

АНАЭРОБНЫЕ НЕКЛОСТРИДАЛЬНЫЕ ФЛЕГМОНЫ ТАЗА: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

А. В. СОТНИКОВ

*Главный военно-медицинский клинический центр «Главный военный клинический госпиталь
Министерства обороны Украины», Киев*

Проанализированы современные литературные источники по проблеме хирургического лечения анаэробных неклостридалильных флегмон таза, выявлены дискуссионные и требующие дальнейшего изучения вопросы как оперативного, так и послеоперационного местного лечения патологического процесса.

Ключевые слова: анаэробная неклостридалильная флегмона таза, хирургическое лечение, местное лечение ран.

На рубеже третьего тысячелетия пришло понимание масштабности и многогранности проблем хирургической инфекции. В истории изучения анаэробной инфекции важная роль принадлежит отечественным и зарубежным ученым А. Левенгуку, Л. Пастеру, Р. Коху, А. И. Игнатовскому, А. И. Мечникову, В. Л. Омеляновскому и др. [1, 2]. По сей день сохраняется актуальность выделения анаэробных клостридалильных и неклостридалильных (неспороженных) форм, поскольку в патоморфологическом и клиническом аспекте имеются существенные различия, которые учитываются в лечебно-диагностическом процессе [3].

Анаэробная неклостридалильная инфекция (АНИ), развивающаяся при отсутствии или уменьшенном количестве кислорода, вызывается микроорганизмами, которые не относятся к роду клостридий и не образуют спор, она протекает на фоне выраженной эндогенной интоксикации, быстро приводит к нарушению витальных функций организма, имеет характерные особенности течения местного процесса.

Анатомические и физиологические особенности тазовой области создают благоприятные условия для развития анаэробных неклостридалильных флегмон (АНФ) [4]. Местный процесс имеет тенденцию к быстрому (на протяжении нескольких часов) развитию некробиотических изменений, характеризуется большой площадью поражения с распространением на паховые, лобковую, параанальную и другие области [5].

В первые дни картина заболевания может быть обычной для банального гнойного процесса, однако при этом общее состояние больного быстро ухудшается. Актуальной проблемой является поздняя госпитализация на 3–7-й день от начала заболевания и позже, что значительно отягощает состояние больного, увеличивает объем и количество оперативных вмешательств, ухудшает прогноз заболевания [5–9]. По данным

Государственного научного центра колопроктологии РФ, если при госпитализации на 6-й день почти у половины пациентов общее состояние было удовлетворительным, то после 7-го дня больных в удовлетворительном состоянии не было, а на 10-й день все поступали в тяжелом септическом состоянии [10, 11].

Невзирая на большой спектр предложенных методик, в ранней диагностике АНИ основной остается клиническая картина заболевания, по которой хирург вынужден принимать решение о радикальном оперативном вмешательстве, имеющем зачастую инвалидизирующий характер и выполняющемся в кратчайшие сроки ради спасения жизни больного [3, 12].

Благодаря внедрению в клиническую практику современных хирургических технологий, антибактериальных препаратов отдельные проблемы гнойной хирургии, в частности АНИ, получили новые решения. Характерная местная и общая клиническая картина АНФ таза позволяет правильно установить диагноз и начать адекватное лечение, что имеет принципиальное значение, поскольку без соответствующей медицинской помощи может наступить летальный исход на протяжении нескольких суток еще до получения микробиологического ответа [3, 12, 13].

При установлении и даже подозрении на диагноз АНФ таза показана госпитализация больного для выполнения операции в неотложном порядке, которой в комплексе лечения принадлежит основная роль [4, 14, 15]. Особенно тяжелым больным, которые составляют треть в этом контингенте, необходима краткосрочная интенсивная предоперационная подготовка на протяжении 1–6 ч [11, 16–18].

Традиционные подходы во время хирургического лечения АНФ таза не обеспечивают оптимального воздействия на патологический процесс. Существуют неоднозначные мнения относительно

объема оперативных вмешательств — от простого вскрытия патологического очага до выполнения превентивных контрапертурных разрезов в подвздошных областях [10, 15].

