

day of the disease prevents development of adverse remodeling type for heart as well as further forming of progressive left ventricle dilatation syndrome.

Keywords: *myocardial infarction, heart left ventricle remodeling, rosuvastatin.*

УДК 616-002.36

Вибір методу аутодермопластики дефектів м'яких тканин, що утворюються внаслідок неклостридіальних флегмон таза

А.В. СОТНИКОВ, І.А. ЛУРІН, С.А. САПА

Резюме. У роботі проаналізовано 89 випадків лікування хворих з анаеробними неклостридіальними флегмонами тазу (2009–2012 рр). Хворі основної 23 (69,7%) та контрольної 39 (69,6%) груп у процесі лікування потребували виконання пластичних оперативних втручань. Активна хірургічна тактика з використанням методу повношарової аутодермопластики місцевими клаптями в комплексі з локальною сорбційно-антибактеріальною терапією нанокомпозицією «Метроксан» покращує результати лікування.

Ключові слова: анаеробні неклостридіальні флегмони тазу, хірургічне лікування, пластичне закриття шкірних дефектів, аутодермопластика.

Сьогодні проблема анаеробної неклостридіальної інфекції (АНІ), як і раніше, посідає особливе місце у гнійній хірургії, що пов'язано з винятковою важкістю перебігу хвороби, високою швидкістю прогресування гнійно-некротичного процесу, який розповсюджується на великі ділянки м'яких тканин. Це, своєю чергою, обумовлює розвиток вираженої системної запальної реакції, сепсису, поліорганної недостатності, що в цілому спричинює важкий прогноз захворювання [1].

Анатомічні та фізіологічні особливості тазової ділянки створюють сприятливі умови для розвитку АНІ [9, 12, 21], яка не лише спричинює високу летальність та інвалідизацію, а й потребує тривалого стаціонарного та реабілітаційного лікування і, відповідно, значних економічних витрат [1, 13].

Достатньо чітко в межах доказової медицини визначено важливість методів активного хірургічного лікування (хірургічного оброблення (ХО) гнійно-некротичного вогнища) та системної антибактеріальної терапії. Окрім цього, для покращення прогнозу хірургічної інфекції, особливо при найбільш важкому перебігу (зокрема анаеробні неклостридіальні флегмони (АНФ) тазу з їх типово важким перебігом), необхідно проводити ком-

плекс консервативної інтенсивної терапії, важливим компонентом чого є й місцеве лікування рани [18, 22, 24].

Перебіг I та II фаз ранового процесу при АНІ порівняно з «банальним» гнійним процесом продовжується на 7–10 діб. Але якщо рана очистилась, зменшились ознаки загальної інтоксикації, приступають до відновлювальних операцій, які бажано проводити у ранній період [9, 12, 15, 20, 21].

У наукових публікаціях наявні доволі неоднозначні погляди на строки підготовки та способи проведення пластичного закриття ран після ХО АНФ. Так, згідно з літературними даними, пластичний етап хірургічного лікування частіше розпочинають на 8–30-ту добу від першого ХО [2, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 13, 16, 17]. У деяких роботах зазначено, що цей строк сягав 40 [1] і навіть 60 [12] діб.

Із пластичних методик застосовують:

1) первинні відстрочені та вторинні ранні шви (при невеликих за розмірами ранах та можливості співставлення їхніх країв без надмірного натягнення) [4, 16];

2) вільну аутодермопластику (АДП) [5, 8];

3) АДП місцевими клаптями з використанням, за необхідності, гострої чи хронічної дерматензії [2, 3, 7, 11, 17];

4) комбіновану АДП місцевими клаптями з вільною АДП [1, 6, 14];

5) АДП транспозицією шкірних клаптів із вісьовим кровопостачанням [13].

Усі види шкірно-пластичних операцій можна розділити на два принципово різних типи: невідну та вільну шкірні АДП. Перевагу слід надавати тим хірургічним втручанням, що дають змогу відновити повноцінний шкіряний покрив; проте обмеженість пластичних резервів, а іноді і тривалість та складність таких операцій зменшують можливість їх застосування [10].

Не завжди вдається виконати пластичне закриття рани в один етап. Так, Є.І. Брехов та співавт. пластичний етап хірургічного лікування розпочали із 40-ї доби після першого ХО та закінчили на 47-му добу [1].

Диференційований підхід до вибору різних видів пластичних операцій робить можливим закрити будь-яку за формою та поширеністю рану [7, 19, 23, 25].

