DOI 10.11603/2411-1597.2026.2.16478
УДК 616.672-002.4-089

ОСОБЛИВОСТІ СЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГАНГРЕНОЮ ФУРНЬЄ

Олег Прийма, Михайло Босак, Любов Зубрицька, Ірина Ваврин

КНП «Трускавецька міська лікарня» ТМР

Вступ. Гангрена Фурньє належить до некротизуючих фасціїтів з локалізацією на геніталіях і промежині. Патологія має складний патогенез, в основі якого лежить тромбоз судин поверхневої та глибокої фасцій тіла з локалізацією внизу живота і геніталій. Збудником є аеробно-анаеробна флора з переважанням анаеробів. Надалі розвивається гнійне запалення некротичних тканин унизу живота з ураженням і вісцеральних органів (сечовий міхур, яєчка, товста кишка).

Мета роботи – проаналізувати основні ланки патогенезу гангрени Фурньє та, відповідно, участь як медичної сестри, так і лікаря в процесі лікування та догляду за цими хворими.

Основна частина. Проаналізувавши літературні джерела, ми узагальнили основні ланки патогенезу цієї хвороби. Було показано, що зумовлений анаеробами ініціальний тромбоз судин поверхневої та глибокої фасцій унизу живота і промежини призводить при гангрені Фурньє до гнійного запалення цієї зони. Останнє викликає синдром системного запального процесу із «цитокіновим каскадом». Тому клінічні прояви хвороби проходять розвиток від почервоніння і набряку тканини промежини і геніталій до некрозу, ендотоксикозу, аж до септичного стану. Ця патологія поєднує місцеві прояви – некроз і гнійне запалення та загальні – ендотоксикоз, септичний шок та виникнення дочірніх септичних метастазів. Тому стан таких хворих здебільшого тяжкий. Вони потребують лікування в палаті інтенсивної терапії із застосуванням потужної антибіотикотерапії та інтенсивної інфузійної терапії. Водночас ургентно необхідним є хірургічне втручання, що полягає в розсіченні тканин, висіченні некрозів та дренуванні з використанням такої методики, як дренажі в рані за типом «частоколу». Крім цього, існує другий етап лікування таких хворих – відновлення цілості шкірних покривів геніталій і промежини. Такі пацієнти потребують постійної уваги як зі сторони лікарського і сестринського персоналу на ранньому етапі – в палаті інтенсивної терапії, так і зі сторони перев'язувальної медичної сестри протягом усього періоду лікування.

Висновки. У лікуванні хворих з гангреною Фурньє важлива роль як лікаря, так і медичної сестри. Висока смертність вимагає пошуку нових способів як медикаментозного лікування, так і оперативного втручання. Це захворювання супроводжується тяжким ендотоксикозом, аж до септичного шоку. Ретельний догляд перев'язувальної медичної сестри забезпечує швидке загоєння рани і запобігає перспірації через рану та зневодненню організму.

Ключові слова: анаероби неклостридіальні; гнійне запалення; дренажі за типом «частоколу»; стадійність процесу; ендотоксикоз; реконструктивно-відновні операції; догляд перев'язувальної медичної сестри.

FEATURES OF NURSING CARE AND TREATMENT OF PATIENTS WITH FOURNIER GANGRENE

Oleh Pryima, Mykhaylo Bosak, Lubov Zubrytska, Iryna Vavryn

CnPO «Truskavets City Hospital» TCC

Introduction. Fournier's gangrene - belongs to necrotizing fasciitis, localized on the genitals and perineum. The pathology has a complex pathogenesis, which is based on thrombosis of the vessels of the superficial and deep fascia of the body with localization in the lower abdomen and genitals. The pathogens are aerobic-anaerobic flora, where anaerobes are predominant. Subsequently, purulent inflammation of necrotic tissues in the lower abdomen develops with damage to visceral organs (bladder, testicles, colon).

The aim of the study – to analyze the main links in the pathogenesis of Fournier's gangrene and, accordingly, the participation of both a nurse and a doctor in the process of treatment and care for these patients.