На сегодняшний день в публикациях отсутствуют данные об унифицированном методе хирургического лечения. Оперативное лечение АНФ проводится в условиях анестезиологического обеспечения и **базируется на принципах активной хирургической тактики**, основные из которых — своевременная хирургическая обработка (ХО) гнойно-некротического очага с адекватным дренированием, программированные повторные ХО. Среди важных технологических особенностей выделяется то, что разрез выполняется намного большим визуальных пределов патологического очага, несмотря на образование обширного раневого дефекта. С этой позиции операция, кроме лечебного эффекта, имеет диагностическое значение, дает возможность в полной мере оценить топический объем поражения [1, 3, 12, 19, 20].

Оперативное вмешательство должно быть по возможности одномоментным, радикальным и исчерпывающим. Основной хирургический прием — радикальное иссечение некротизированных тканей до появления удовлетворительной капиллярной кровоточивости. Обязательный элемент — контроль путей распространения инфекции, ввиду чего целесообразно выполнять фасциотомию, хирургический контроль прилегающих мышечных слоев, межмышечных пространств, сухожилий. Кожные лоскуты по краям операционной раны следует широко развернуть, уложить на стерильные марлевые валики и подшить отдельными швами к неповрежденной коже. Этот прием обеспечивает лучшую аэрацию раны и визуальный контроль за течением раневого процесса [1, 4, 11, 14, 15, 17, 18, 20–25]. В случаях повреждения стенки прямой кишки необходимо накладывать трансверзо- либо сигмостому [3, 7, 10, 11, 25].

Если во время операции остался неудаленный очаг поражения (даже тот, который кажется сомнительным), рецидив заболевания наступает практически с абсолютной вероятностью, и, как правило, таких больных оперируют многократно (до 10–15 раз). Характерным признаком нерадикально выполненного вмешательства является сохраняющаяся после операции лихорадка, поэтому с повторной ХО раны не следует медлить [1, 5, 26]. Учитывая высокую вероятность дальнейшего развития гнойно-некротического процесса в раннем послеоперационном периоде, необходимо ежедневное (а при необходимости и дважды в день) проведение программированных повторных ревизий и ХО в условиях анестезиологического обеспечения (АО) [4, 18, 24].

Продолжается научная дискуссия относительно вопроса о **сроках и количестве проведения повторных ХО**. Одни авторы выражают мнение, согласно которому повторные ХО вообще не имеют положительного прогностического значения [27],

другие предлагают после первой ХО проводить комплекс системного и местного консервативного лечения до образования зоны демаркации нежизнеспособных тканей с дальнейшим их иссечением [28], третьи указывают на конкретные сроки проведения повторной ХО — 14–30 дн [7, 29]. Ученые, являющиеся сторонниками активной тактики ведения больных, предоставляют данные о 2–10 проведенных повторных ХО в условиях АО [6, 16, 23, 30, 31].

Во время оперативного лечения АНФ, кроме ХО патологического очага, принципиальное значение имеет его адекватное дренирование. Опасность местных осложнений всегда значительно меньше опасности вспышки АНИ [18, 21, 26]. Дренирование после первой и дальнейших ХО до момента закрытия раны обеспечивается широким вскрытием патологического очага с **целью создания условий свободного оттока раневого экссудата, а также применением пассивных методов с использованием тампонов, резиновых и латексных выпускников, мазей на основе полиэтиленгликоля, сорбирующих материалов, трубчатых дренажей с пассивным оттоком и др.** [4].

После пластического закрытия раны применяют методики активного дренирования: аспирационная, проточно-промывная, используются трубчатые дренажи с разнообразными их конструктивными особенностями, способами установки и **расположения в ране. Длительность активного дренирования определяется клиническими (купирование общих и местных признаков воспаления, отсутствие гнойных выделений по дренажам) и бактериологическими (отсутствие микроорганизмов или уменьшение количества в раневом содержимом до 101–102/мл) признаками и обычно составляет 5–7 дн** [4].

Течение раневого процесса при АНИ по сравнению с «банальным» гнойным задерживается на 7–10 дн. Однако, если рана очистилась, стихли явления общей интоксикации, приступают к **восстановительным операциям**, которые желательно проводить в возможно более раннем периоде [1, 4, 14, 18, 24].

