

## ОБМЕН ОПЫТОМ

## EXPERIENCE EXCHANGE

УДК 616.599-002

## ФУРНЬЕ КАСАЛЛИГИ ТЎҒРИСИДА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР

С.А. Абдуллаев, Э.Ю. Қурбонов, А.Т. Гаппаров, Ф.У. Умаров

Самарқанд Давлат Тиббиёт Институти,  
Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси**Таянч сўзлар:** флегмона, абсцесс, гангрена, целлюлитлар, сепсис, интоксикация, фасцитлар.**Ключевые слова:** флегмона, абсцесс, гангрена, целлюлиты, сепсис, интоксикация, фасциты.**Keywords:** phlegmon, abscess, gangrene, cellulitis, sepsis, intoxication, the fasciitis.

Фурнье касаллиги гангренининг жуда кам учрайдиган шакли ҳисобланиб асосан эркакларда ёрғоқ терисининг тез ривожланидиган некротидир. Бу касалликнинг патогенезида асосий сабабни ёрғоқ ва оралик соҳасидаги анатомик тузилишга боғлайдилар. Ваҳоланки бу касалликда йирингли некротик ҳолатнинг тарқалиш йўллари ханузгача яхши ўрганилмаган. Фурнье касаллигини даволаш тактикалари бўйича ҳам аниқ фикрлар бўлмай, йирингли бўшлиқни қайси муддатда очиш ва некрэктомиyani қандай ўтказиш тўғрисида ҳам ҳар хил маълумотлар мавжуд. Бизнинг охириги йиллардаги кузатувларимизга асосланиб бу касалликнинг этиопатогенезида қандли диабетнинг муҳим аҳамияти борлиги ва уни комплекс даволашда актив хирургик тактика қўллаш ҳулосасига келдик.

## СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА БОЛЕЗНЬ ФУРНЬЕ

С.А. Абдуллаев, Э.Ю. Қурбонов, А.Т. Гаппаров, Ф.У. Умаров

Самаркандский государственный медицинский институт,  
Самаркандское городское медицинское объединение

Болезнь Фурнье – редко встречающееся заболевание характеризующееся гангреной кожи мошонки. В патогенезе данного заболевания в основном имеют значение особенности строения мошонки и промежности. Пути распространения гнойно-некротического процесса до настоящего времени окончательно не изучены. В тактике лечения данного заболевания, в какие сроки нужно вскрывать гнойный процесс и как провести некрэктомию имеются разные взгляды. На основании своих наблюдений мы пришли к выводу, что в этиопатогенезе особое значение имеет сахарный диабет и в комплексном лечении нужно применять активную хирургическую тактику.

## MODERN VIEWS ON FOURNIER'S ILLNESS

S.A. Abdullaev, E.Yu. Kurbonov, A.T. Gapparov, F.U. Umarov

Samarkand state medical institute,  
Samarkand city medical association

Fournier's illness - seldom found disease characterized by scrotum skin gangrene. In pathogenesis of this disease features of a structure of a scrotum and a crotch generally matter. Ways of distribution it is purulent - necrotic process so far are finally not studied. In tactics of treatment of this disease, in what terms it is necessary to open purulent process and how to carry out a nekrektomiya there are different views. On the basis of the supervision we came to a conclusion that in an etiopatogenesis special value has diabetes and in complex treatment it is necessary to apply active surgical tactics.

Адабиётларда Фурнье касаллиги – “Ёрғоқнинг идиопатик гангрени”, “Фурнье касаллиги”, “Фурнье гангрени” каби номлар билан келтирилган.

Фурнье касаллиги – ёрғоқнинг ва жинсий аъзолар терисининг некрози бўлиб, анаэроб инфекциялари натижасида оралик, қориннинг олд деворига тарқалиши хусусияти билан характерланади.

Бу касаллик гангренининг жуда кам учрайдиган шакли ҳисобланиб асосан эркаклар ёрғоғида, жуда кам ҳолларда аёллар жинсий аъзолари терисининг яшин тезлигида ўтайдиган некротидир.

Адабиётларда бу касаллик тўғрисида маълумотлар камроқ бўлиб, этиопатогенези, диагностикаси ва даволаш усулларида кўп ноаниқликлар мавжуд.

