



Буковинський державний
медичний університет



Міністерство охорони здоров'я
України



Департамент охорони здоров'я
Чернівецької обласної
військової адміністрації



МАТЕРІАЛИ

**науково-практичної конференції
з міжнародною участю**

**“СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА
ПРОФІЛАКТИКИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ
В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ”**

**29-30 вересня 2022 року
м. Чернівці**



**Чернівці
2022**

УДК: 616.5+616.97]-036-07-08-084(063)
С 91

“Сучасні підходи до діагностики, лікування та профілактики дерматовенерологічної патології в умовах реформування медичної галузі”: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Чернівці, 29-30 вересня 2022 року). Чернівці: БДМУ, 2022. 176 с. *(Затверджено вченою радою Буковинського державного медичного університету 22 вересня 2022 року, протокол № 3).*

У збірнику представлено матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю “Сучасні підходи до діагностики, лікування та профілактики дерматовенерологічної патології в умовах реформування медичної галузі”. Розглядаються актуальні аспекти діагностики, лікування та профілактики поширених інфекційних і неінфекційних дерматозів та інфекцій, що передаються статевим шляхом, шляхом застосування у медичній практиці новітніх методів діагностики та сучасних засобів системної та топічної терапії, призначення яких базується на засадах доказової медицини, а також актуальні питання оптимізації викладання дерматовенерології здобувачам медичної освіти з урахуванням реформування медичної галузі.

Наукові рецензенти: професор Ольга ДЕНИСЕНКО
доцент Михайло ПЕРЕПІЧКА

Організатори конференції не завжди поділяють думку учасників. У збірнику максимально точно відображається орфографія та пунктуація, запропонована учасниками.

ISBN 978-617-519-003-6

© Буковинський державний
медичний університет, 2022

ГАНГРЕНА FOURNIER – ПОГЛЯД НА ДІАГНОСТИКУ ТА ЛІКУВАННЯ

Сидорчук Руслан Ігорович

професор кафедри загальної хірургії,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Хомко Олег Йосипович

доцент кафедри догляду за хворими та
вищої медсестринської освіти,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Сидорчук Лариса Петрівна

Завідувач кафедри сімейної медицини,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Кнут Руслан Петрович

доцент кафедри загальної хірургії,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Ткачук Олексій Володимирович

доцент кафедри анестезіології та реаніматології,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Кіфяк Петро Васильович

асистент кафедри анестезіології та реаніматології,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Вступ. Гангрена Fournier – гостра некротизуюча інфекція, що уражає жирову підшкірну клітковину зовнішніх статевих органів та перианальної ділянки чоловіків та характеризується гострим некрозом статевого члена та калитки. Окрім цього для виникнення даного захворювання сприятливими

факторами являються цукровий діабет, ожиріння, рак прямої кишки, стан після хіміотерапії, наркоманія, тривале вживання глюкокортикоїдів. Визначальну роль в розвитку та лікуванні даного захворювання відіграють анатомо-морфологічні особливості пацієнтів та пізні звертання за медичною допомогою і як правило важка супутня патологія.

Матеріали та методи. Нами проліковано 34 хворих з гангrenoю Фурньє. Усі пацієнти були чоловіками віком від 26 до 70 років. У 3 хворих віком від 32 до 38 років ретроспективно причиною захворювання було запалення бульбоуретральних залоз, процес починався з появи болючого утворення в ділянці кореня статевого члена, після чого процес швидко поширювався на калитку у вигляді вираженого набряку, больового синдрому та появи гіперемії шкіри. У 5 хворих захворювання виникло без явних на то причин та важкої супутньої патології, яка могла б бути тлом для його розвитку. У 4 хворих, які страждали ін'єкційною наркоманією, причиною стали ін'єкції наркотичних засобів. Решта пацієнтів були з важкою супутньою патологією: із них 5 – на рак прямої кишки, 1 – хворів на системний червоний вовчак, 16 – на цукровий діабет, 6 з яких страждали ожирінням з індексом маси тіла більше 32 кг/м².

Усім хворим при госпіталізації виконували загальноклінічні дослідження, рентген легень, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини. Операційне лікування виконували в перші дві години з моменту вступу в стаціонар, після короткочасної передопераційної підготовки, яка проводилася в умовах відділення інтенсивної терапії та реанімації. Під час втручання обов'язково брався біоматеріал ранового вмісту на бактеріологічне дослідження. Операцію закінчували масивним промиванням ранової поверхні перекисем водню та широким дрениванням рани. Після проведеного операційного втручання усі хворі для подальшого лікування переводилися в Український медичний центр інтенсивної терапії сепсису.