Оптимальные условия для выполнения пластических вмешательств возникают при переходе раневого процесса во вторую фазу [32]. В научных публикациях содержатся достаточно неоднозначные взгляды на сроки подготовки и способы пластического закрытия ран после ХО АНФ. Некоторые авторы этот этап хирургического лечения начинали с 8-го до 30-го дня после первой ХО [6, 7, 12, 15, 16, 23, 29, 30, 31, 33], у других срок достигал 40 [34] и даже 60 дн. [35]. Не всегда удается выполнить пластическое закрытие раны в один этап. Так, Е. И. Брехов и др. [34] этот этап хирургического лечения начинали с **40-го дня** после первой ХО и заканчивали на 47-й день.

Все виды кожно-пластических операций разделяют на два принципиально разных типа: полнослойную кожную аутодермопластику (АДП)

и АДП ран свободным расщепленным лоскутом. Безусловно, преимущество отдают тем хирургическим вмешательствам, которые позволяют восстановить полноценный кожный покров, однако ограниченность пластических резервов, а иногда длительность и сложность таких операций сокращают возможность их применения [32].

Среди пластических методик применяются: 1) вторичные ранние швы [10, 33]; 2) АДП перемещенными местными лоскутами с возможным использованием острой или хронической дерматензии (через проведенные сквозь кожу металлические спицы или с помощью П-образных швов на трубках-амортизаторах) [7, 16, 30, 31]; 3) свободная АДП [6, 23]; 4) комбинированная пластика местными лоскутами со свободной АДП [29, 34, 36]; 5) АДП транспозицией полнослойных васкуляризированных лоскутов на питательной ножке с осевым кровоснабжением [15]. Дифференцированный подход к выбору вида пластической операции позволяет закрыть любой по форме и распространенности дефект мягких тканей [7, 19, 22, 37].

Нет единства взглядов и на послеоперационное хирургическое лечение больных: некоторые врачи предлагают активизировать репаративные процессы в послеоперационной ране путем воздействия на возбудителей, другие — на макроорганизм вообще, третьи — на местный процесс [38].

Одним из наиболее эффективных и распространенных способов лечения ран является нанесение на их поверхность лекарственных средств. По М. И. Кузину «обоснованным можно считать только такое местное медикаментозное лечение, которое проводится строго в соответствии с раневым процессом, т. е. с учетом фазы его течения». Важной особенностью течения раневого процесса при АНИ является задержка первой (гноино-некротической) фазы, следовательно, целесообразно применение препаратов, которые оказывают комбинированный антимикробный, обезболивающий, дегидратирующий, противовоспалительный эффект [39].

Метод местного медикаментозного лечения в традиционном его понимании имеет ряд недостатков. Лекарственные средства, наносимые на повязку в виде растворов, быстро высыхают и нередко инактивируются раневым экссудатом, что определяет малую эффективность местного применения растворов антибиотиков, химиопрепаратов, ферментов, гипертонических растворов и др. Для предупреждения высыхания повязки широко применяют мази на ланолин-вазелиновой основе. По причине слабой диффузии препаратов на жировой основе количество антимикробного компонента в тканях мало и не достигает уровня минимальной подавляющей концентрации. Недостатком местного лечения с использованием традиционных препаратов является также ограничение направленности действия большинства из них на достижение лишь осмотического (гипертонические

растворы, однокомпонентные сорбенты), антибактериального (антибиотики, антисептики) либо некролитического (ферменты) эффектов [39].

Общее признание получили многокомпонентные мази на гидрофильной основе, появление которых стало прорывом в местном лечении ран в последние десятилетия XX ст. Однако при их использовании наряду с положительными моментами имеют место и недостатки [40, 41]: 1) они хорошо покрывают раневые поверхности, но не позволяют выполнять полость — расплавляются при температуре тела и стекают на дно раны; 2) обеспечивают дегидратирующее воздействие, однако за счет отсутствия границы разделения с раневым экссудатом не имеют сорбционного эффекта, растворяются; 3) под действием гипертонического компонента происходит разрушение микробных клеток, что приводит к накоплению токсичных, иммунных и аллергических веществ, которые спустя некоторое время начинают реабсорбироваться из ступка «мазь — экссудат»; 4) средства не обладают способностью удерживать патогенные микроорганизмы по причине отсутствия адсорбирующей поверхности, что не позволяет быстро снизить уровень интоксикации; 5) компоненты сложных мазей, как правило, действуют отдельно; 6) для всех мазей и линиментов существует проблема стерильности, однако возможен эффект «самостерилизации» за счет включения в состав антибактериальных средств широкого спектра действия.

