

## ВИБІР МЕТОДУ АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ ДЕФЕКТІВ М'ЯКИХ ТКАНИН, ЩО УТВОРЮЮТЬСЯ ВНАСЛІДОК АНАЕРОБНИХ НЕКЛОСТРИДІАЛЬНИХ ФЛЕГМОН ТАЗА

*А.В. Сотников,  
І.А.Лурін, С.А.Сапа*

**ГВМКЦ «ГВКГ»  
Київ, Україна**

---

У роботі проаналізовано 89 випадків лікування хворих на анаеробні неклостридіальні флегмони таза з 1999 до 2012 р. 23 (69,7%) хворих основної та 39 (69,6%) контрольної 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 наноконпозицією «Метроксан» поліпшує результати лікування.

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

---

### **Вступ**

Сьогодні проблема анаеробної неклостридіальної інфекції (АНІ), як і раніше, займає особливе місце в гнійній хірургії, що пов'язано з виключною тяжкістю перебігу хвороби, високою швидкістю прогресування гнійно-некротичного процесу, що розповсюджується на поширенні ділянки м'яких тканин. Це, в свою чергу, обумовлює розвиток вираженої системної запальної реакції, сепсису, поліорганної недостатності, що в цілому сприяє тяжкому прогнозу захворювання [1].

Анатомічні та фізіологічні особливості тазової ділянки створюють сприятливі умови для розвитку АНІ [9, 12, 21].

Окрім високої летальності та інвалідизації від АНІ, треба враховувати значні економічні витрати суспільства, що пов'язані з тривалим стаціонарним та реабілітаційним лікуванням цих хворих [1, 13].

Достатньо чітко, в межах доказової медицини, визначилась важливість методів активного хірургічного лікування (хірургічної обробки (ХО) гнійно-некротичного вогнища) та системної антибактеріальної терапії. Окрім цього, для забезпечення сприятливого клінічного наслідку перебігу хірургічної інфекції, особливо в її найбільш тяжких проявах (включаючи анаеробні неклостридіальні флегмони (АНФ) таза з їх типово тяжким перебігом), необхідним є проведення комплексу консервативної інтенсивної терапії, важливим компонентом чого є й місцеве лікування рани [18, 22, 24].

Перебіг I та II фаз ранового процесу при АНІ у порівнянні з «банальним» гнійним затримується на 7-10 діб. Але якщо рана очистилась, зменшились ознаки загальної інтоксикації, приступають до відновлювальних операцій, які бажано проводити в ранньому періоді [9, 12, 15, 20, 21].

У наукових публікаціях, за даними різних авторів, спостерігаються доволі неоднозначні погляди на терміни підготовки та способи проведення пластичного закриття ран після ХО АНФ. Так, пластичний етап хірургічного лікування розпочинали на 8-30 добу від першої ХО [2, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 13, 16, 17]. У деяких роботах цей термін сягав 40 [1] і навіть 60 [12] діб.

Серед пластичних методик застосовуються: 1) первинні відштрочені та вторинні ранні шви (при невеликих за розмірами ранах та при можливості співставлення їх країв без надмірного натягнення) [4, 16]; 2) вільна аутодермопластика (АДП) [5, 8]; 3) АДП місцевими клаптями з використанням за необхідністю гострої чи хронічної дерматензії [2, 3, 7, 11, 17]; 4) комбінована АДП місцевими клаптями з вільною [1, 6, 14]; 5) АДП транспозицією шкірних клаптів з вісьовим кровопостачанням [13].

Усі види шкірно-пластичних операцій можна розділити на два принципово різних типи — невільну та вільну шкірні АДП. Перевагу слід надавати тим хірургічним втручанням, що дозволяють відновити повноцінний шкірний покрив, але обмеженість пластичних резервів, а іноді й тривалість та складність таких операцій скорочують можливість їх застосування [10].

Не завжди вдається виконати пластичне закриття рани в один етап. Є.І.Брехов та ін. [1] пластичний етап хірургічного лікування розпочали із 40 доби після першої ХО та закінчили на 47 добу.

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

Метою дослідження було проаналізувати випадки проведених пластичних оперативних втручань у хворих з анаеробними неклостридіальними інфекціями таза та обрати їх оптимальний спосіб для закриття дефектів м'яких тканин, що утворюються у даної категорії хворих.

### **Матеріали та методи дослідження**

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

Основну групу склали 33 пацієнти з АНФ таза, які знаходились на лікуванні у 2009–2012 р.р. та разом із загальноприйнятою схемою лікування отримували місцеву сорбційно-антибактеріальну терапію наноконпозицією «Метроксан». З них чоловіків було 32 (97%), жінок — 1 (3,0%). Середній вік хворих склав  $54,2 \pm 2,4$  років.

