

НЕКРОТИЧЕСКИЙ ФАСЦИИТ



**ВЫПОЛНИЛА
СТУДЕНТКА МЛ-510
ВОРОНКИНА В.С.**

Определение



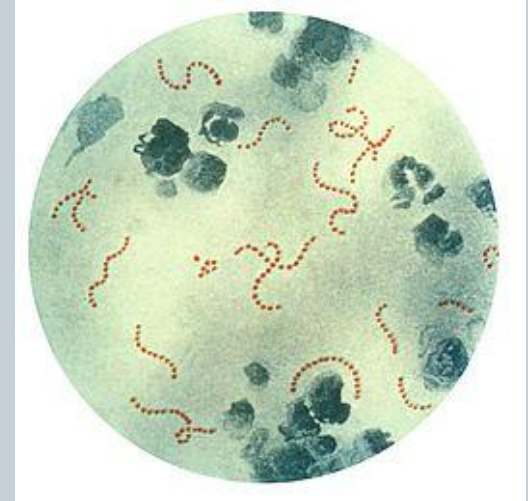
Некротический фасциит – инфекционное заболевание, при котором быстро распространяющийся некроз затрагивает подкожную клетчатку, поверхностную и глубокую фасции (соединительнотканную оболочку).

| <u>Некротический фасциит</u> | |
|------------------------------|-----------|
| МКБ-10 | M72 |
| МКБ-9 | 728.86 |
| DiseasesDB | 31119 |
| MeSH | D019115 |
| eMedicine | emerg/332 |
| MedlinePlus | 001443 |

Этиология



Обычно вызывается Гр «+» бактериями **Streptococcus pyogenes** или смешанной аэробной и анаэробной микрофлорой.



У детей инфекция обычно распространяется на фасцию при омфалите (бактериальном воспалении пупочного кольца, подкожной жировой клетчатки вокруг него и дна пупочной ранки) и баланите (воспалении головки полового члена, которое возникает при обрезании).

Классификация



В зависимости от его возбудителя:

- Заболевание, вызванное бета-гемолитическими стрептококками группы А (*Streptococcus pyogenes*). Эту форму иногда называют **гемолитической стрептококковой гангреной**.
- Заболевание, которое вызвано смешанной инфекцией. Возбудителями одновременно являются не относящийся к группе А гемолитический и негемолитический стрептококк, кишечная палочка, палочкообразная бактерия энтеробактер, различные энтеробактерии и псевдомонады, а также цитробактер фреунди, клебсиелла пневмонии, протей мирабилис и другие анаэробные бактерии и факультативные анаэробы.

По месту локализации некротического фасциита выделяют форму, затрагивающую в первую очередь промежность, мошонку и половой член, при которой вероятно распространение инфекционного процесса на бедра и переднюю брюшную стенку (**гангрена Фурнье**).

Классификация



В зависимости от клинической картины

заболевания некротический фасциит может быть:

- **Первичным.** Начинается с поражения фасции, болезненности и припухлости в месте поражения.
- **Вторичным.** Развитие болезни происходит на фоне запущенных кожных гнойных заболеваний. Симптомы некротического фасциита наслаиваются на клиническую картину основного заболевания, а некротические проявления наблюдаются на месте первичного гнойного очага.

Клиническая картина



Отличительная черта некротического фасциита – местный отек, эритема, повышение температуры кожи и интенсивная боль, не соответствующая местным изменениям кожи (часто напоминает повреждение мышц или их разрыв).

Первичная форма некротического фасциита сразу начинается поражением фасции и проявляется:

- припухлостью кожи на изолированном участке;
- болезненными ощущениями в месте поражения;
- гиперемией.

Клиническая картина



При стрептококковой инфекции быстро появляются:

- темные пятна с образованием пузырей, которые наполнены темной жидкостью;
- участки поверхностного некроза кожи, которые могут сливаться.

При нестрептококковой инфекции заболевание развивается медленнее, симптомы менее выражены. Наблюдается присутствие в месте поражения:

- отечности и деревянистых уплотнений кожи;
- эритематозных и бледных пятен на месте уплотнения.

На месте раны наблюдается грязно-серый оттенок фасции, присутствует мутный, часто коричневатый экссудат, а подкожную клетчатку при инструментальном исследовании можно легко отделить от фасции.



Figure 1 - Necrotizing fasciitis covering the anterior face of the left leg; generalized edema, violet-colored skin, blisters, and bloody regions.





Клиническая картина



Некротический фасциит сопровождается:

- высокой температурой, при которой возможны резкие подъемы и спады на 3-5 С;
- тахикардией;
- лейкоцитозом;
- общей слабостью.

Клиническая картина

Мышечный слой обычно не затрагивается, но при отсутствии лечения может развиться миозит или мионекроз.



Диагностика



Диагноз основывается на:

- *Анамнезе заболевания.* Наличие травмы, воспалительных процессов и других провоцирующих факторов.
- *Общем осмотре.* На начальном этапе внешний вид больного может не соответствовать степени его дискомфорта, но интоксикация развивается достаточно быстро.
- *Лабораторных анализах.* Основной признак воспаления – повышенная скорость оседания эритроцитов и лейкоцитоз со сдвигом лейкограммы влево, которые выявляются при развернутом анализе крови. Также измеряется уровень газов в артериальной крови.

Диагностика



Для уточнения диагноза используется инцизионная биопсия, при которой исследуются срезы тканей, полученные во время удаления некротических участков. Исследования проводят на замораживающем микротоме, который позволяет получить результаты за короткий промежуток времени.

Для определения возбудителя используют микроскопию среза, окрашенного по Граму.

Дополнительно изучается экссудат для определения чувствительности к антибиотикам.

Лечение



Единственное эффективное лечение некротизирующего фасциита — хирургическое вмешательство, которое заключается в проведении некрэктомии (удалении пораженных тканей).

В процессе хирургического вмешательства:

- определяют границы некроза;
- оценивают характер пораженных тканей (запах, наличие газа и др.);
- иссекают пораженные ткани.

При обширных поражениях и размытых границах выполняются этапные некрэктомии.

Лечение



Назначается также антибактериальная терапия:

- бензилпенициллин через каждые 4 часа при стрептококковой инфекции;
- антибиотики широкого спектра действия и антибактериальные бактерицидные препараты, активные по отношению к анаэробной микрофлоре (диоксидин, метрогил).

Дезинтоксикационная терапия проводится по общим принципам лечения гнойно-воспалительных заболеваний.