Одним из подходов к местному лечению гнойных ран является метод аппликационной сорбции, эффективность которого подтверждена богатым клиническим опытом [39]. Нанодисперсные сорбенты и композиции на их основе имеют ряд преимуществ как препараты местного действия [40]: 1) порошки хорошо прикрепляются к раневым поверхностям, обладают подсушивающим эффектом, что важно при лечении ран с выраженной экссудацией; 2) препараты необратимо адсорбируют на своей поверхности и порах низкомолекулярные вещества, белки, токсины, микроорганизмы и др.; 3) адсорбционные свойства твердых материалов позволяют создавать «депо» постепенно высвобождающихся препаратов (антибиотиков, анисептиков, ферментов и др.), что обеспечивает постоянное и непрерывное введение лечебного средства, возрастающий во времени положительный эффект; 4) порошковые и гранулированные сорбенты можно применять в сложных формах — дренирующих повязках, пластырях и др.; 5) большинство сорбентов легко стерилизуются термическим путем.

Перспективным в применении становится нанодисперсный диоксид кремния, обладающий высокой дегидратирующей, адсорбирующей способностью относительно веществ белковой природы, патогенных микроорганизмов, продуктов некролиза и др. Следует подчеркнуть уникальную белоксорбирующую активность (в том числе способность связывать микроорганизмы в своеобразные бакагглютинаты и увеличивать их

чувствительность к антибиотикам и антисептикам), превышающую таковую у всех известных медицинских сорбентов. Благодаря дегидратирующим свойствам препарат применяется для аппликаций на раны с выраженной экссудацией. Наряду с этим из-за отсутствия пор препарат не сорбирует низкомолекулярный гидрофобный субстрат. Другой препарат полиметилсилоксан, наоборот, сорбирует амины, аминокислоты, медиаторы воспаления, пептиды средней массы и является высокоэффективным поглотителем гидрофобных метаболитов (билирубин, холестерин, желчные пигменты, липиды). Благодаря своей структуре он создает условия для иммобилизации больших молекул, в том числе антибактериальных, обезболивающих, ферментных и др., обладает длительным сроком десорбции иммобилизованной составляющей — от 14–26 ч для местного анестетика и до 5–7 дн для антибиотиков и антисептиков [40, 42–44].

В последние десятилетия появились композиции на основе сорбентов, которые выгодно отличаются от индивидуальных сорбционных материалов поливекторным лечебным воздействием [40].

Список литературы

1. Анаэробная инфекция / А. М. Светухин, В. М. Матасов, В. Г. Истратов, Н. Г. Аскеров // *Избранный курс лекций по гнойной хирургии*; под ред. В. Д. Федорова, А. М. Светухина.— М.: Миклош, 2004.— С. 204–217.
2. Полиферментные препараты в гнойной хирургии: метод. реком. / А. А. Новожилов, Г. Ю. Кнорринг, А. Л. Сухоруков [и др.]; под ред. Н. А. Ефименко.— М., 2005.— 27 с.
3. Хирургические инфекции: практическое руководство / М. М. Абакумов, М. С. Алексеев, Ю. А. Амрасланов [и др.]; под ред. И. И. Ерюхина, Б. Р. Гельфанда, С. А. Шляпкиной.— М.: Литтерра, 2006.— 736 с.
4. 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.
5. *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.
6. *Володченко Н. П.* Неклостридиальная анаэробная инфекция мягких тканей / Н. П. Володченко, С. А. Шукан // *Здравоохранение Дальнего Востока*.— 2009.— № 4 (42).— С. 69–71.
7. *Ефименко Н. А.* Гангрена Фурнье / Н. А. Ефименко, В. В. Привольнев // *Клин. микробиология и антимикробная химиотерапия*.— 2008.— Т. 10, № 1.— С. 34–42.
8. Особенности лечения больных с анаэробным парапроктитом / Н. Г. Кононенко, В. И. Бугаев, О. В. Литовченко [и др.] // *Харьковская хирургическая школа*.— 2009.— № 2.2 (34).— С. 39–40.
9. Флегмона Фурн'е (досвід лікування та діагностики) / С. В. Горелов, М. П. Безлюда, С. В. Маркевич [та ін.] // *Проблеми військової охорони здоров'я: зб. наук. праць УВМА*.— 2008.— Вип. 22.— С. 347–355.
10. *Болквядзе Э. Э.* Сложные формы острого парапроктита (клиника, диагностика, лечение): автореф. дис. на соискание науч. степени д-ра мед. наук: спец. 14.00.27 «Хирургия» / Болквядзе Этери Энверовна; ФГУ «Государственный научный центр колопроктологии Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи».— М., 2009.— 50 с.
11. *Ривкин В. Л.* Колопроктология: руководство для врачей / В. Л. Ривкин, Л. Л. Капуллер, Е. А. Белюсова.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.— С. 111–115.
12. *Серажим О. А.* Комплексное лечение анаэробной неклостридиальной инфекции мягких тканей: дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.27 «Хирургия» / Серажим Олег Алексеевич; Российский государственный медицинский университет.— М., 2004.— 103 с.
13. *Молчанов В. В.* Клиническая диагностика некротизирующих инфекций мягких тканей в условиях общехирургического стационара: дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.27 «Хирургия» / Молчанов Вадим Викторович; Первый московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова.— М., 2010.— 116 с.
14. Блискавична спонтанна гангрена калитки: досвід лікування / О. О. Строй, Ю. О. Мицик, Р. Я. Телюфанко, О. В. Шуляк // *Польская урология*.— 2008.— Т. 61, № 1.— С. 40–44.
15. *Морозов Е. С.* Послеоперационная анаэробная неклостридиальная инфекция мягких тканей: дис. на соискание науч. степени д-ра мед. наук: спец. 14.00.27 «Хирургия» / Морозов Евгений Семенович;

