

# Відновні та реконструктивні втручання у хворих на гангрену Фурньє

О.Б. Прийма

КУ «Трускавецька міська лікарня»

У роботі наведені результати особистого досвіду виконання реконструктивних втручань в 11 хворих з гангреною Фурньє. В одного хворого спостерігали самостійне відновлення калитки через 3 міс, оскільки хворий відмовився від реконструктивного втручання. У решти 10 хворих виконали відновлення калитки і шкіри статевого члена різними методами.

Застосовували вільну аутодермопластику, методику зустрічних трикутних шкірних клаптів, формування калитки із залишку власних тканин, а також шкірних клаптів стегна на нізці. Отримано хороший функціональний і косметичний результат у всіх хворих.

**Ключові слова:** гангрена Фурньє, захворювання, аутодермопластика, лікування.

Гангрена Фурньє (ГФ) – захворювання, яке було відоме ще Гіппократу. Перша публікація щодо лікування цієї хвороби належить Baugiene (1764 р.). Лікували таких хворих П. Добичін, І.В. Буяльський [2].

Ця хвороба належить до некротизуючих фасциїтів, описаних у 1951 році Wilson, але з локальним ураженням зони статевих органів, промежини та низу живота [1].

Ми схильні вважати ГФ захворюванням, відмінним від анаеробного парапроктиту, оскільки у лікованих нами хворих на ГФ жодного разу не зустрілися з парапроктитом. До цієї думки схильні і колопроктологи (Москва), хоча їхня публікація стосовно цього з'явилася роком пізніше [3].

В основі цього захворювання лежить тромбоз судин поверхневої фасції урогенітальної зони з подальшим некрозом та гнійно-запального ураження наведеної вище зони [1].

Це захворювання зустрічається з частотою 0,06 на 100 тис. населення, поширене всюди, не має сезонності. Смертність в осіб з поширеною формою ГФ становить до 80% [5].

Щодо мікробного чинника, тут має місце аеробно-анаеробна флора, у тому числі неклостридіальні анаероби. Важливими фоновими захворюваннями у хворих на ГФ є цукровий діабет, алкоголізм, системні захворювання, наркоманія, онкопатологія [4].

Клінічно хвороба виявляється набряком, гіперемією та нестерпним болем у статевих органах, некрозом і гнійними запаленнями. Окрім місцевого ураження ГФ вирізняє виражений ендотоксикоз і синдром системної запальної реакції [6].

Хірургічне лікування таких хворих передбачає два етапи. Спочатку проводять ургентні лампасні чи фаргуюподібні розсічення калитки з подальшими етапними некректоміями. Через 14–18 днів лікування приступають до відновних та реконструктивних втручань. У ці терміни рана калитки заповнюється стиглими грануляціями та не містить мертвих тканин [3].

Існує метод, що передбачає формування неокалитки з очищених від гною і некротичних мас клаптів з калитки і стегна уже на стадії первинної хірургічного оброблення. Але ця тактика суперечить основним канонам хірургії, оскільки

тут ще немає сформованої демаркаційної лінії, що відділяє здорові тканини від нежиттєздатних [2].

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

За період 1992–2017 р. в урологічному відділенні Трускавецької міської лікарні перебували на лікуванні 17 хворих на ГФ. З них померли 6 осіб. У решти 11 осіб спостерігали відновлення калитки та шкіри статевого члена, промежини і низу живота шляхом реконструктивних втручань чи самостійно.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Один хворий відмовився від реконструкції калитки і при контрольному огляді через 3 міс у нього спостерігали самостійне формування калитки, що покривала яєчка. Решта хворих (10 осіб) перенесли відновно-реконструктивні операції.

Для відновлення пасажу сечі у двох хворих виконано епіцистостому, у решти хворих пасаж сечі відновлювали тимчасовим постійним уретральним катетером. В одного хворого похилого віку епіцистостома залишена пожиттєво.

Двом хворим виконано пластику калитки за Б.А. Віциним у власній модифікації. Трьом пацієнтам проведено відновлення шкіри статевого члена «зустрічними трикутниками». Шести хворим виконано пластику калитки за рахунок її власних тканин.

Під час виконання пластики калитки за Б.А. Віциним виконували переміщення яєчок і сім'яних канатиків під шкіру стегон на 10–14-й день лікування, через 4–5 тиж формували неокалитку.