The main part. Having analyzed the literature sources, we summarized the main links in the pathogenesis of this disease. It has been shown that the initial thrombosis of the superficial and deep fascia vessels of the

© Олег Прийма, Михайло Босак, Любов Зубрицька, Ірина Ваврин, 2026

lower abdomen and perineum caused by anaerobes leads to purulent inflammation of this area in Fournier's gangrene. The latter causes a syndrome of systemic inflammatory process with a «cytokine cascade». Therefore, the clinical manifestations of the disease develop from redness and swelling of the perineal and genital tissue, to necrosis, endotoxicosis up to a septic state. This pathology combines local manifestations - necrosis and purulent inflammation, and general manifestations - endotoxicosis, septic shock and the occurrence of secondary septic metastases. Therefore, the condition of such patients is mostly severe. This requires treatment of these patients in the intensive care unit with the use of powerful antibiotic therapy and intensive infusion therapy. At the same time, surgical intervention is urgently needed, consisting of tissue dissection, excision of necrosis and drainage using the «picket fence» drainage technique in the wound. In addition, there is a second stage in the treatment of these patients - restoration of the integrity of the skin of the genitals and perineum. Such patients require constant attention, both from the medical and nursing staff at an early stage - in the intensive care unit, and from the dressing nurse throughout the entire period of treatment.

Conclusions. In the treatment of patients with Fournier gangrene, the role of both the doctor and the nurse is important. High mortality requires the search for new methods of drug treatment and methods of surgical intervention. This disease is accompanied by severe endotoxicosis, up to septic shock. Careful care by the dressing nurse ensures rapid wound healing and prevents perspiration through the wound and dehydration of the body.

Keywords: non-clostridial anaerobes; purulent inflammation; «fence» type drainage; stage of the process; endotoxicosis; reconstructive and restorative surgeries; care by the dressing nurse.

Вступ. Не викликає сумніву, що гангрена Фурньє (ГФ) є тяжким хірургічним захворюванням, що потребує участі у лікувальному процесі лікарів і медичних сестер ряду спеціалізацій: уролога, хірурга, анестезіолога, реаніматолога, комбустіолога. Тобто це мультидисциплінарна патологія. Тому вона вимагає глибокого знання патофізіології процесу не тільки зі сторони лікарів, але й зі сторони медичних сестер, особливо перев'язувальної та в палатах інтенсивної терапії. У світовій медичній науковій періодиці налічується близько 3000 публікацій, з яких 1781 присвячено опису клінічних випадків некротичного фасціїту. В інтернеті до 2015 р. є дані про близько 2000 осіб з гангреною Фурньє [1, 2].

Гангрена Фурньє має понад 15 синонімічних найменувань. Уперше це захворювання в 1764 р. описав Baurienne як швидкопрогресуючу гангрену геніталій у хлопчика віком 14 років, який отримав тупу травму калитки. Надалі цю патологію досліджували Жан Альфред Фурньє, І. Буяльський, П. Добичин. У 2006 р. J. Hirshmann на основі письмових даних довів, що цар Ірод страждав і помер від цієї патології.

Гангрена Фурньє є різновидом некротизуючого фасціїту. Останній термін був введений Wilson у 1951 р. для означення інфекції м'яких тканин, що охоплює як поверхневу, так і глибоку фасції тіла незалежно від локалізації [3].

Актуальність проблеми зумовлена високою смертністю від цієї патології, яка в разі локального процесу сягає 20–40 %, при поширеному процесі із септичним шоком – 90–100 %.

Статистичні дані засвідчують, що кількість цих хворих за останні 10 років зросла майже в 6 разів [2].

Цю патологію виявляють скрізь, особливо багато таких хворих на Африканському континенті. Хворіють на некротичний фасціїт особи будь-якого віку – від одномісячних дітей (що описано в літературі) до людей старшого віку. Факторами, що сприяють виникненню цієї патології, є цукровий діабет, імунодефіцит (ВІЛ, СНІД), хронічний алкоголізм. Поширене захворювання у водіїв-далекобійників [2].

Стосовно патогенезу ГФ, то основу становить тромбоз судин поверхневої чи глибокої фасції тіла. Ось чому спочатку процес розвивається вглибині тканин, а далі, коли прогресує гнійно-запальний процес, проявляється маніфестно [2].

