

УДК 616- 002.4+616.64

Зеляк М.В., Питтюк О.В., Бицкало С.Р., Сенів Ю.М., Білишук І.В., Скородійчук С.М., Сандурський О.П., Гурик В.С., Гоцуляк Я.В., Матюхін А.М., Питлик В.М., Іваськевич М.Я.

**Клінічні спостереження хворих на гангрену Фурньє**

Івано-Франківський національний медичний університет

**Резюме.** У роботі наведено власні спостереження діагностики та лікування хворих на гангрену Фурньє, проаналізовано сучасну світову літературу.

**Ключові слова.** гангрена Фурньє, діагностика, лікування.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.**

Гангрена Фурньє (ГФ) - некротизуюче ураження м'яких тканин геніталій і ділянки промежини.

**Мета дослідження** - аналіз власного досвіду, та світової літератури про етіопатогенез, діагностику та лікування цієї недуги.

**Матеріал і методи дослідження**

Під нашим спостереженням було 19 хворих на ГФ. Всім пацієнтам провели "агресивне" хірургічне та комбіноване антибактеріальне лікування. Терapia була успішною у 16 випадках. Двом хворим провели шкірну пластику дефектів калитки повношаровими клаптями. Троє хворих померли через септичний шок, один із них на фоні розгорнутого СНІД (летальність 15,8%), що не перевищує опублікований рівень.

ГФ – некротизуюче ураження м'яких тканин геніталій і ділянки промежини. Ця назва пов'язана з іменем французького венеролога Ж.А. Фурньє, який в 1883 р. описав молоду людину з гангреною промежини. Вважалося, що ГФ - захворювання порівняно рідкісне. R. Rату і співавт. у 1992 р. повідомили, що в літературі було описано близько 500 випадків. Проте інші дослідники наводять відомості про значно більшу кількість описаних в літературі спостережень [1-11]. Так, N. Еке в 2000 р. представив огляд на основі 1726 випадків ГФ.

У вітчизняній літературі публікації з цього приводу вкрай обмежені, що, по суті, і стало мотивацією до необхідності виступити з оглядом власних спостережень і лікування 19 пацієнтів.

Етіологія ГФ: урогенітальна, аноректальна, дерматологічна. Збудниками ГФ в більшості випадків є грам-позитивні, грам-негативні стафілококи і стрептококи, у 50% виявляють анаеробну мікрофлору.

Патогенез, захворювання розпочинається із тромбозу судин фасціальних структур і розвитком на цій основі некротичних змін із розвитком некротизуючого фасциїту. Механізм розвитку некрозу поверхневої фасції, в якій розташовується розгалужена мережа мікросудинного русла, знайшла віддзеркалення в різних роботах.

Захворювання має раптовий початок, клінічними ознаками якого є триада симптомів: висока температура тіла, що досягає 39°C, сильний біль в ділянці геніталій і наявність щільного різко болючого інфільтрату, іноді з ознаками крепітації, поява чорного забарвлення шкіри калитки. При блискавичному перебігу розвивається інфекційно-токсичний шок, викликаний високо вірулентним гемолітичним стрептококом групи А, а також резорбцією некротоксинів з обширних ділянок некротизованих тканин, що виходять за межі геніталій (живіт, кінцівки).

Разом з ознаками ГФ, які клінічно маніфестують, існують стандартні діагностичні тести, до яких відносяться: бактеріологічне дослідження крові, сечі, тканини, отриманої при пункції або операції, газовий склад крові для визначення рівня гіпоксії, вмісту креатиніну та сечовини. Важливим компонентом

діагностики є коагулограма, оскільки у хворих проявляються ознаки тромбопластинової коагулопатії.

Лікування хворих з ГФ базується на трьох принципах: 1) некректомія; 2) інфузійна терапія; 3) антибіотики. Оперативне лікування є пріоритетним, негайним, котре проводять відразу ж при встановленні діагнозу. Характер втручання, висічення некрозу, джерело ендотоксикозу.

Іншим за важливістю елементом лікування є антибіотикотерапія. Більшість авторів вказують на необхідність потрійної схеми антибактеріальних препаратів з обов'язковим підключенням кліндаміцину.

Присутність у складі мікрофлори анаеробів диктує необхідність використання в лікуванні хворих з ГФ гіпербаричної оксигенації (ГБО).

Реконструктивні втручання при великих шкірних дефектах в ділянці калитки проводяться після очищення ран з використанням шкірних клаптів.

**Висновок і перспективи подальших розробок**

Розробка алгоритму ранньої діагностики і радикального оперативного втручання.

**Література**

1. Гангрена Фурньє // Переверзев А.С. Инфекции в урологии. X: Факт, 2006. - С. 314- 321.
2. Алиев С.А., Рафиев С.Ф., Рафиев Ф.С., Алиев Э.С. Болезнь Фурньє в практике хирурга // Хирургия. - 2008. - № 11. - С. 58- 63.
3. Гринев К.М., Гринев М.В. Гангрена Фурньє // Вест. хир.- 2008. - Т.167, №1. - С.113- 116.
4. Ефименко Н.А., Привольнев В.В. Гангрена Фурньє // Клини. микробиол. и антимикроб. химиотер. - 2008. - Т.10, № 1. - С. 34- 42.
5. Тимберлатов В.М., Хасанов А.Г., Тимберлатов М.В. Гангрена Фурньє // Хирургия. - 2009. - № 3. - С.26- 28.
6. Гангрена Фурньє / Трофименко С.П., Васильчик О.В., Крикливий Л.П., Яковенко Ю.В. // Укр. журн. хир. - 2011. - № 6. - С. 118- 121.
7. Прийма О.Б. Досвід лікування пацієнтів із гангреною Фурньє / Мед. асп. здоров. мужч.- 2011.- №2.- С. 76- 78.
8. Schiefer H.G., Diemer Th., Weidner W. Urosepsis // Hohenfellner M., Santucci R.A. Emergencies in urology.- Berlin etc: Springer- Verlag, 2007.- P. 45- 50.
9. Heyns Ch.F., Theron P.D. Fournier's gangrene // Hohenfellner M., Santucci R.A. Emergencies in urology.- Berlin etc: Springer- Verlag, 2007.- P.51- 61.
10. Black P.C., Wessels H. Fournier's gangrene // Wessells H., McAninch J.W. Urological emergencies.- New Jersey: Humana Press Totowa, 2006.- P.157- 171.
11. Mindrup S.R., Kealey G.P., Fallon B. Hyperbaric oxygen for the treatment of Fournier's gangrene // Андрология и генитальная хирургия.- 2005.- №2.- С. 63- 64.

Zelyak N.V., Pyptiuk O.V., Byteskalo S.R., Seniv Yu.N., Bylishchuk I.V., Skorodijchuk S.N., Sandurskij O.P., Gurik V.S., Gotculyak Ya.V., Matujhin A.M., Pytlik V.M., Ivaskевич M.Ya.

**Clinical Observations of Patients with Gangrene Fournier**

**Summary.** In this paper are own observations of diagnosis and treatment of patients with gangrene Fournier, the analysis of contemporary world literature.

**Key words.** Gangrene Fournier, diagnosis, treatment.

Надійшла 25.06.2012 року.