Бу касаллик ёш ва ўрта ёшдаги эркакларда кўпроқ учрайди. Бу касаллик ҳатто

болалардан тортиб ёши улуғ кишиларда ҳам учрайди. Фурнье касаллигидан кейин ўлим суръати ўртача 20% ни ташкил қилса, айрим оғир ҳолатларда 70-75% гача кузатилиши мумкин. Бу касалликнинг клиникаси биринчи бўлиб 1883 йилда француз венерологи Альфред Фурнье томонидан ёзилган ва 5 беморда кузатилганлиги тўғрисида маълумот берган. Бу беморларда жинсий аъзоларда ва ёрғоқ терисида сабаби аниқланмаган некроз ҳолати кузатилган.

Фурнье касаллигининг патогенезида асосий сабабни оралик соҳасидаги анатомик тузилиши билан боғлайдилар. Ваҳоланки бу касалликда йирингли некротик ҳолатининг тарқалиши йўллари ханузгача яхши ўрганилмаган.

Фурнье касалигининг даволаш тактикалари бўйича ҳам аниқ фикрлар бўлмай, йирингли бўшлиқларни қайси муддатда очиш ва некроэктомиюни қандай ўтказиш тўғрисида ҳам ҳар хил маълумотлар бор.

**Фурнье касаллигининг этиологияси ва патогенези.** Бу касалликнинг асосида инфекция ҳолатининг ривожланиши ётади. Касалликни чакирувчи микроорганизмларга стрептококklar, стафилококklar, спирохеталар, аэроб ва ҳар хил ассоциациядаги анаэроб бактериялар киради. Буларга клостридиал инфекциялар (*B. Perfringens*, *B. Oedemeticus*, *B. Septicum*, *B. Histolyticum*), стрептококklar, ичак таёқчалари, протейлар ва стафилококklar кирадилар. Инфекцияларнинг тушиши эндоген ва экзоген йўллар билан тушиши мумкин. Бунга анаректал соҳадаги сурункали ва ўткир яллиғланиш ҳолатлари (анаэроб парапроктитлар, ишиоректал абсцесслар) сабаб бўладилар.

Ёрғоқ терисида яллиғланиш пайдо бўлганда, уретратомия, сийдик чиқарув йўлини катетерлаш, бужлаш, трансуретрал резекция операциясидан кейин, эпицистостомия қўйилганда, эпидидимит ривожланганда Фурнье касаллигининг ривожланиши фанда аниқланди. Шунга қарамасдан айрим ҳолатларда инфекцияларнинг кириш сабабларини аниқлаб бўлмайди.

Ҳозирги пайтда бу касалликнинг келиб чиқишида ҳар хил микроблар ассоциацияси таъсирида томирлар шикастланадилар ва томирларда яллиғланиш юзага чиқиб тромбоз ривожланишига олиб келади. Ана шу ҳолат тўсатдан юзага чиқиши ва яшин тезлигида ўтиши мумкин.

Адабиётларда ёрғоқнинг некроз ҳолати оралик соҳасига тарқалиб, уретрани шикасланиши, ҳатто тухумнинг яллиғланиб ўз-ўзидан узилиб кетиш ҳолати содир бўлиши мумкин.

Айрим йирингли-септик марказларнинг берган маълумоти бўйича 8-10% беморларда Фурнье касаллиги анаэроб бактериялар сабабли ривожланган. Умуман шу касалликда 50% беморлар қонида анаэроб бактериялар аниқланган.

Ана шу маълумотлар ва бизнинг клиник кузатувларимизга асосланиб Фурнье касаллигини 2 типга бўлиш мумкин.

Биринчи типда кўп сонли микроблар ассоциацияси сабабли бўлиб грамманфий аэроблар учрайди. Айрим ҳолатларда стрептококklar бўлиши мумкин, аммо *S. Pyogenes* учрамайди.

Иккинчи типда – аэроб фасцитлар чакирувчи кўп сонли микроблар ва асосан *S. Pyogenes* муҳим этиологик роль ўйнайди.

Бу касалликнинг патогенезида оралик соҳасининг анатомик тузилиши муҳим ҳисобланади. Тўғри ичак крипталаридаги безларнинг яллиғланиши сабабли патоген микроблар оралик ва ёрғоқ соҳасига тарқалиши хавфи юксакдир.