Збудником хвороби є інфекція, мікстна форма, аеробно-анаеробна, яка висівається у 95 % хворих із ГФ. У клінічному перебізі виділяють чотири стадії: 1-ша – продром, коли уражена лише фасція і немає зовнішніх проявів; 2-га – початкова (набряк калитки з гіперемією, ураження і статевого члена); 3-тя – розгорнута (некроз та гнійне запалення калитки і статевого члена з явищами септичного шоку та поліорганної недостатності); 4-та – відновна (поява в рані стиглих грануляцій) [4].

Таким чином, у патогенезі процесу виявляють два ключові моменти: місцеві зміни й ендотоксикоз, зумовлений синдромом системного запального процесу із «цитокіновим каскадом».

Щодо прогнозу, то має значення час від виникнення перших проявів до моменту госпіталізації.

Несприятливого перебігу процесу можна очікувати при госпіталізації на 5–7 дні процесу [1].

Мета роботи – проаналізувати основні ланки патогенезу гангрени Фурньє та, відповідно, участь як медичної сестри, так і лікаря в процесі лікування та догляду за цими хворими.

Основна частина. Власний досвід протягом 20 років нараховує 24 хворих із ГФ. Їх вік становив 47–78 років. Хворими були особи чоловічої статі. Хворих поділили на дві групи залежно від ступеня тяжкості. Критерієм слугував Fourinier's Gangrene Severity Index (FGSI). У 1-й групі індекс коливався в межах 6–10 (у середньому становив 8,6), у 2-й – 12–14 (у середньому – 13,4). Померло 4 хворих 2-ї групи від поліорганної недостатності, зумовленої септичним шоком.

У відділення хворих приймали з клінічно вираженими ознаками процесу: набряком та гіперемією калитки і шкіри статевого члена, підвищенням температури з пропасницею. У більшості хворих спостерігали некрози шкіри калитки і статевого члена та супровідне гнійне запалення.

У хворих 2-ї групи в більшості випадків спостерігали явища септичного шоку: гіпотонію до 40/20 мм рт. ст., запаморочення з порушенням свідомості, олігоанурію, нирково-печінкову недостатність, енцефалопатію. Тяжкий стан хворих на момент госпіталізації вимагав переведення їх у палату інтенсивної терапії з ургентним хірургічним втручанням опісля стабілізації і підвищення рівня кров'яного тиску за потреби. Тому важливим є контроль палатною сестрою кров'яного тиску з метою раннього виявлення гіпотонії, прийняття відповідних рішень і проведення лікувальних заходів.

Оперативне втручання полягало в розсіченні інфільтратів, видаленні зловонного ексудату і виконанні некректомії з дренуванням максимально всіх виявлених запливів і можливих септичних метастазів та бакпосівом ексудату з рани.

Особливо актуальною є участь палатної та перев'язувальної медичних сестер у веденні цих хворих у післяопераційний період.

Гострий період, який продовжувався протягом здебільшого 12–14 днів, вимагав особливого нагляду і спостереження за раною. Це анаеробна інфекція, неклостридіальні анаероби, які активуються і призводять до тромбозу судин фасції з некрозом і подальшим гнійним запаленням. У перші дні перев'язки виконують до 2–3 разів на день з постійним орошенням пов'язки і рани 3 % розчином перекису водню.

Важливим моментом є виявлення «септичних метастазів», тобто дочірніх гнійників, по тілу й організму людини з їх санацією для попередження прогресування процесу.

До 12–14 днів у рані з'являються стиглі грануляції, нарощування яких є несприятливою ознакою перебігу процесу.

Не менш важливим моментом лікування хворих із ГФ є призначення їм інтенсивної інфузійної терапії, здебільшого кристалоїдами, об'ємом до 3 л/добу, кратним введенням, а також антибіотикотерапії із застосуванням двох груп антибіотиків і метронідазолу, спрямованого на анаеробну інфекцію. Інтенсивну інфузійну терапію продовжували 7–10 днів, антибіотикотерапію – до 3–4 тижнів і більше з переходом від внутрішньовенного введення антибіотика до таблеткового.

Вищезгадані моменти патогенезу і перебігу процесу вимагають активної і продуманої участі у лікувальному процесі не тільки лікаря, а і палатної та перев'язувальної медичних сестер.