Мета дослідження – вибір оптимального способу закриття дефектів м'яких тканин у хворих з АНФ таза на підставі аналізу результатів проведених пластичних оперативних втручань.

Матеріали та методи

Дослідження проводили на базі відділення гнійної хірургії клініки ушкоджень Головного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» МО України.

До основної групи входили 33 пацієнти з АНФ тазу, які перебували на лікуванні у 2009–2012 рр. та разом із загальноприйнятою схемою лікування

отримували місцеву сорбційно-антибактеріальну терапію композицією нанодисперсного діоксиду кремнію і антимікробних препаратів декаметоксину і метронідазолу (нанокомпозиція «Метроксан»). Серед них було 32 (97%) чоловіка, 1 (3,0%) жінка; середній вік хворих становив $54,2 \pm 2,4$ року.

До контрольної групи входили 56 хворих з АНФ таза, які перебували на лікуванні у 1999–2008 рр. Серед них було 54 (96,4%) чоловіка, 2 (3,6%) жінки; середній вік хворих становив $50,3 \pm 2,5$ року.

Розподіл хворих за причинами захворювання наведено у табл. 1.

Таблиця 1

Порівняльний аналіз груп дослідження за причинами виникнення анаеробної неклостридіальної інфекції таза

| Причина захворювання | Контрольна група | | Основна група | | У цілому |
|---|------------------|----|---------------|----|------------|
| | абс. (%) | Ri | абс. (%) | Ri | абс. (%) |
| Гострий парапроктит | 21 (37,5%) | 1 | 13 (39,4%) | 1 | 34 (38,2%) |
| Інфекції шкіри та підшкірної клітковини | 14 (25,0%) | 2 | 9 (27,2%) | 2 | 23 (25,9%) |
| Попереднє лікування з приводу хірургічних захворювань | 12 (21,4%) | 3 | 7 (21,2%) | 3 | 19 (21,3%) |
| Післяін'єкційні ускладнення | 4 (7,2%) | 5 | 2 (6,1%) | 5 | 6 (6,7%) |
| Відсутність явної причини | 5 (8,9%) | 4 | 2 (6,1%) | 4 | 7 (7,9%) |
| Усього | 56 (100%) | – | 33 (100%) | – | 89 (100%) |

У середньому час від перших проявів захворювання до поступлення до стаціонару у хворих основної групи становив $6,8 \pm 0,5$, контрольної групи – $6,9 \pm 0,4$ доби ($p > 0,05$), що в цілому відповідає загальній тенденції до пізнього звернення хворих за медичною допомогою.

Супутні захворювання мали майже всі хворі – 84 (94,2%). Структура захворювань відображена на рисунку.

Оперативне лікування проводили в умовах анестезіологічного забезпечення. Хірургічна складова лікування базувалась на принципах активної тактики, що охоплювали ХО патологічного вогнища з видаленням нежиттєздатних тканин, адекватне дронування, програмовані повторні ХО. У середньому було проведено таку кількість оперативних втручань: у пацієнтів основної групи – $3,2 \pm 0,5$, контрольної групи – $3,4 \pm 0,4$ ($p > 0,05$).

Після очищення операційних ран, розвитку в них репаративних процесів, зменшення ознак загальної інтоксикації оперативну тактику спрямовували у фазу реконструкції з пластичним закриттям ранових дефектів.

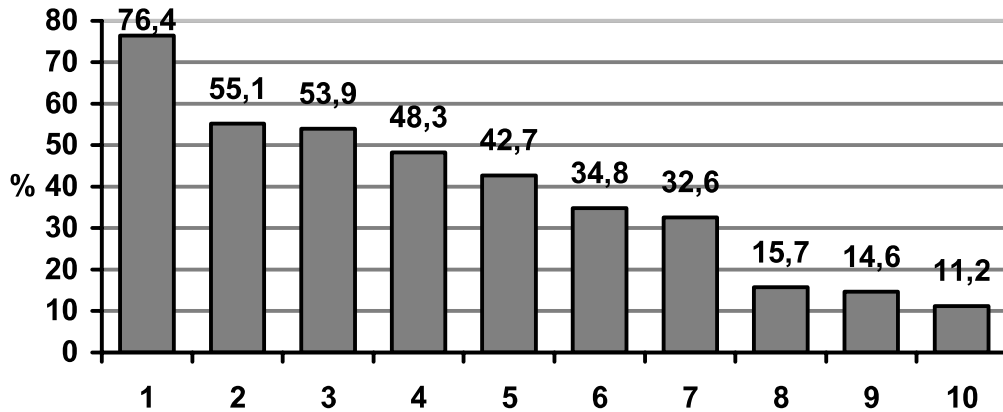


Рис. Наявність супутніх захворювань у хворих з анаеробною неклостридіальною інфекцією таза ($p > 0,05$)