Результати дослідження. Усі хворі поступали в важкому стані. Характерною клінічною ознакою була загальмованість, або збудження, некритичне ставлення до свого стану, при цьому больовий синдром був слабо

виражений. Увагу на себе звертав виражений набряк калитки, гіперемія шкіри з ділянками некрозу, а в 8 хворих останній займав всю поверхню калитки з поширенням на статевий член. При фізикальному обстеженні явища флуктуації були відсутні. Для усіх хворих характерними були виражені явища інтоксикації: тахікардія до 140/хв., блідість шкірних покривів, гіпертермія 39,0-40,0°C. У біохімічному аналізі крові звертали на себе увагу підвищені показники білірубіну до 38 ммоль/л за рахунок непрямого, сечовини – до 20,0 ммоль/л, креатиніну – до 0,214 ммоль/л. У загальному аналізі крові відмічався різкий паличко ядерний зсув вліво до 24% з появою в деяких випадках анізоцитозу, токсичної зернистості та юних форм з лейкоцитозом до 20×10^9 /л. У загальному аналізі сечі відмічалася поява білка, в окремих хворих – гіалінових циліндрів та лейкоцитурія. У всіх хворих цукровим діабетом спостерігалася декомпенсація по кетоацидотичному типу з показниками глікемії до 30 ммоль/л, що потребувало негайної корекції інсулінотерапії – всі хворі були переведені на простий інсулін.

Після проведення короткочасної передопераційної підготовки в умовах відділення інтенсивної терапії та реанімації під ендотрахеальним наркозом виконувалося операційне лікування – хірургічна обробка гнійника. Головним критерієм операції було широке розкриття гнійно-некротичного вогнища з максимально можливим висіченням некротично змінених тканин, широким дренажуванням гнійника. Водночас під час операції виконувався бак. посів. М'які тканини були сірого забарвлення, рановий вміст брудно-коричневого кольору, рана поверхня як правило погано кровоточила, судини в рані були трамбовані, мав місце скловидний набряк тканин, що свідчило про наявність анаеробної мікрофлори. Кров, яка виділялася, була в невеликій кількості темно вишневого забарвлення. Ранову поверхню масивно промивали перекисем водню, рихло тампонували з октінісептом. У подальшому хворим проводилися етапні некретомії під загальним знечуленням, при потребі з до розкриттям гнійних заплівів. Ранові дефекти в подальшому закривали шляхом накладання вторинних та швів та аутодермопластики по Тіршу. У двох хворих, в яких

причиною виникнення гангрені Фурньє був рак прямої кишки, в зв'язку з поширенням процесу на яєчки виконана кастрація, один з хворих помер. Окрім цього померло ще двоє хворих, в анамнезі яких був цукровий діабет. В одного хворого, який був наркозалежний, виконана ампутація статевого члена. Відсоток летальності становить 20,6% (7 хворих).

У результаті бактеріологічного дослідження були виділені пептококи, пептострептококи, бактероїди, зокрема *Bacteroides fragilis* (72,3%), а також *E. Coli*, *Proteus spp*, *Enterobacter ssp*. Антибактеріальна терапія з моменту вступу хворого в стаціонар призначалася імперативно. Препаратами вибору були авелокс в поєднанні з орзолом. Після отримання результатів бак дослідження та антибіотикограми, антибактеріальна терапія призначалася згідно даних результатів.

Висновки. Головним критерієм адекватності хірургічної обробки гнійно-некротичного вогнища є широке розкриття патологічного процесу з максимально можливим висічення некротичних тканин з урахуванням важливих анатомо-морфологічних утворень. Дана категорія хворих вимагає максималізму лікування в умовах інтенсивної терапії. Успіх лікування полягає в термінах госпіталізації від початку захворювання. Цукровий діабет та ожиріння, ліпідний дистрес синдром обтяжує стан хворих і створює матеріальні труднощі щодо лікування та терміну перебування хворих на лікарняному ліжку.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0116U002936) «Клініко-експериментальне обґрунтування профілактики та індивідуалізованого етапного лікування гнійно-септичних ускладнень гострої абдомінальної хірургічної патології».