Ёрғоқ (*scrotum*) – ўз тузилишини ўзгартирган қориннинг олд девори тузилишининг давоми бўлиб, юпқа пигментлашган, сийрак туклардан иборат мушак ва эластик қобикдан иборат бўлиб тери билан маҳкам бириккан.

Ёрғоқ қўйидаги қаватлардан иборат: ёрғоқ териси, гўштли тери ости тўқимаси Коллис (*Colles*) фасциясининг давоми ҳисобланади, ташқи уруғ фасцияси, тухумни кўтарувчи мушак, кримастер фасцияси, ички уруғ фасцияси ва киндан иборат.

Ана шу ёрғоқ қаватлари орасида қўшувчи тўқима сийрак ҳолда бўлиб улардан қон томирлари ўтади. Ёрғоқ териси юпка бўлганли учун унинг химоя функцияси кучсиз ва эпителияси сийрак, тери ости қатлами кучсиз ривожланган, ёрғоқ терисида кўп безлар бўлганлиги учун доимо ҳўл бўлади. Ёрғоқнинг артерия қон томирлари жуда ҳам қон билан таъминланиши паст, тери ости тўқимасида вена қон томирлари қамдир. Яллиғланиш ҳолатида веналарда бўлган тромблар артерия қон томирларини қисиб қўяди. Уларда тромб ва эмбол ҳосил бўлишига муҳит пайдо бўлади, қон томирларда қон оқиши бузилади, натижада терида некроз пайдо бўлади. Ёрғоқда юзаки абсцесслар ҳосил бўлишида тук қопчаларининг яллиғланиши ва унда ёрғоқ терисининг жароҳатлари ҳисобланади. Бу ҳолатнинг патогенезида бактерияларнинг ретроград йўл билан, лимфоген, гематоген йўллар орқали унинг ўсимтасига тарқалиши мумкин. Сийдик йўллариининг кўп асбоблар билан текширилиши, катетерлаш сабабли эпидидимитларнинг пайдо бўлиши, сийдик йўлларидаги инфекциялари қон ёрғоқда абсцесс ҳолатининг ривожланишига сабабчи бўладилар.

Бундан ташқари Фурнье касаллигининг келиб чиқишида қандли диабетнинг жуда катта аҳамияти бор. Маълумки ошқозон ости безининг эндокрин аппарати (Лангерганс оролчалари) икки хил гормонлар инсулин ва глюкагон ишлаб чиқаради.

Бу гормонлар бетта ва альфа хужайралар томонидан ажратилади. Инсулин ҳосил бўлишида аввал проинсулин босқичидан ўтиб, ўз ўрнида бу икки молекулага С-пептид ва инсулинга парчланади. Соғлом одамларда бир кунда 40-50 Ед инсулин ишлаб чиқилади. Инсулин ишлаб чиқаришда бош стимулятор бўлиб қондаги глюкоза ҳисобланади. Бордию қонда наҳордаги глюкоза миқдори ошса инсулин секрецияси кучаяди ва қарама-қарши ҳам бўлиши мумкин яъни гликемия кучайганда унинг миқдори пасаяди.

Гликемиянинг паст кўрсаткичларида ҳам овқат ҳазм қилиш оралиғида қам бўлса ҳам инсулин ишлаб чиқилади (базал секреция) ва бунинг қайта физиологик аҳамияти бор. Инсулиннинг муҳим аҳамиятларидан бири унинг инсулинга қарам аъзолари тўқималарида (жигар, мушак ва ёғ тўқималарида) депо ҳолатида йиғилишидир. Улар овқатлик моддалари билан тушадиган бош энергетик субстратлар ҳисобланади. Инсулиннинг таъсири билан глюкоза гликогенга ўтиб, жигарда депо ҳолатида йиғилади. Мушак ва ёғ тўқималаридаги хужайра мембранаси орқали глюкозанинг транспорт ҳолати кучаяди. Инсулин яна гликогеннинг жигардаги катаболик ҳолатини, ёғларнинг адипоцитларида ва оксилларнинг эса мушак тўқималарида маълум сатҳда туришини таъминлайди.

Бу ҳолатлар ҳаммаси посталиментар гипергликемияни пасайтиради, оксилни, ёғларни ва гликогеннинг оралиқларда йиғилишига сабабчи бўлади ва улар овқат истеъмол қилиш оралиғида сарфланишга омил бўлади.