Примітки. 1 – захворювання серцево-судинної системи; 2 – порушення вуглеводного обміну; 3 – ожиріння; 4 – захворювання травної системи; 5 – анемія; 6 – захворювання сечостатевої системи; 7 – захворювання дихальної системи; 8 – захворювання нервової системи; 9 – захворювання шкіри; 10 – захворювання опорно-рухової системи.

Пластичні втручання проводили за наступних умов:

1) наявність значних розмірів ураження м'яких тканин (діаметром понад 5,0 см) та незадовільних умов самостійного зведення шкірних клаптів для забезпечення загоєння рани вторинним натягненням;

2) наявність дефекту м'яких тканин в анатомічно та функціонально важливих зонах (статеві органи – статевий член, калитка, великі статеві губи) або необхідність пластичного формування анального каналу, уретри;

3) стан хворого за основним та супутніми захворюваннями, що давав змогу безпечного проведення оперативного втручання та анестезіологічного забезпечення у плані реконструктивного етапу.

Пластичні операції було виконано у 23 (69,7%) хворих основної групи та у 39 (69,6%) – контрольної ($p > 0,05$). Пластичні втручання в основній групі не проводили лише у тих хворих, післяопераційні рани яких мали незначний розмір та позитивні перспективи щодо якості та строків їх загоєння вторинним натягненням за рахунок задовільного співставлення країв.

Із пластичних технологій застосовували метод АДП з використанням переміщених, вільних розщеплених перфорованих клаптів або їх комбінацій. Якщо переміщували клапті, що мали велику площу, і при цьому не досягались умови їх позиційної іммобілізації, то з метою їх адаптації до нижче розташованих м'яких тканин використовували наскрізні «П-подібні матраці» шви.

За наявності поширеного дефекту м'яких тканин промежини в частині випадків проводили пластичне формування калитки, статевого члена, що було виконано у п'яти (15,2%) хворих основної групи та восьми (14,3%) – контрольної.

Комплексне консервативне лікування охоплювало:

- 1) адекватну етіотропну антибактеріальну терапію;
- 2) детоксикаційну терапію;
- 3) корекцію білково-енергетичних втрат, водно-сольового стану;
- 4) імунокоригувальну терапію;
- 5) корекцію порушень функцій систем та органів (супутньої патології)

тощо.

Як місцеве лікування всім хворим основної групи призначали сорбційно-антибактеріальну терапію композицією нанодисперсного діоксиду кремнію і антимікробних препаратів декаметоксину і метронідазолу (наноконпозиція «Метроксан») під час програмованих ХО та перев'язок щоденно до моменту закриття ран.

Віддалені наслідки лікування з'ясовували, проводячи анкетування виписаних хворих. Було опитано 31 із 33 (93,9%) виписаних пацієнтів основної групи та 50 з 54 (92,6%) пацієнтів контрольної групи (два випадки закінчились летально). Середній строк оцінки віддалених наслідків від моменту виписки пацієнта в контрольній групі був $111,8 \pm 5,3$ міс., в основній – $14,7 \pm 1,5$ міс.

Таким чином, за статтю, віком, причинами захворювання, строками госпіталізації від початку захворювання, кількістю проведених оперативних втручань, часткою вивчених віддалених наслідків лікування групи були статистично порівняними (в усіх випадках $p > 0,05$).

Результати та їх обговорення

Середній строк підготовки до виконання пластичного етапу оперативного лікування у хворих основної групи становив $4,2 \pm 0,3$ доби, що було досягнуто інтенсивним місцевим лікуванням післяопераційних ран з використанням сорбційно-антибактеріальної наноконпозиції. У хворих контрольної групи цей строк становив $5,4 \pm 0,4$ доби, що відрізнялось від основної групи більше ніж на добу ($p < 0,05$). За літературними даними, цей показник становив від 8 до 60 діб (див. вище).

