectrum of antimicrobial effects from the very beginning of the management.