Гликагон проглюкагондан ҳосил бўлади ва унинг секрецияси инсулинга қарама-қарши таъсир қилади, яъни гликемия пасайганда стимуляция қилади, гликемия ошганда босади.

Глюкагоннинг асосий функцияси энергия субстратларини деподан чиқариб, овқат истеъмол қилиш оралиғида тўқималарга етказиб беришдир. Бу гормон глюкозадан ҳосил бўладиган моддаларни стимуляция қилади. Жигардаги кетонларнинг гликонеогенез, гликогенолиз ва кетогенезини стимуллади. Қандли диабетда ана шу патогенетик хусусиятларнинг бузилиши натижасида қоннинг химизми ўзгариб, тромб ҳосил қилиш хусусияти кучаяди. Қандли диабетда кеч юзага чиқадиган томирлар томонидан асоратлар икки гуруҳга: микроангиопатия ва макроангиопатия ҳолатида бўлади. Микроангиопатия қандли диабет учун махсус ҳолат бўлиб, майда томирлар (капиллярлар ва прекапиллярлар, артериолалар) зарарланади. Макроангиопатияда — томирлардаги атеросклеротик ўзгаришлар кучаяди.

Биз ўз кузатувларимизда Фурнье касаллигини хусусан қандли диабет билан оғриган беморларда кузатдик.

Ҳозирги кунда фанда аниқланиши бўйича Фурнье касаллигини олиб келувчи

факторлар қўйидагича:

- Сурункали алкоголизм;
- Ёрғоқ соҳасидаги жароҳатлар;
- Параректал ва оралиқ соҳасидаги яллиғланишлар;
- Қандли диабет;
- Периуретрал сийдик экстравазацияси;
- Парафимоз;
- Қон касаллиги.

Шундай қилиб ҳозирги кунда Фурнье касаллигини қўйидагича таснифлаш киритилган.

**Фурнье касаллигининг таснифи:**

Спонтан ёки идиопатик Фурнье гангренаси

Симптомли Фурнье гангренаси.

**Асоратлари:** Балонопостит, лимфангит, тромбофлебит, парафимоз.

**Ишнинг мақсади:** Касалликнинг бизнинг шароитда учрайдиган асосий сабабларини аниқлаш ва хирургик даволашнинг оптимал усуллари танлашдан иборат.

**Ишнинг материали:** Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмасининг йирингли-септик бўлимида 2000-2017 йилларда Фурнье касаллиги билан даволанган 24 бемор устида кузатув олиб бордик. Беморларнинг 22 тасини эркаклар ва 2 тасини аёллар эканлиги аниқланди.

Этиологияси бўйича ишиоректал ва пельвиоректал парапроктитлардан кейин – 19, цистостома қўйилгандан кейин – 2, парауретрит – 1, бартолинитдан кейин 2 та беморда аниқланди. 24 бемордан 21 тасида қандли диабет касаллиги II тип, шулардан 7 тасида спиртли ичимликларга мойил кишиларда кузатилди. Беморларнинг ёшлари бўйича 32-65 ни ташқил қилди.

**Клиник манзараси:** Жинсий аъзо терисининг ва асосан унинг бош қисми яллиғланиши биринчи клиник белги ҳисобланади. Терида қизариш пайдо бўлади, кейинчалик тери қора рангга ўта бошлайди. Бу ҳолатнинг ўтиши беморнинг умумий аҳволини оғирлаштиради, касаллик аниқ белгилари юзага чиқади ва тана ҳарорати кўтарилади. Некрознинг тез ривожланиши 5-8 кун давом этиб, некроз бўлган тўқима ўрнидан куча бошлайди. Агар бемор аҳволи оғир бўлса интоксикация кучли бўлган шароитда йирингли ҳолатга фасцитлар қўшилади ва йиринг фасциялар орқали қориннинг олд деворига ва бутун оралиқ соҳасига тарқалади.



1-расм. Бемор Х. 53 ёш. Фурнье касаллиги ва оралиқ флегмонаси ҳамда қориннинг олд деворига тарқалиши.