Контрольна група включала 56 хворих з АНФ таза, які знаходились на лікуванні у 1999–2008 р.р. З них чоловіків було 54 (96,4%), жінок — 2 (3,6%). Середній вік  $50,3 \pm 2,5$  року.

Розподіл хворих за причинами захворювання наведений у табл. 1.

**Таблиця 1**

**Порівняльний аналіз груп дослідження за причинами захворювання з АНФ 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%)
Без явної причини	5 (8,9%)	4	2 (6,1%)	4	7 (7,9%)
Усього	56 (100%)	-	33 (100%)	-	89 (100%)

У середньому від перших проявів захворювання хворі основної групи надходили до стаціонару на  $6,8 \pm 0,5$  добу, контрольної групи — на  $6,9 \pm 0,4$  добу ( $p > 0,05$ ), що в цілому відповідає загальній тенденції до пізнього звернення хворих за медичною допомогою.

Супутні захворювання мали майже всі хворі — 84 (94,2%), їх структура відображена на рис. 1.

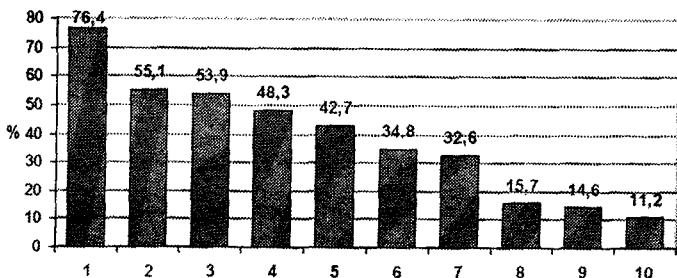


Рис. 1. Наявність супутніх захворювань у хворих з АНФ таза ( $p > 0,05$ ):  
1 — захворювання серцево-судинної системи; 2 — порушення вуглеводного обміну; 3 — ожиріння; 4 — захворювання травної системи; 5 — анемія; 6 — захворювання сечостатевої системи; 7 — захворювання дихальної системи; 8 — захворювання нервової системи; 9 — захворювання шкіри; 10 — захворювання опорно-рухової системи

Оперативне лікування проводилось в умовах анестезіологічного забезпечення. Хірургічна складова лікування базувалась на принципах активної тактики, що включала хірургічну обробку патологічного вогнища з видаленням нежиттєздатних тканин, адекватне дренивання, програмовані повторні хірургічні обробки. У середньому пацієнтам основної групи було проведено  $3,2 \pm 0,5$  оперативних втручань, контрольної групи —  $3,4 \pm 0,4$  ( $p > 0,05$ ).

Після очищення операційних ран, розвитку в них репаративних процесів, зменшення ознак загальної інтоксикації спрямування оперативної тактики переходило у фазу реконструкції з пластичним закриттям ранових дефектів.

Проведення пластичних втручань проводилось за наявністю наступних умов: 1) наявність значних розмірів ураження м'яких тканин (діаметром більше 5,0 см) та незадовільних умов самостійного зведення шкірних клаптів для забезпечення загоєння рани вторинним натягом; 2) були наявні дефекти 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) тяжкість стану хворого за основним

та супутніми захворюваннями дозволяла безпечно проведення оперативного втручання та анестезіологічного забезпечення в плані реконструктивного етапу.

Пластичні операції були виконані у 23 (69,7%) хворих основної групи та 39 (69,6%) — контрольної ( $p > 0,05$ ). Пластичні втручання в основній групі не проводились лише у тих хворих, післяопераційні рани яких мали незначний розмір та позитивні перспективи щодо якості та термінів їх загоєння способом вторинного натягнення за рахунок задовільного співставлення країв.

Серед пластичних технологій використовувався метод АДП з використанням переміщених, вільних розщеплених перфорованих клаптів або їх комбінація. Якщо переміщувались клапті, що мали велику площу та не досягались умови їх позиційної іммобілізації, то з метою їх адаптації до нижче розташованих м'яких тканин ми використовували наскрізні «П-подібні матрацні» шви.

У разі наявності поширеного дефекту м'яких тканин промежини в частині випадків проводилось пластичне формування калитки, статевого члена, що було виконано у 5 (15,2%) хворих основної групи та 8 (14,3%) контрольної.

Комплекс консервативного лікування включав: 1) адекватну етіотропну антибактеріальну терапію; 2) детоксикаційну терапію; 3) корекцію білково-енергетичних втрат, водно-сольового стану; 4) імунокоригуючу терапію; 5) корекцію порушень функцій систем та органів (супутньої патології) тощо.