- ГОУВПО «Омская государственная медицинская академия». — Омск, 2004. — 224 с.
16. 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.
 17. Болквядзе Э. Э. Особенности диагностики и хирургического лечения анаэробного парапроктита / Э. Э. Болквядзе // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2009. — Т. 19, № 3. — С. 63–69.
 18. Кондратенко П. Г. Хирургическая инфекция: практическое руководство / П. Г. Кондратенко, В. В. Соколов. — Донецк: Сталкер, 2007. — 512 с.
 19. Опыт комплексного лечения анаэробного парапроктита / А. М. Коплатадзе, В. М. Проценко, Э. Э. Болквядзе, М. А. Егоркин // Междунар. мед. журн. — 2006. — № 2. — С. 77–81.
 20. 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.: Боргес, 2009. — 92 с.
 21. Военно-полевая хирургия: учебник; под ред. Е. К. Гуманенко. — 2-е изд., изм. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 763 с.
 22. Клиническое значение ранней диагностики анаэробной неклостридиальной инфекции / А. М. Светухин, А. Б. Земляной, В. Г. Истратов [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 2005. — № 8. — С. 36–40.
 23. 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.
 24. Объем некрэктомии и лечение послеоперационной раны при анаэробном парапроктите / Э. Э. Болквядзе, А. М. Коплатадзе, В. М. Проценко [и др.] // Сибирский мед. журн. — 2009. — № 1. — С. 84–85.
 25. Потемкин А. В. Особенности хирургического лечения посттравматических глубоких флегмон таза и промежности / А. В. Потемкин, И. Л. Рышков // Инфекции в хирургии. — 2008. — Т. 6, прилож. 4. — С. 55.
 26. Ремизов С. В. Хирургическое лечение острого парапроктита у больных сахарным диабетом: дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.27 «Хирургия» / Ремизов Сергей Викторович; ГОУВПО «Московская медицинская академия». — М., 2004. — 75 с.
 27. Chawla S. Fournier's gangrene: an analysis of repeated surgical debridement / S. Chawla, C. Gallop, J. Mydlo // Eur. Urol. — 2003. — № 43. — P. 572–575.
 28. Мамадалиев Ю. М. Молниеносная гангрена мошонки / Ю. М. Мамадалиев, Т. У. Алимов // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 1990. — № 7. — С. 144–145.
 29. Диагностика и лечение гангрены Фурнье / В. В. Черненко, К. Н. Щур, Д. А. Пантюков [и др.] // Бюллетень Восточно-сибирского научного центра Сибирского отделения РАМН. — 2005. — № 3 (41). — С. 267.
 30. 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.
 31. 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.
 32. 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.
 33. Патент № 2003106370 России, МПК А61В17/00. Способ хирургического лечения болезни Фурнье сагиттальным доступом / М.-А. И. Магомедгаджиев, М.-Х. И. Магомедгаджиев, М.-Г. И. Магомедгаджиев, М.-Р. И. Магомедгаджиев (Россия); заявитель и патентообладатель Дагестанская государственная медицинская академия. — № 2003106370; Заявл. 07.03.2003; Опубл. 20.06.2005.
 34. 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.
 35. Молниеносная спонтанная гангрена мошонки: наш опыт лечения / А. А. Строй, О. Б. Баньра, Ю. О. Мицик [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. — 2010. — № 3. — С. 53–55.
 36. 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.
 37. Результаты комплексного лечения анаэробного парапроктита / Э. Э. Болквядзе, А. М. Коплатадзе, В. М. Проценко [и др.] // Актуальные вопросы колопроктологии. — Уфа, 2007. — С. 53–54.
 38. Гаджимурадов Э. М. Хирургическое лечение сложных форм острого парапроктита: дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.27 «Хирургия» / Гаджимурадов Эльдар Мадридович; ГОУВПО «Московская медицинская академия». — М., 2004. — 112 с.
 39. Блатун Л. А. Местное медикаментозное лечение ран. Проблемы и новые возможности их решения / Л. А. Блатун // Consilium medicum. Хирургия. — 2007. — № 1. — С. 9–16.
 40. Вильцанюк А. А. Экспериментально-клиническое обоснование применения гидрофильно-гидрофобных кремнеземсодержащих композиций для местного лечения гнойных ран / А. А. Вильцанюк, И. И. Геращенко, А. Н. Чепляка // Харьковская хирургическая школа. — 2008. — № 1 (28). — С. 53–56.
 41. Чепляка А. Н. Заживление ран анального канала и промежности при местном применении композиции «Метроксан» у больных с острым парапроктитом / А. Н. Чепляка, И. И. Геращенко, Н. С. Чепляка // Матер. II съезда колопроктологов России с междунар. участием «Актуальные вопросы колопроктологии». — Уфа, 2007. — С. 118–120.
 42. Геращенко И. И. Силикс — отечественный сорбент многоцелевого назначения / И. И. Геращенко // Провизор. — 2005. — № 9. — С. 22–23.

