



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

5 (79) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

5 (79)

2025

май

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.04.2025, Accepted: 06.05.2025, Published: 10.05.2025

УДК 616.353-002.4

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ФУРНЬЕ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Байсариев Шовкат Усмонович <https://orcid.org/0000-0002-2776-3003>

E-mail: baysariyev.shovkat1978@gmail.com

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд,
ул. Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ Резюме

Гангрена Фурнье является очень тяжелой формой гнойно-некротического процесса, который требует комплексного дезинтоксикационного, антибактериального широкого спектра действия, иммунокорректирующего и активного хирургического лечения.

Ключевые слова: лечение болезни Фурнье, сахарный диабет, Гангрена Фурнье.

TREATMENT OF FOURNIER'S DISEASE IN DIABETES MELLITUS

Baysariyev Shovkat Usmonovich <https://orcid.org/0000-0002-2776-3003>

E-mail: baysariyev.shovkat1978@gmail.com

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand,
Amir Temur str. 18, Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ Resume

Fournier's gangrene is a very severe form of purulent-necrotic process, which requires complex detoxification, broad-spectrum antibacterial, immunocorrective and active surgical treatment.

Keywords: treatment of Fournier's disease, diabetes mellitus, Fournier's gangrene.

QANDLI DABETDA FURNE KASALLIGINI DAVOLASH.

Baysariyev Shovkat Usmonovich <https://orcid.org/0000-0002-2776-3003>

E-mail: baysariyev.shovkat1978@gmail.com

Samarqand davlat tibbiyot universiteti O'zbekiston, Samarqand,
Amir Temur ko'chasi 18, Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ Rezyume

Furnier gangrenasi yiringli-nekrotik jarayonning o'ta og'ir shakli bo'lib, kompleks detoksifikatsiya, keng spektrli antibakterial, immunokorrektiv va faol jarrohlik davolashni talab qiladi.

Kalit so'zlar: Furnier kasalligini davolash, qandli diabet, Furnier gangrenasi.

Актуальность

Болезнь Фурнье упоминается в литературе как «идиопатическая гангрена мошонки», «болезнь Фурнье», «гангрена Фурнье» [1,2,4,8]. Болезнь Фурнье представляет собой некроз кожи мошонки и половых органов, характеризующийся распространением передней брюшной стенки в результате анаэробных инфекций [3,5,6].

В литературе мало информации об этом заболевании и существует большая неопределенность в этиопатогенезе, диагностике и лечении [7,9,10].

Цель работы: выявить основные причины заболеваний в наших условиях и выбрать оптимальные методы хирургического лечения.

Материал и методы

В гнойно-септической отделении Самаркандского городского медицинского объединения в 2000-2020 гг. находились на лечение 27 больных с болезнью Фурнье. Из них 24 были мужчины и 3 женщины. Возраст больных составлял 35-71 лет. По возрасту распространение были 35-50 лет 17 (62,96%), 51-60 лет у 7 (25,92%) и от 61-71 года - 3 (11,12%) пациентов.

По этиологическим факторам заболевание было обнаружено у 21 пациентов после ишиоректальных и пельвиоректальных парапроктитов, у 2-х после цистостомии, у 2-х пациентов с парауретритом и у 2-го после бартолинита. Из 27 пациентов у 21 был диагностирован сахарный диабет II типа, и у 6 больных отмечалось предрасположенность к спиртным напиткам.

В диагностике болезни Фурнье имеются определенные трудности. Без точной диагностики мы провели следующие клинику-лабораторных и инструментальных исследований: общие анализы крови и мочи, биохимические анализы крови, количество сахара крови, рентгенография и рентгеноскопия грудной клетки, ЭКГ, рентгенография костей таза, anoscopy, при необходимости ректороманоскопия, КТ, МСКТ, микробиологические анализы и бактериологические посевы из выделения из раны.

Первым клиническим признаком является воспаление кожи половых органов. Поначалу кожа краснеет, а затем начинает чернеть. Переход в такое состояние ухудшает общее состояние больного, повышается температура тела. Развитие некроза продолжается около 5-8 дней и состояние больных ухудшается. Появляется клиника интоксикации и к гнойному состоянию добавляются фасцииты и гной распространяется через фасцию в промежность и к передней брюшной стенке. Почти у всех пациентов, которых мы наблюдали, начало заболевания было острым с повышением температуры тела до 38-40°C и в состоянии глубокой интоксикации. Они жаловались на отек и сильную боль, потливость и потерю аппетита. При осмотре покраснение и отек в области мошонки и в течение 3-4 дней появились признаки гангрены.

Точный диагноз ставится на основании клинику-лабораторных исследований. Общий и биохимический анализ крови, определение сахара в крови.

При общем осмотре во время развития заболевания наличие крепитации по ходу фасции Коллиса и гнойного запаха обусловлена наличием анаэробной инфекции. УЗИ мошонки при наличии воспаления и абсцессов является наиболее важной информацией для постановления диагноза.