Із способів закриття ранових дефектів ми застосовували методи АДП місцевими та вільними розщепленими аутодермоклаптями. Перевагу надавали повношаровій АДП, після виконання якої було досягнуто кращі функціональні та косметичні результати. Успішному виконанню цього виду пластики сприяло те, що шкірні покриви ділянки тазу, особливо промежини, досить еластичні, добре постачаються кров'ю та легко пере-

міщуються, дозволяючи закрити практично всі дефекти, що утворились внаслідок гнійно-некротичного ураження м'яких тканин. Але за наявності поширеного дефекту м'яких тканин, надмірного натягування переміщених шкірних клаптів з появою інтраопераційних ознак ішемії інколи вдавались до комбінованої АДП з використанням вільних розщеплених перфорованих шкірних клаптів, забір яких найчастіше здійснювали на стегнах або передній черевній стінці.

Серед негативних наслідків вільної АДП було відмічено наступне:

- 1) частковий або повний лізіс пересадженого аутодермоклаптя у ранній післяопераційний період;
- 2) утворення грубого рубця з наявністю косметичного дефекту;
- 3) легка механічна пошкоджуваність та періодичне утворення виразок у ділянці післяопераційного рубця.

Порівняльний аналіз лікування хворих основної групи, яким проводили пластичні оперативні втручання, надано в табл. 2.

Таблиця 2

Порівняльний аналіз використання різних методик аутодермопластики у хворих основної групи

| Показники | Вид аутодермопластики | | p |
|--|---------------------------------|-------------|-------|
| | місцевими переміщеними клаптями | комбінована | |
| Кількість хворих (абс. (%)) | 18 (78,3%) | 5 (21,7%) | – |
| Кількість виконаних пластичних операцій (M±m, од) | 1,±0,08 | 3,6±0,2 | <0,05 |
| Тривалість пластичного етапу хірургічного лікування (M±m, діб) | 0,9±0,6 | 14,6±2,4 | <0,05 |
| Строк остаточного пластичного закриття ран (M±m, діб від першого ХО) | 5,0±0,5 | 19,2±3,0 | <0,05 |
| Ліжко-день (M±m, діб) | 13,4±1,0 | 26,2±5,0 | <0,05 |
| Кількість хворих із залишковими явищами в ділянці післяопераційного рубця у віддалений період (абс. (%)) | 1 (5,9%) | 5 (100%) | – |

З даних табл. 2 видно, що кількість виконаних пластичних оперативних втручань, а відповідно, й тривалість пластичного етапу хірургічного лікування, тривалість ліжко-дня були меншими у хворих основної групи, яким проведено АДП місцевими переміщеними клаптями. У цій же підгрупі скоріше досягнуто остаточне пластичне закриття ранового дефекту.

Під час аналізу відділених наслідків лікування всі хворі основної групи, яким було застосовано комбіновану АДП (5 пацієнтів), відмічали залишкові явища в ділянці післяопераційного рубця. При цьому лише один з 17 (5,9%) опитаних хворих, яким було виконано АДП місцевими переміщеними клаптями, відмітив залишкові явища в ділянці післяопераційного рубця.

Таку ж тенденцію спостерігали і у відповідних підгрупах хворих контрольної групи (табл. 3).

Таблиця 3

Порівняльний аналіз використання різних методик аутодермопластики у хворих контрольної групи

| Показники | Вид аутодермопластики | | <i>p</i> |
|--|---------------------------------|-------------|----------|
| | місцевими переміщеними клаптями | комбінована | |
| Кількість хворих (абс. (%)) | 27 (69,2%) | 12 (30,8%) | – |
| Кількість виконаних пластичних операцій (M±m, од) | 1,2±0,09 | 5,3±0,9 | <0,05 |
| Тривалість пластичного етапу хірургічного лікування (M±m, діб) | 1,0±0,5 | 22,1±5,5 | <0,05 |
| Строк остаточного пластичного закриття ран (M±m, діб від першого ХО) | 6,3±0,5 | 27,7±5,2 | <0,05 |
| Ліжко-день (M±m, діб) | 16,6±1,1 | 43,8±6,9 | <0,05 |
| Кількість хворих із залишковими явищами в ділянці післяопераційного рубця у віддалений період (абс. (%)) | 12 (48,0%) | 8 (72,7%) | – |

Під час аналізу віддалених наслідків лікування залишкові явища в ділянці післяопераційного рубця відмітили 8 з 11 опитаних хворих (72,7%), яким було застосовано комбіновану АДП, та 12 з 25 опитаних хворих (48,0%), яким було виконано АДП місцевими переміщеними клаптями.