З метою місцевого лікування всім хворим основної групи застосовувалась сорбційно-антибактеріальна наноконпозиція «Метроксан» під час програмованих хірургічних обробок та перев'язок щоденно до моменту закриття ран.

Віддалені наслідки лікування з'ясовувались шляхом анкетування виписаних хворих. Було опитано 31 з 33 виписаних пацієнтів основної групи, що склало 93,9%, та 50 з 54 — контрольної групи (у двох настав летальний наслідок під час лікування), що склало 92,6% ( $p > 0,05$ ). Середній термін вивчення віддалених наслідків від моменту виписки пацієнта в контрольній групі був  $111,8 \pm 5,3$  місяця, в основній —  $14,7 \pm 1,5$  місяця.

Таким чином, за статтю, віком, причинами захворювання, термінами госпіталізації від початку захворювання, кількістю проведених оперативних втручань, часткою вивчених віддалених наслідків лікування від основної кількості пролікованих пацієнтів групи статистично співставимі ( $p > 0,05$ ).

## *Результати дослідження та їх обговорення*

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

Серед способів закриття раневих дефектів ми застосовували методи АДП місцевими та вільними розщепленими аутодермоклаптями. Перевага віддавалась повношаровій АДП, після виконання якої було досягнуто кращих функціональних та косметичних результатів. Успішному виконанню цього виду пластики сприяло те, що шкірні покриви ділянки таза, особливо промежини, досить еластичні, гарно кровопостачаються та легко переміщуються, дозволяючи закрити практично всі дефекти, що утворились внаслідок гнійно-некротичного ураження м'яких тканин. Але при наявності поширеного дефекту м'яких тканин, надмірного натягнення переміщених шкірних клаптів з інтраопераційною появою 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 чи повний лізис пересадженого аутодермоклаптя в ранньому післяопераційному періоді; 2) утворення грубого рубця з наявністю косметичного дефекту; 3) легка механічна пошкоджуваність та періодичне утворення виразок у ділянці післяопераційного рубця.

Проведено аналіз випадків лікування хворих груп спостереження, яким проводились пластичні оперативні втручання (табл. 2).

З 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 хворих скоріше досягнуте остаточне пластичне закриття ранового дефекту. При аналізі відділених наслідків лікування всі хворі основної групи, яким була застосована комбінована АДП (5, або 100%) відмічали наявність залишкових явищ у ділянці післяопераційного рубця. Лише один із 17 (5,9%) опитаних хворих, яким була виконана АДП місцевими переміщеними клаптями, відмітив залишкові явища в ділянці післяопераційного рубця.

Таблиця 2

**Порівняльний аналіз використання різних методик АДП  
у хворих основної групи**

Показники	Вид АДП		p
	Місцевими пере- міщеними клаптями	Комбіно- вана	
Кількість хворих (абс., %)	18 (78,3%)	5 (21,7%)	—
кількість виконаних пластич- них операцій	1,1±0,08	3,6±0,2	p<0,05
Тривалість пластичного етапу хірургічного лікування (добі)	0,9±0,6	14,6±2,4	p<0,05
Остаточне пластичне закрит- тя ран (добі від першої ХО)	5,0±0,5	19,2±3,0	p<0,05
Ліжко-день	13,4±1,0	26,2±5,0	p<0,05
Наявність залишкових явищ у ділянці післяопераційного рубця у віддаленому періоді (абс., %)	1 (5,9%)	5 (100%)	—

Та ж тенденція спостерігалась і у відповідних підгрупах хворих контрольної групи (табл. 3).

Таблиця 3

**Порівняльний аналіз використання різних методик АДП  
у хворих контрольної групи**

Показники	Вид АДП		p
	Місцевими пере- міщеними клаптями	Комбіно- вана	
Кількість хворих (абс., %)	27 (69,2%)	12 (30,8%)	—
Кількість виконаних пластич- них операцій	1,2±0,09	5,3±0,9	p<0,05
Тривалість пластичного етапу хірургічного лікування (добі)	1,0±0,5	22,1±5,5	p<0,05
Остаточне пластичне закрит- тя ран (добі від першої ХО)	6,3±0,5	27,7±5,2	p<0,05
Ліжко-день	16,6±1,1	43,8±6,9	p<0,05
Наявність залишкових явищ в ділянці післяопераційного рубця у віддаленому періоді (абс., %)	12 (48,0%)	8 (72,7%)	—

При аналізі віддалених наслідків лікування у 8 (72,7%) з 11 опитаних хворих, яким була застосована комбінована АДП, відмічали наявність залишкових явищ у ділянці післяопераційного рубця. 12 (48,0%) з 25 опитаних хворих, яким була виконана АДП місцевими переміщеними клаптями, відмітили залишкові явища в ділянці післяопераційного рубця.