Мнения многих авторов в лечении болезни Фурна отличаются. В основном, существуют различные тактики о том, как открыть флегмону и как и когда выполнять некрэктомию. В последние годы мы предприняли следующие шаги для лечения болезни Фурнье:

1. Профилактика распространения анаэробных инфекций.
2. Открыть флегмону с большими разрезами
3. Оптимальный дренаж раны
4. Некрэктомия
5. Обработка раны кислородсодержащими антисептиками – перекисью водорода, перманганатом калия, калием, гипохлоритом натрия.
6. Оптимальная антибактериальная терапия
7. Стимулирование защитной функции организма
8. Полная дезинтоксикационная терапия.

Результат и обсуждения

Некоторые хирурги используют консервативное лечение в начале болезни Фурнье. Предпочтительно проводить некрэктомию после демаркации. Мы считаем эту тактику чрезвычайно опасной. Это связано с тем, что позднее хирургическое вмешательство приводит к быстрому развитию гнойного некроза и обширных областей некроза, развитию эндотоксикоза и распространению некротического фасциита на переднюю брюшную стенку.

Вот почему мы предлагаем срочные операции, то есть быстрое открытие и очистка гнойно-некротического источника. Мы считаем, что важно не только вскрыть гнойно-некротическую флегмону, но и обеспечить хороший приток кислорода к гнойному очагу. При наличии анаэробных инфекций мягкие ткани должны быть широко раскрыты множественными разрезами, между фасцией и мышцами не должно быть вакуума, и они должны быть хорошо санированы.

При наличии некротических фасциитов и мионекрозах следует провести иссечение некротизированных фасций и мышц.

С этой целью мы сделали длинные и широкие разрезы у ряда больных в областях мошонки, промежности и передней брюшной стенке. Этапные некрэтомии были выполнены 4 раза у 7 пациентов, 3 раза у 5 и 2 раза у 3-х пациентов. Антибактериальная терапия проводилась на основании бактериологического исследования. Мы использовали цефалоспорины четвертого поколения, аминогликозиды третьего поколения и при анаэробной инфекции - метронидазол и фторхинолон. Когда было обнаружено газовая инфекция, мы использовали 150000 МЕ поливалентной противогангренозной сыворотки. Из антикоагулянтов желательнее использовать гепарин и клексан. Чтобы улучшить реологические свойства крови применяли реполиглокин и ангиопротекторы. Как иммуномодулятор применяли иммуноглобулин, иммуномодулин, 20%-ный раствор токоферол-ацетата для усиления иммунобиологических свойств организма. Кроме того, некоторым больным по показаниям назначали антистафилококковая плазма и антистафилококковый у-глобулин. У 4-х больных применяли нутрифлекс с развития сепсисом.

При лечении болезни Фурнье проводится местное (после вскрытия флегмоны) для очищения гнойных очагов. В фазе гидратации раны использовали 3%-ный раствор перекиси водорода, диоксидин и хлоргексидин. Для ускорения отторжения гнойно-некротической ткани мы использовали смесь мазь левомиколь с лоробеном, протеолитические ферменты такие, как химопсин, трипсин и химотрипсин.

Выводы

Таким образом, гангрена Фурнье является очень тяжелой формой гнойно-некротического процесса, который требует комплексного дезинтоксикационного, антибактериального широкого спектра действия, иммунокорректирующего и активного хирургического лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдуллаев С.А., Шобоев А.О. Болезнь Фурнье. Материалам IV научного-практической конференции молодых учёных с международным участием «Завадские чтения» 21-марта 2009 года. Ростов на-Дону. С. 183-184.
2. Алиев С.А., Рафиев С.Ф., Рафиев Ф.С., Алиев Э.С. Болезнь Фурнье в практике хирурга // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2008. №11. С. 58-63.
3. Алиев С.А., Алиев Э.С. Гангрена Фурнье - Актуальные аспекты старой болезни в свете современных представлений о патогенезе // Вестн. хир. 2014. №2.
4. Алиев С.А., Алиев Э.С., Зейналов Б.М. Гангрена Фурнье в свете современных представлений. Хирургия 2014 год, №4, стр 34-39.
5. Алиев С.А., Алиев Э.С., Мирзоев Р.А., Мирзоева К.А. Гангрена Фурнье – разновидная клинической модели критических состояний в хирургии. Вестник хирургии том 174. 2015 г, №1 84-89 стр.
6. Гринев М.В., Корольков А.Ю., Гринев К.М., Бейболаев К.З. Некротизирующий фасциит – клиническая модель раздела здравоохранения медицины критических состояний // Вестник хирургии 2013, №2, стр 32-38.
7. Фадеева Т. В., Верещагина С. А., Филатова Л. С. и др. Микробиологическая оценка послеоперационной раневой инфекции в многопрофильной хирургической клинике. Инфекции в хирургии. 2012. №4. С. 14—20.
8. Черепанин А.И., Светлов К.В., Чернов А.Ф., Бармин Е.В. Другой взгляд на «Болезнь Фурнье в практике хирурга» // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2010. №10. С. 47-50.
9. Chawla S., Gallop C., Mydlo J. Fournier's Gangrene: An Analysis of Repeated Surgical Debridement // Philadelphia, USA. 2002. P. 572-575.
10. S.A. Chernyadyev, M.A. Ufimtseva and colleagues. Fournier's Gangrene: Literature Review and Clinical Cases. Urol Int. 2018 Jul; 101(1): 91–97.

Поступила 20.04.2025