Трьом хворим довелося застосовувати вільну аутодермопластику через погане загоєння клаптів калитки.

У двох хворих спостерігали утворення міхурово-каліткової нориці, яка самостійно загоїлася при адекватному дренажній міхура.

У всіх хворих досягнуто добрий косметичний ефект. Викривлення статевого члена, деформації неокалитки і хронічного болю не спостерігали.

## ВИСНОВКИ

1. У хворих на гангрену Фурньє (ГФ) у 50–60% випадків доводиться виконувати відновно-конструктивні операції на калитці і статевого члені.
2. Відновно-реконструктивні втручання у хворих на ГФ слід виконувати не раніше 18–21-го дня лікування.
3. Міхурово-каліткові нориці при ГФ здатні до самостійного загоєння при активному дренажу сечового міхура.
4. Шкіру статевого члена у хворих на ГФ відновлюють методом «трикутних зустрічних шкірних клаптів».
5. Шкіра калитки має виражені регенераторні властивості. Для відновлення калитки достатньо 20% її поверхні.
6. При поширених ураженнях у хворих на ГФ застосовують двохетапну операцію за Б.А. Віциним.
7. Відновно-реконструктивні операції на калитці і статевого члені дають добрі косметичні і функціональні результати.

**Восстановительные и реконструктивные вмешательства у больных с гангреной Фурнье**  
**О.Б. Прийма**

В работе приведены результаты личного опыта выполнения реконструктивных вмешательств у 11 больных с гангреной Фурнье. У одного больного наблюдали самостоятельное восстановление мошонки через 3 мес, так как больной отказался от реконструктивно-вмешательства. У остальных 10 больных выполнили восстановление мошонки и кожи полового члена разными методами. Применяли свободную аутодермопластику, методику встречных треугольных кожных лоскутов, формирование мошонки из остатка собственных тканей, а также кожных лоскутов бедра на ножке. Получен хороший функциональный и косметический результат у всех больных.

**Ключевые слова:** гангрена Фурнье, заболевание, аутодермопластика, лечение.

**Reconstructive interventions in patients with gangrenous Fournier**  
**O.B. Priyma**

The paper presents the results of a personal experience of performing reconstructive scrotum in 11 patients with Fournie gangrene. One patient observed an independent recovery of the scrotum within three months. Other patient refused to reconstructive intervention. In the remaining 10 patients, the reconstruction of the scrotum and the penis skin was performed by various methods. Applied a free autodermoplastic, a method of opposing triangular skin flaps, the formation of a scrotum from the rest of the original tissues, as well as the skin flap of the thigh on the leg. A good functional and cosmetic result has been obtained in all patients.

**Key words:** gangrene Fournier, disease, autodermoplasty, treatment.

**Сведения об авторе**

Прийма Олег Богданович – КП «Трускавецкая городская больница», 82200, г. Трускавец, ул. Данилишиных, 62; тел.: (098) 640-33-37

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Гринев М.В., Корольков А.Ю., Гринев Кир М., Бейбалаев К.З. Некротизирующий фасциит – клиническая модель раздела здравоохранения: медицина критических состояний // Вестник хирургии. – 2013. – № 2. – С. 32–38.
2. Люлюко І.В., Косульников С.О., Тарнопольський С.О., Кравченко К.В. Гангрена Фурн'є як окремих прояв некротичного фасциїту (проблеми патогенезу та хірургічного лікування) // Урологія. – 1998. – № 4. – С. 23–27.
3. Прийма О.Б. Досвід лікування пацієнтів із гангrenoю Фурн'є // Медичинські аспекти здоров'я чоловіки. – 2011. – № 2. – С. 76–78.
4. Строй О.О., Дмитрієнко В.В., Мицик Ю.О., Гордійчук А.М., Строй Д.О. Гангрена Фурн'є: наш досвід лікування // Урологія. – 2004. – № 3. – С. 79–82.
5. Тимербулатов В.М., Хасанов А.Г., Тимербулатов М.В. Гангрена Фурнье / Хирургия. – 2009. – № 3. – С. 26–28.
6. Al Shukry S., Ommen J. Necroticity fasciitis-report of 10 cases and review of recent literature J. Med. life 2013; 2; 189–194.