Відновний період починається здебільшого після 3-го тижня процесу. Ознаками цього є наявність рани зі стиглими грануляціями, чітко окреслена демаркаційна лінія. У цей період приступають до реконструктивних операцій, направлених на відновлення шкірних покривів калитки і статевого члена. Це виконують як місцевими тканинами, так і різними клаптевими технологіями.

Важливим є раннє закриття ранового дефекту на 3–4 тиждень лікування з метою запобігання перспірації рідини з організму та зневодненню.

Окрім м'яких тканин тіла (шкіра, підшкірна клітковина, фасції та м'язи), в процес при ГФ задіюються тканини передньої черевної стінки, промежини, сечового міхура і товстої кишки. У третини хворих із ГФ етапно виконували одно- чи двобічну кастрацію. Обов'язковим моментом є постановка постійного уретрального катетера чи, в рідкісних випадках, надлобкової троакарної цистостоми, оскільки в 15 % пацієнтів із ГФ ми спостерігали формування зовнішніх сечоміхуревих нориць. Ураження товстої кишки на власному досвіді ми не спостерігали.

Показаний власний досвід засвідчує необхідність активної участі у лікуванні хворих із ГФ як лікарів різних спеціалізацій, так і перев'язувальної та палатної медичних сестер.

Висновки. 1. Гангрена Фурньє – тяжкий септичний процес, що уражає урогенітальну діафрагму та сечостатеві органи малого таза і супроводжується вираженим ендотоксикозом та синдромом системної і запальної реакції.

2. Смертність при цій патології, за власними даними, становить 37,5 %.

3. Важливе прогностичне значення перебігу процесу мають площа ураження та вираження ендотоксикозу.

4. При гангрені Фурньє в третини хворих уражаються яєчка, а в 15 % – сечовий міхур із формуванням нориці.

5. У 15 % пацієнтів спостерігають гостру затримку сечі, що вимагає виконання епіцистостомії.

6. Гангрена Фурньє – процес динамічний, некрози можуть розвиватися та поширюватися і в ході лікування.

7. Гангрена Фурньє – тяжкий ендотоксикоз, що призводить до поліорганної недостатності.

8. Участь палатної медичної сестри необхідна для раннього виявлення гіпотонії та ендотоксикозу і повноцінного його лікування.

9. Перев'язувальна сестра – обов'язкова опція, яка дозволяє проводити постійний моніторинг ран.

Джерела фінансування. Власні кошти авторів.

Внесок авторів:

Олег Прийма – розробка основної ідеї статті; збір практичного матеріалу; обробка інформації.

Михайло Босак – огляд літератури; розробка теми.

Любов Зубрицька – проведення практичної частини роботи з хворими.

Ірина Ваврин – розробка дизайну роботи; обробка літературних даних.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Інформація про використання штучного інтелекту. Під час написання статті технологій штучного інтелекту автори не застосовували.

REFERENCES

1. Oliferenko, O.O., Morozov, S.O., Derucalenko, V.V., & Cuprianov, M.D. (2012). Hanhrena Furn'ye: klinichnyy vypadok [Fournier's gangrene: a clinical case]. *Medicine transport of Ukraine, 1,* 77-80 [in Ukrainian].

2. Stets, M.M., Antoniv, V.R., Kinzer, S.L., Avtomyenko, O.M., Kryvopustov, M.S., & Kulak, O.M. (2016). Hanhrena Furn'ye – suchasnyy pohlyad na diahnostyku ta likuvannya v umovakh s'ohodennya [Fournier's gangrene - a current look at diagnostics and treatment in the context of]. *Shpytal'na khirurhiya, 1,* 88-90 [in Ukrainian].

3. Pryyma, O.B. (2011). Dosvid likuvannia patsiientiv iz hanhrenoiu Furn`ie [Experience of treatment in patients with gangrene Fournier]. *Medytsynskie aspekty zdorovia muzhchin – Medical Aspects of Men`s health, 2,* 76-78 [in Ukrainian].

4. Stroy, O.O., Dmitrienko, V.V., Micik, Yu.O., Hordiychuk, A.M., & Story, D.O. (2004). Hanhrena furn'ye: nash dosvid likuvanya [Fournier's gangrene: our experience of treatment]. *Urologia, 3,* 79-82 [in Ukrainian].

Надійшла до редакції: 19.05.2026
Прийнято після рецензування: 21.05.2026
Подано до друку: 25.05.2026