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

Майже у третини хворих (7 (30,4%) хворих в основній та 13 (29,5%) в контрольній групах) пластичний етап хірургічного лікування виконувався в два та більше етапів. Хворим основної групи в середньому виконано  $1,7 \pm 0,2$ , а контрольної  $2,4 \pm 0,4$  пластичних оперативних втручань ( $p < 0,05$ ).

Остаточне пластичне закриття ран після першої хірургічної обробки у хворих основної групи було досягнуто в середньому на  $8,1 \pm 1,4$  доби, у хворих контрольної групи — на  $12,9 \pm 2,3$  доби ( $p < 0,05$ ).

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

## **Висновки**

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

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

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



## *Література*

1. Анаэробная неклостридиальная флегмона. Клиническое наблюдение / Е.И.Брехов, А.М.Светухин, И.С.Багинская и др. // Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. — 2008. — №12. — С. 49-52.
2. Богомолов Н.И. Лечение болезни Фурнье / Н.И.Богомолов, 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, С.Ф.Рафиев, Ф.С.Рафиев, Э.С.Алиев // 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.мед.н.: спец. 14.00.27 «Хирургия» / Болквадзе Этери Энверовна; ФГУ «Государственный научный центр колопроктологии Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи». — М., 2009. — 50 с.
5. Володченко Н.П. Неклостридиальная анаэробная инфекция мягких тканей / Н.П.Володченко, С.А.Шукан // Здравоохранение Дальнего Востока. — 2009. — №4 (42). — С. 69-71.
6. Диагностика и лечение гангрены Фурнье / В.В.Черненко, К.Н.Шур, Д.А.Пантюков 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, Б.В.Заиграев, А.Н.Плеханов, А.И.Товаршинов // 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, О.Б.Баныра, Ю.О.Мицик и др. // Экспериментальная и клиническая урология. — 2010. — №3. — С. 53-55.
13. Морозов Е.С. Послеоперационная анаэробная неклостридиальная инфекция мягких тканей: дис. ... д.мед.н.: 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, А.Ю.Жаринов, А.А.Ботяков и др. // Кремлевская медицина. — 2009. — №2. — С. 81-84.
15. Объем некрэктомии и лечение послеоперационной раны при анаэробном парапроктите / Э.Э. Болквадзе, А.М. Коплатадзе, В.М. Проценко 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 / А.А.Новожилов, Г.Ю.Кнорринг, А.Л.Сухоруков и др.; под ред. Н.А.Ефименко. — М., 2005. — 27 с.
19. Результаты комплексного лечения анаэробного парапроктита / Э.Э.Болквадзе, А.М.Коплатадзе, В.М.Проценко 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 / Н.П.Безлюда, А.С.Чебурахин, Я.Л.Заруцкий и др.; под ред. Я.Л.Заруцкого. — К., 2009. — 296 с.
22. Хирургические инфекции кожи и мягких тканей. Российские национальные рекомендации / С.Ф.Багненко, Э.А.Баткаев, В.Б.Белобородов и др.; 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, G.B.Zibari, R.W.McMillan 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, S.K.Sinha, S.Adhikary et al. // Eur. J. Surg. — 2002. — №168. — P. 366-371.

***А.В. Сотников, И.А. Лурия, С.А. Сапа. Выбор метода аутодермопластики дефектов мягких тканей, образующихся вследствие анаэробных неклостридиальных флегмон таза. Киев, Украина. Ключевые слова: анаэробные неклостридиальные флегмоны таза, хирургическое лечение, пластическое закрытие кожных дефектов, аутодермопластика.***

*В работе проанализировано 89 случаев лечения больных с анаэробными неклостридиальными флегмонами таза с 1999 по 2012 г. 23 (69,7%) больных основной и 39 (69,6%) контрольной 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.*

***A.V.Sotnikov, I.A.Lurin, S.A.Sapa. Choice of method of autodermal plastic defects of soft tissue appearing because of anaerobic nonclostridial phlegmons of pelvis***

***Key words: anaerobic nonclostridial phlegmona of pelvis, surgical treatment, plastic closing of skin defects, autodermal plastic.***

*In the research of 89 cases of treatment patients with anaerobic nonclostridial phlegmons of pelvis from 1999 to 2012 years were analyzed. 23 (69,7%) patients basic and 39 (69,6%) — control groups in the process of treatment needed implementation of plastic operative interventions. Active surgical tactics with the use of method of full-layer autodermal plastic by local shreds in a complex with local sorption-antibacterial therapy by nanocomposition «Metroxan» improves the results of treatment.*