2-расм. Бемор Х. 53 ёш. Фурнье касаллиги ва оралиқ флегмонаси ҳамда қориннинг олд деворига тарқалиши. Флегмона очилгандан кейинги ҳолат



**Фурнье касаллигининг клиник кечиши алоҳида хусусиятлари.**

Ёрғоқнинг яллиғланиш касаллиги асосан урологик касалликлар гуруҳига мансуб бўлиб целлюлитлар таркибига киради. Ёрғоқ терисидаги дерматитлар, экзема ва чов-ёрғоқ бурмасыдаги замбуруғлар яллиғланиш касалликларига олиб келади.

Ёрғоқнинг сарамас яллиғланиши, бирламчи ёрғоқ териси абсцесси жуда кам ҳолларда учрайдиган бўлса ҳам, улар тез ва оғир ўтади. Ана шу юқорида келтирилган ҳамма касалликлар ёрғоқнинг яшин тезлигида ўтадиган гангренага олиб келади. Касаллик тўсатдан бошланиб, яшин тезлигида, оғир септик ҳолатда, тана ҳарорати кўтарилиши, оғриқ, қалтироқ тутиши юзага чиқади. Яллиғланиш атроф тўқималарга, уруғ тизимчасига ва чанок бўшлиғига ўтиши мумкин. Ёрғоқ некрозга учраб, оралик соҳасига тарқалади, уретрани батамом қамраб олади, ҳатто тухумларнинг йирингли некрозга учраши сабабчи ҳам бўлади.

Фурнье касаллигини чақирувчи ҳар хил микроорганизмларнинг ассоциацияси ҳисобланиб, қон томир ҳавзаларида яллиғланиш пайдо бўлади ва булар тромбоз ҳосил бўлишига олиб келади деган фикрлар илгари сурилмоқда.

Биз кузатган беморларда деярли барчасида касалликнинг бошланиши ўткир тус олиб, қалтираш, тана ҳарорати 38-40° гача кўтарилиб, чуқур интоксикация ҳолати кузатилди. Ёрғоқ соҳасида шиш пайдо бўлганлиги ва кучли оғриқ борлиги, терлаш ва иштаҳанинг бузилишига шикоят қилдилар. Объектив кўрик пайтида ёрғоқ соҳасида қизариш, шиш пайдо бўлиб, қандайдир 2-3 кун ичида гангренага хос белгилар пайдо бўлди.

Ёрғоқ соҳасидаги бу ўзгаришлар кучли интоксикация нисбатида 4-5 кундан кейин теридаги некроз аниқ билиниб, ҳатто тухумлар атрофидаги тўқималарга ҳам ёпилганлиги аниқланди. Биз касалликни аниқ ташхислашда унинг эпидемиологик хусусиятларини ҳам эътиборга олдик. Кўпинча бу касаллик шахсий гигиенага риоя қилмаган, ҳар хил венерик касалликларга чалинган кишиларда кўпроқ учрашини аниқладик.

Биз кузатган беморларда Фурнье касаллигининг кечиши икки объектив белгилар, интоксикация белгиларининг ва тана ҳароратининг кўтарилиши юзага чиқиши билан ўтди. Маҳаллий ўзгаришлардан – ёрғоқ соҳасида тез ривожланган шишнинг пайдо бўлиши, ёрғоқ терисининг аввал қизариши кейинчалик кўкимтир тусга кириши, терида ичи тўқ сариқ суюқлик бўлган кейинчалик қонсимон ҳолатга ўтган пуфакчаларнинг пайдо бўлиши ва касаллик пайдо бўлгандан кейин 12-14 соат вақт ўтгач ёрғоқ терисида некроз пайдо бўлиши кузатилди.

**Фурнье касаллигининг диагностикаси.** Диагностикаси аввал умумий кўриқдан, пальпация, албатта диафоноскопия ва ультратовуш эхолокацияси, пункция қилиш ва биопсия олиш тадбирларнинг кетма-кет ўтказилишидан иборатдир. Аниқ ташхис албатта клиник текширишлар асосида қўйилади. Қоннинг умумий ва биохимик таҳлилари, қондаги қанд миқдори аниқланади. Умумий кўриқда касалликнинг ривожланиши даврида фасция Коллис бўйича крепитация борлиги, ярадан қўланса ҳид келиши мумкин, бу эса анаэроб инфекциянинг борлигидан дарак беради. Ёрғоқни УТТ қилинганда яллиғланиш ҳолати ва алоҳида йирингли ўчоқлар топилса (абсцесс) ташхисини исботловчи муҳим маълумот ҳисобланади. Ёрғоқ терисида қорайиш ҳосил бўлганда ёрғоқ гангренага ташхиси аниқ бўлади. Ультрасонографияда абсцесс ёрғоқ деворига, тухумнинг ва унинг ортиғига нисбатан жойлашганлигини аниқлаш зарур. Шундай қилиб биз Фурнье касаллигининг диагностикасида қўлланиладиган муҳим мезонлардан фойдаланишни зарур деб ҳисоблаймиз:

