

ИЗМАЙЛОВ С.Г.¹, ИЗМАЙЛОВ А.Г.², ЛУКОЯНЫЧЕВ Е.Е.¹,
ДОБРОКВАШИН С.В.², ВОЛКОВ Д.Е.²

АБСЦЕСС ДЮПУИТРЕНА (КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ)

¹ Городская клиническая больница № 7 Ленинского района г. Нижнего Новгорода им. Е. Л. Берёзова» г. Нижний Новгород

² Казанский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра общей хирургии, г. Казань

IZMAYLOV S.G.¹, IZMAYLOV A.G.², LUKOYANYCHEV E.E.¹,
DOBROKVASHIN S.V.², VOLKOV D.E.²

DUPUYTREN'S ABSCESS (CLINICAL CASES FROM PRACTICE)

¹ City Clinical Hospital № 7 of Leninsky District of Nizhny Novgorod city named after him E.L. Beryozov, Nizhny Novgorod

² Kazan State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, department of general surgery, Kazan

Резюме. В статье представлено описание абсцесса Дюпюитрена, который является одним из тяжелых осложнений гнойной инфекции. При лечении данной патологии, хирург сталкивается с рядом трудностей в виде диагностики и тактики хирургического лечения. Приведен клинический пример лечения абсцесса Дюпюитрена, который демонстрирует эффективность совершенствованных подходов.

Ключевые слова: воспаление, ксимедон, некрэктомия, абсцесс, очаг.

Resume. The article presents a description of Dupuytren's abscess, which is one of the severe complications of a purulent infection. In the treatment of this pathology, the surgeon faces a number of difficulties in the form of diagnosis and tactics of surgical treatment. A clinical example of the treatment of Dupuytren's abscess is given, which demonstrates the effectiveness of improved approaches.

Keywords: inflammation, xymedon, necrectomy, abscess, focus.

Актуальность. Летальность в последние годы не имеет значительной тенденции к снижению, хотя, как не парадоксально в лечении острой гнойной инфекции и достигнуты некоторые успехи. Сохраняется высокая частота заболеваемости, значительная продолжительность лечения с развитием редких и тяжелых форм осложнений [1,2]. Наряду с объективными причинами неудовлетворительных итогов лечения нередко встречаются диагностические и тактические ошибки в выборе объема оперативного пособия, особенно в случаях, редко (казуистических) встречающихся в практике хирурга. К такой патологии можно отнести и абсцесс Дюпюитрена [3,4].

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 6 больных с абсцессом Дюпюитрена, из которых в 3-х случаях с локализацией

(флегмона) в нижних отделах шеи (один из них умер) и в 3-х – в паховой области. Все больные оперированы на фоне проведения активных адекватных консервативных мероприятий. В 5 случаях наступило выздоровление. Применялись клинические, лабораторные, инструментальные и бактериологические методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Дюпюитрена (Dupuytren G.) абсцесс (ДА) относится к редкой и тяжелой форме гнойно-воспалительного процесса, характеризующегося нетипичностью его локализации и трудностью распознавания. В.К. Гостищев [1] описывает такое заболевание как ограниченную и широкую флегмону шеи, локализирующуюся в верхнем отделе (*trigonum caroticum*) и в нижнем отделе сосудистого влагалища, а также с возможностью поражения всего сосудистого влагалища шеи.

Распространение флегмон сосудистого влагалища усматривается в особенностях фасциально-клетчаточных пространств, что определяет формирование гнойных затеков вдоль от основного очага воспаления: надключичная область, подмышечная ямка, переднее средостение, контрлатеральная сторона шеи (широкая флегмона шеи Дюпюитрена). С таким расположением ДА мы наблюдали 3-х больных. В 2-х случаях гнойно-воспалительный процесс на фоне сепсиса ограничился сосудистым пучком с тромбофлебитом яремных вен. Операция заключалась во вскрытии сосудистого влагалища на всем протяжении доступом по де Кервену, перевязки яремной вены и дренировании. Наступило выздоровление. Летальный исход наступил у одного больного при прорыве гноя в предвисцеральное клетчаточное пространство, несмотря на сделанный воротничкообразный разрез по Кохеру и интенсивную терапию.

Для иллюстрации приводим одно из наших 3-х наблюдений.

Больная А., 84 лет доставлена машиной скорой помощи в гинекологическое отделение с диагнозом: абсцесс правой большой половой губы. Под местной инфильтрационной анестезией небольшим разрезом по наружной поверхности губы в экстренном порядке произведено вскрытие абсцесса и на следующий день больная с диагнозом «Болезнь Фурнье» переведена в хирургическое отделение.