Таким чином, серед хворих основної групи, яким було виконано оперативні пластичні операції, комбіновану АДП місцевими та вільними аутодермоклаптями застосували лише у 21,7%, в контрольній групі – у 30,8% ($p < 0,05$).

Майже у третини хворих (у 7 (30,4%) – в основній та у 13 (29,5%) – у контрольній групах) пластичний етап хірургічного лікування виконували у два та більше етапів. У середньому виконано таку кількість оперативних втручань: у пацієнтів основної групи – $1,7 \pm 0,2$, контрольної – $2,4 \pm 0,4$ ($p < 0,05$).

Час остаточного пластичного закриття ран після першого ХО у хворих основної групи становив у середньому $8,1 \pm 1,4$, у хворих контрольної групи – $12,9 \pm 2,3$ доби ($p < 0,05$).

Середній ліжко-день у хворих основної групи становив $14,4 \pm 1,3$, у хворих контрольної групи – $21,4 \pm 2,2$ ($p < 0,05$). За абсолютним показником максимальний ліжко-день відмічено як 84 та 37 відповідно у групах дослідження. Летальних виходів в основній групі не зареєстровано, у контрольній групі – 2 (3,6%).

Висновки

1. Близько двох третин хворих з анаеробною неклостридіальною інфекцією таза у процесі лікування отримують значні дефекти м'яких тканин та потребують проведення пластичних оперативних втручань.

2. Серед методик аутодермопластики кращі результати отримано при застосуванні повношарових місцевих переміщених клаптів.

3. Місцеве лікування сорбційно-антибактеріальним препаратом «Метроксан» скорочує строки підготовки післяопераційних ран до виконання пластичного етапу хірургічного лікування та у сукупності з активною хірургічною тактикою, комплексом інтенсивного консервативного лікування в цілому покращує його результати.

Література

1. Анаэробная неклостридиальная флегмона. Клиническое наблюдение / Е.И. Брехов и др. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2008. – № 12. – С. 49–52.

2. Богомоллов Н.И. Лечение болезни Фурнье / Н.И. Богомоллов, Н.Н. Томских // Бюллетень Восточно-сибирского научного центра Сибирского отделения РАМН. – 2007. – № 4 (56). – С. 33–34.

3. Болезнь Фурнье в практике хирурга / С.А. Алиев и др. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2008. – № 11. – С. 58–63.

4. Болквадзе Э.Э. Сложные формы острого парапроктита (клиника, диагностика, лечение): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.00.27 «Хирургия» / Э.Э. Болквадзе // ФГУ «Государственный научный центр колопроктологии Федерального агентства по высокотехнологической медицинской помощи». – М., 2009. – 50 с.

5. Володченко Н.П. Неклостридиальная анаэробная инфекция мягких тканей / Н.П. Володченко, С.А. Шукан // Здоровоохранение Дальнего Востока. – 2009. – № 4 (42). – С. 69–71.

6. Диагностика и лечение гангрены Фурнье / В.В. Черненко и др. // Бюллетень Восточно-сибирского научного центра Сибирского отделения РАМН. – 2005. – № 3 (41). – С. 267.

7. Ефименко Н.А. Гангрена Фурнье / Н.А. Ефименко, В.В. Привольнев // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2008. – Т. 10. – № 1. – С. 34–42.