- Беморнинг анамнезига, клиник манзарасининг ривожланишига ва объектив белгиларига асосландик.
- Флегмона очилгандан кейин олинган йирингли мадда ёки эксудатни микроскопия қилиш.
- Бактериологик усул – яъни йирингли ҳолатни чақирувчи инфекцияларнинг хиллини аниқлаш.

**Фурнье касаллигини даволаш тактикалари:** Фурнье касаллигини даволашда кўпчилик муаллифларнинг фикри турлича. Асосан флегмонани очиш муддати ва некрэктомияни қандай ва қайси муддатда ўтказиш тўғрисида ҳар хил тактикалар мавжуд.

Охириги йилларда биз Фурнье касаллигини даволашда қўйидаги тадбирларга амал қилдик.

- Анаэроб инфекцияларнинг тарқалишининг олдини олиш.
- Флегмонани кенг ҳажмда қилинган кесмалар билан очиш
- Ярани оптимал равишда дренажлаш
- Некрэктомия қилиш
- Очилган ярага таркибида кислород бор антисептиклар – перекись водород, перманганат калий, гипохлорид натрий суюқликлари билан ишлов бериш.
- Оптимал антибактериал терапия
- Организмнинг ҳимоя кучини стимуллаш
- Дезинтоксикацион даволаш усулини тўлиқ ўтказиш.



3-расм. Беморнинг шиfoxонадан чиқарилишидан олдинги ҳолат



4-расм. Беморнинг шиfoxонадан чиқарилишидан олдинги ҳолат

Айрим хирурглар Фурнье касаллигининг бошланиши босқичида кўпроқ консерватив даволаш тактикасини қўллайдилар. Некрэктомияни – қачонки демаркация ҳосил бўлгандан кейин ўтказишни маъқул деб ҳисоблайдилар. Бундай тактикани қўллашни биз ўта ҳавфли ҳисоблаймиз. Чунки кеч ўтказилган операция йирингли-некротик ҳолатнинг тез ривожланишига ва катта майдонли некротизация ўчоқларининг пайдо бўлишига, эндотоксикознинг ривожланишига ва некротик фасцитларнинг ривожланиб оралик ва қориннинг олд деворига тарқалиб кетишига олиб келади.

Шунинг учун ҳам биз зудлик билан операция қилиш, яъни йирингли-некротик ўчоқни тезроқ очиш ва уни санация қилиш тактикасини қўлладик. Йирингли хирургиянинг ҳамма усулларига амал қилган ҳолда, нафақат йирингли некротик флегмонани очиш, йирингнинг яхши оқишини таъмин қилибгина қолмай, ҳатто йиринглаган тўқималарга яхши кислород келишини ташкил қилиш зарур деб ҳисоблаймиз. Алоҳида таъкидлаш лозимки, бордию анаэроб инфекциялар борлигига тахмин қилинганда юмшоқ тўқималар кенг очилиб, фасция, мушаклар орасида бўшлиқ қолмаслиги ва уларни яхшилаб санация қилиш зарур. Агар некротик фасцит асоратлари борлиги аниқланганда фасциотомия, некротизация учраган фасциялар кесиб олиниши, мионекроз ҳолати бўлса ўша некротизация учраган мушаклар кесиб олиниши шарт.

Шу мақсадда бир қатор беморларда ёрғоқ соҳасида, қориннинг олд деворида узун ва кенг кесимлар қилинди.

Шу мақсадда бир қатор беморларда ёрғоқ, оралик ва қориннинг олд девори соҳаларида узун ва кенг кесмалар қилдик. Босқичли некрэктомия 7 беморда – 14 марта, 5 беморда – 3 мартадан ва яқка 3 тасида 4 мартадан некрэктомия қилинди.