При поступлении общее состояние тяжелое. Жалобы на постоянные боли в правой паховой области. Болеет около месяца, когда стала отмечать боли и чувство тяжести внизу живота. Применяла местно водочные компрессы и внутрь антибиотики. Неделю назад появились боли в правом паху и большой половой губе. Ранее неоднократно лечилась по поводу воспалительных заболеваний придатков матки. Страдает сахарным диабетом 2 типа, выявленного после аппендэктомии. Температура 38,5°C. Тоны сердца приглушены. ЧСС 90 в мин. АД 180/100 мм рт. ст. живот участвует в акте дыхания. При пальпации умеренно болезненный в гипогастральной области, преимущественно справа. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул задержан. Мочеиспускание учащенное.

В правом паху выявлена гиперемия кожи, болезненный инфильтрат с визуально определяющейся асимметрией брюшной стенки. На наружной

поверхности правой большой половой губы имеется гнойная рана с установленной в ней резиновой трубкой. Влагалищное исследование: обнаружено правостороннее неподвижное слабо болезненное образование, расположенное в области придатков, что подтвердилось проведенным УЗИ. Анализ крови: Нб 106 г/л, умеренный лейкоцитоз ($9,8 \times 10^9/\text{л}$) с нейтрофильным сдвигом (п – 12%), СОЭ 42 мм/ч; общий белок 86 г/л, общий билирубин 12 мкмоль/л, ПТИ 85%, глюкоза крови 11 ммоль/л, свертываемость по Сухареву 6,5 мин. анализ мочи: удельный вес – 1018. Под внутривенным наркозом осуществлена операция. Для лучшей ориентации свища в дренажную трубку введен 2% водный раствор метиленового синего. При ревизии обнаружен свищевой ход, идущий выше пупартовой связки и спускающийся в глубь таза с наличием в нем гнойника. Свищ иссечен на всем протяжении вместе с окружающими гнойно-некротическими тканями до внутритазового абсцесса. Гнойная полость обследована пальцем, разделены перемычки, установлен двухпросветный активный полихлорвиниловый дренаж. Проточно-аспирационное дренирование в комплексной терапии в течение 3-х суток. Выздоровление.

Дифференциальная диагностика ДА у гинекологических больных представляет определенные трудности из-за отдаленности расположения основного очага. Наиболее перспективным и информативным из дополнительных диагностических методов является ультразвуковое сканирование, подкупающее своей простотой и доступностью. Ультразвуковое исследование позволяет выявить наличие плотной капсулы и определить размеры инфильтративного вала, который в отличие от основной гнойной полости изменяет свою эхо-структуру и представляется в виде гомогенного уплотненного очага без наличия эхо-негативной зоны.

Лечение ДА должно быть комплексным, в основе которого лежит раннее жизненно необходимое хирургическое вмешательство – радикальная хирургическая обработка гнойного очага. Только широкое вскрытие ДА, свищевых ходов, основного гнойника с эвакуацией гноя и тотальной некрэктомией, тщательной ревизией соседних органов и активным фракционным или перманентным аспирационно-промывным дренированием создают условия для благоприятного исхода заболевания. Лишь у крайне тяжелых больных с высоким операционным риском обосновано разделение терапии на два этапа: первоначально вскрытие ДА, а после улучшения общего состояния больного следует радикальное оперативное пособие. Выбор операции определяется объектом, травматичностью операции, общим состоянием больных и изменением в различных органах и системах. Все наши пациентки успешно оперированы и выписаны домой под наблюдение гинеколога.

Выводы. ДА относится к редкой локализации гнойника, вдали от основного, как правило, длительно протекающего, своевременно нераспознанного воспалительного очага. Лечение ДА только оперативное на фоне интенсивной комплексной терапии. Учитывая диагностические трудности, технические сложности хирургического вмешательства и послеоперационного

ведения, больные с ДА должны консультироваться в специализированных гнойно-хирургических стационарах.

Список литературы

1. Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. Руководство. М.: Медицина. 1996: 416.
2. Топографическая анатомия и оперативная хирургия шеи /Учебное пособие под ред. проф. В.В. Алипова. –Саратов, 2010.:39.
3. Моргошия Т.Ш. Научное наследие Гийома Дюпюитрена (1777—1835). Оперативная хирургия и клиническая анатомия. 2019;3(1):52 56.
4. Путинцева О.Г., Вережкина Е.В. Воспалительные заболевания органов малого таза. Учебное пособие. Благовещенск. 2017.:202.