43. *Геращенко И. И.* Энтеросорбенты / **И. И. Геращенко, И. А. Вильцанюк, М. А. Хуторянский** // Энтеросорбция в комплексном лечении острых хирургических заболеваний органов брюшной полости; под ред. А. А. Вильцанюка, И. И. Геращенко; ВМНУ им. Н. И. Пирогова.— Харьков; Винница; К., 2009.— С. 24–45.
44. Дослідження фізико-хімічних властивостей композиції «Метроксан» / М. Д. Желіба, О. М. Чепляка, М. І. Бурковський, І. І. Геращенко // Вісн. Української мед. стоматологічної академії.— 2005.— Т. 5, № 1 (9).— С. 89–90.
45. Експериментальне обґрунтування і досвід застосування гідрофільно-гідрофобних композицій «Флотоксан» та «Метроксан» для лікування гнійно-запальних процесів / І. І. Геращенко, О. О. Вильцанюк, О. М. Чепляка, Є. В. Таран // Матер. міжнар. мед.-фарм. конгр. «Ліки та життя».— К., 2007.— С. 80.

**АНАЕРОБНІ НЕКЛОСТРИДІАЛЬНІ ФЛЕГМОНИ ТАЗУ:
СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ**

А. В. СОТНИКОВ

Проаналізовано сучасні літературні джерела з проблеми хірургічного лікування анаеробних неклостридальних флегмон тазу, виявлено дискусійні питання як оперативного, так і післяопераційного місцевого лікування патологічного процесу, що потребують подальшого вивчення.

Ключові слова: анаеробна неклостридальна флегмона тазу, хірургічне лікування, місцеве лікування ран.

**ANAEROBIC NONCLOSTRIDIAL CELLULITIS OF THE PELVIS:
A MODERN VIEW ON THE PROBLEMS OF SURGICAL TREATMENT**

A. V. SOTNIKOV

Contemporary literature on the problem of surgical treatment of anaerobic nonclostridial cellulitis of the pelvis was analyzed. Disputable questions and those requiring research concerning both operative and postoperative topical treatment of the pathological process were revealed.

Key words: nonclostridial anaerobic pelvic cellulitis, surgical treatment, topical treatment of wounds.

Поступила 06.09.2013