Антибиотикларни тавсия қилишда албатта бактериологик экиш натижасига асосландик. Биз асосан аэроб флорага таъсир қилувчи – цефалоспоринларнинг IV авлодини, аминогликозидларнинг III авлодини, ҳамда анаэробларга таъсир қилувчи – метронидазол, фторхинолонлардан фойдаландик. Ярадан газ ҳосил қилувчи флора борлиги аниқланганда 150 000 МЕ поливалент гангренага қарши қон зардоби ишлатдик. Антикоагулянтлардан гепарин ва клексан ишлатишни мақсадли деб ҳисоблаймиз. Қоннинг реологик хусусиятларини яхшилаш мақсадида реополиглокин ва ангиопротекторлар, айниқса қандли диабет II типдаги касалларда кўпроқ учрагани сабабли эндокринолог тавсияси билан махсус даволаш муолажалари ўтказдик.

Организмнинг иммунобиологик хусусиятини кўтаришда иммуноглобулин, иммуномодулин, токоферол-ацетатни 20% эритмасини қўладик. Ундан ташқари кўрсатма билан айрим беморларга антистафилококкли плазма, антистафилококкли гамма-глобулин тавсия қилдик.

Фурнье касаллигини даволашда маҳаллий (флегмона очилгандан кейин) яъни йирингли ўчоқларни санация қилиш ўта муҳим ҳисобланади. Яранинг гидротация фазасида 3% ли перекись водород эритмаси, диоксидин, хлоргексидин суюқликлари қўлланилди. Йирингли-некротик тўқиманинг жойидан тезроқ кучишини тезлаштириш учун левомеколь мойи, лоробен аралашмаси, протеолитик ферментлардан химопсин, трипсин, химотрипсин препаратларини қўладик.

Шундай қилиб, Фурнье гангренаги йирингли-некротик жараённинг жуда оғир кечувчи шакли бўлиб, уни комплекс даволашда дезинтоксикацион (инфузион-трансфузион), кенг таъсир қилувчи антибактериал, иммунокоррекцион ва актив хирургик тактика қўлланилиши зарур.

#### Фойдаланилган адабиётлар:

1. Абдуллаев С.А., Шобоев А.О. Болезнь Фурнье. Материалы IV научного-практической конференции молодых учёных с международным участием «ЗАБАДСКИЕ 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. И.Н. Пирогова 2008. С.58-63.
3. Бубнова Н.А., Шлепников С.А., Инфекция кожи и подкожной клетчатки. Хирургические инфекции. Практическое руководство, Москва, 2006; 309 с.
4. Датуашвили Т.Д., Лилипенко А.Я. Терапия больных молниеносной гангреной мошонки и ее осложнениями. Урол. и нефрол. 12. 1988; 5: С. 21-26.
5. Измайлов Г.А., Измайлов С.Г. Болезнь Фурнье. Вест. хир 1997; 6: С. 70-73.
6. Мавров И.И. Молниеносная газовая гангрена. Половые болезни. Москва, 2002.
7. Мавров И.И. Бактериальные инфекции мочеполовых путей. Половые болезни. 2004.
8. Москвин М.И. Некроз полового члена при болезни Фурнье. Урология и нефрология. 1989. 2; С. 53-55.
9. Нартайлаков М.А. Анаэробная и гнилостная инфекция. Международный медицинский журнал. 2002.
10. Тимербулатов В.М., Хасанов А.Г. Гангрена Фурнье. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2009. С. 26-28.
11. Черепанин А.И., Светлов К.В., Чернов А.Ф., Бармин Е.В. Другой взгляд на «Болезнь Фурнье в практике хирурга». Хирургия 10. Журнал им Н.И. Пирогова. 2009. С. 47-50.
12. Эфендиев Н.Л., Агакишиев Д.Г. Идиопатическая молниеносная гангрена мошонки (Болезнь Фурнье). Хирургия. 1988; 4: С. 65-67.
13. Chawla S., Gallop C., Mydlo J. Furniers Gangrene: An Analysis of Repeated Surgical Debridement. // Philadelphia, USA. 2002. P. С. 572-575.
14. Donald R., Bodner M.D. Furniers Gangrene. // Международный электронный журнал. 2002.