8. Ковалев А.С. Анаэробный неклостридиальный целлюлит верхней конечности (клиническое наблюдение) / А.С. Ковалев, Е.Н. Горожанкина // Инфекции в хирургии. – 2012. – Т. 10. – № 4. – С. 63–66.
9. Кондратенко П.Г. Хирургическая инфекция: практическое руководство / П.Г. Кондратенко, В.В. Соболев. – Донецк, 2007. – 512 с.
10. Липатов К.В. Особенности аутодермопластики расщепленным лоскутом в гнойной хирургии / К.В. Липатов, Е.А. Комарова, Д.В. Кривихин // Альманах клинической медицины. – 2007. – № 16. – С. 96–99.
11. Молниеносная спонтанная гангрена мошонки / И.С. Москвитин и др. // Бюллетень Восточно-сибирского научного центра Сибирского отделения РАМН. – 2010. – № 2 (72). – С. 71–74.
12. Молниеносная спонтанная гангрена мошонки: наш опыт лечения / А.А. Строй и др. // Экспериментальная и клиническая урология. – 2010. – № 3. – С. 53–55.
13. Морозов Е.С. Послеоперационная анаэробная неклостридиальная инфекция мягких тканей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27 «Хирургия» / Морозов Евгений Семенович; ГОУВПО «Омская государственная медицинская академия». – Омск, 2004. – 224 с.
14. Новые технологии в комплексном лечении гнойных ран мягких тканей / С.Г. Измайлов и др. // Кремлевская медицина. – 2009. – № 2. – С. 81–84.
15. Объем некрэктомии и лечение послеоперационной раны при анаэробном парапроктите / Э.Э. Болквезде и др. // Сибирский медицинский журнал. – 2009 – № 1. – С. 84–85.
16. Патент № 2003106370 России, МПК А61В17/00. Способ хирургического лечения болезни Фурнье сагитальным доступом / Магомедгаджиев М.-А.И., Магомедгаджиев М.-Х.И., Магомедгаджиев М.-Г.И., Магомедгаджиев М.-Р.И. (Россия); заявитель и патентообладатель Дагестанская государственная медицинская академия. – № 2003106370; заявлено 07.03.2003; опубликовано 20.06.2005.
17. Патент № 2231299 России, МПК А61В17/00. Способ хирургического лечения болезни Фурнье / Магомедгаджиев М.-Г.И.-Г., Сафаров С.Ю., Магомедгаджиев М.-Х.И.-Г., Магомедгаджиев М.-А.И.-Г., Магомедгаджиев М.-Р.И.-Г. (Россия); заявитель и патентообладатель Дагестанская государственная медицинская академия. – № 2001123256; заявлено 20.08.2001; опубликовано 27.06.2004.
18. Полиферментные препараты в гнойной хирургии / под ред. Н.А. Ефименко. – М., 2005. – 27 с.
19. Результаты комплексного лечения анаэробного парапроктита / Э.Э. Болквезде и др. // Актуальные вопросы колопроктологии. – Уфа, 2007. – С. 53-54.
20. Тимербулатов В.М. Гангрена Фурнье / В.М. Тимербулатов, А.Г. Хасанов, М.В. Тимербулатов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2009. – № 3. – С. 26–28.
21. Хирургическая инфекция: учебник для слушателей-хирургов Украинской военно-медицинской академии, врачей-интернов, практикующих хирургов / под ред. Я.Л. Заруцкого. – К., 2009. – 296 с.
22. Хирургические инфекции кожи и мягких тканей. Российские национальные рекомендации / под ред. В.С. Савельева. – М., 2009. – 92 с.

23. Aggressive surgical management of necrotizing fasciitis serves to decrease mortality: a retrospective study / B.D. Bilton et al. // Am. Surg. – 1998. – № 64. – P. 397-400.

24. File T.M.Jr. Necrotizing soft tissue infections / T.M.Jr. File // Current Infectious Disease Reports. – 2003. – № 5 (5). – P. 407–415.

25. Necrotizing infections of soft tissues: a clinical profile / G. Singh et al. // Eur. J. Surg. – 2002. – № 168. – P. 366–371.

**Выбор метода аутодермопластики дефектов мягких тканей,
образующихся вследствие анаэробных неклостридиальных флегмон таза**

А.В. СОТНИКОВ, И.А. ЛУРИН, С.А. САПА

Резюме. В работе проанализировано 89 случаев лечения больных с анаэробными неклостридиальными флегмонами таза (2009–2012 гг.). Пациенты основной 23 (69,7%) и контрольной 39 (69,6%) групп в процессе лечения нуждались в выполнении пластических оперативных вмешательств. Активная хирургическая тактика с использованием метода полнослойной аутодермопластики местными лоскутами в комплексе с локальной сорбционно-антибактериальной терапией наноконпозицией «Метроксан» улучшает результаты лечения.

Ключевые слова: анаэробные неклостридиальные флегмоны таза, хирургическое лечение, пластическое закрытие кожных дефектов, аутодермопластика.

**Choice of autografting method for soft tissue defects appearing because
of anaerobic nonclostridial phlegmons of pelvis**

A.V. SOTNIKOV, I.A. LURIN, S.A. SAPA

Summary. In the research, 89 cases of treatment patients with anaerobic nonclostridial phlegmons of pelvis were analyzed over the period 2009 to 2012. Twenty three (69.7%) patients in treatment group and 39 (69.6%) controls required autografting operative interventions in the process of treatment. Active surgical tactics with use of full-layer autografting by local flaps together with local sorption-antibacterial therapy by nanocomposition «Metroxan» improves the results of treatment.

Key words: anaerobic nonclostridial phlegmon of pelvis, surgical treatment, closing of skin defects, autografting.