



**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**10 (60) 2023**

**Сопредседатели редакционной  
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

*Ред. коллегия:*

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
Л.М. АБДУЛЛАЕВА  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
Н.Н. ЗОЛОТОВА  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Б.Т. РАХИМОВ  
Х.А. РАСУЛОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОЕВ  
С.А.ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х.ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
Д.О. ИВАНОВ (Россия)  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ШЕГОЛОВ (Россия)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com>

E: [ndmuz@mail.ru](mailto:ndmuz@mail.ru)

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал  
Научно-реферативный,  
духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**10 (60)**

**2023**

*октябрь*

Received: 10.09.2023, Accepted: 20.09.2023, Published: 10.10.2023.

УДК 616.379-008.64.-089

## РЕТРОПЕРИТОНЕАЛ БЎШЛИҚНИНГ ЙИРИНГЛИ-ЯЛЛИГЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ

Матмуротов К.Ж. <https://orcid.org/0000-0001-6342-0641>

Атажонов Т.Ш <https://orcid.org/0009-0005-2876-535X>

Кучкаров А.А. <https://orcid.org/0009-0001-7750-4018>

Тошкент тиббиёт академияси. Ўзбекистон, 100109, Тошкент, Олмазор тумани, Фароби кўчаси 2, тел: +99878 1507825, E-mail: [info@tma.uz](mailto:info@tma.uz)

### ✓ Резюме

*Тадқиқотнинг мақсади: ретроперитонеал бўшлиқнинг йирингли-яллигланиш касалликларини даволаш самарадорлигини ошириш ва аниқроқ таъхис қўйиш.*

*Тадқиқот материаллари ва усуллари: ушбу тадқиқотда Тошкент тиббиёт Академияси кўп тармоқли клиникасининг йирингли жарроҳлик бўлимида 2022-2023 йилларда ретроперитонеал хўппоз ва флегмонали таъхиси билан даволанган, 25 ёшдан 76 ёшгача бўлган 20 беморни даволаш натижалари таҳлил қилинди.*

*Натижалар ва таҳлиллар: Барча 20 нафар беморда ретроперитонеал соҳа флегмонаси ёки абсцесси таъхиси қўйилган бўлиб. Шу билан бирга, ушбу касалликнинг диагностикаси усуллариининг роли турлича бўлиб: ултрасонография (ультратовуш) ёрдамида диагностика қилинган 12 бемордан ретроперитонеал хўппоз фақат 10 тасида ишончли таъхис қўйилган ва 2 тасида гумон қилинган.*

*Тос бўшлиғидаги барча йирингли жараёнлар фақат компьютер томографияси ёрдамида таъхис қўйилган, қорин бўшлиғи ёпиқ шикастланган ва параметритли беморлар бундан мустасно бўлиб, улар реллапаротомия пайтида, шунингдек чов соҳасининг инъекциядан кейинги флегмонаси аниқланган. Қузатувларнинг камлиги диагностика усуллариининг сезгирлиги ва ўзига хослиги тўғрисида хулоса чиқаришга имкон бермайди, аммо тенденцияларни қайд этишга имкон беради.*

*Шундай қилиб, ретроперитонеал флегмоналар ва хўппозлар ретроперитонеал тўқималарда жойлашган ёки улар билан чегарадош органларнинг турли касалликларини мураккаблаштириши, шунингдек, йирингли томчилар сифатида пайдо бўлиши мумкин. Икки йўллик найчалар билан дренажлаш ёки оқимни ювиш билан дренажлаш орқали асосий касалликнинг етарли терапияси билан бирга ретроперитонеал бўшлиқдаги йирингли жараёнларни муваффақиятли даволашга имкон беради.*

*Калит сўзлар: ретроперитонеал яралар, ретроперитонеал хўппозлар ва флегмоналар, қандли диабет, хўппоз парапанкреатит.*

## DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PURULENT-INFLAMMATORY DISEASES OF THE RETROPERITONEAL SPACE

Matmurotov K.J. <https://orcid.org/0000-0001-6342-0641>

Atajonov T.S.H. <https://orcid.org/0009-0005-2876-535X>

Kuchkarov A.A. <https://orcid.org/0009-0001-7750-4018>

Tashkent Medical Academy 100109, Tashkent, Uzbekistan Farabi Street 2. Tel: +99878 1507825;  
E-mail: [info@tma.uz](mailto:info@tma.uz)

### ✓ Resume

*The purpose of the study: to improve the effectiveness and make a more accurate diagnosis of the treatment of purulent-inflammatory diseases of the retroperitoneal space.*

**Materials and methods of research:** This study analyzes the results of inpatient treatment of 20 patients aged 25 to 76 years with retroperitoneal abscesses and phlegmon in the department of purulent surgery of the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy in 2022-2023. There were 10 men and 10 women.

**Results and discussion:** Retroperitoneal ulcers were diagnosed in vivo in all 20 patients. At the same time, the role of radiation diagnostic methods is not the same: out of 10 patients who had "hardware" diagnostics, using ultrasonography (ultrasound), retroperitoneal abscess was reliably diagnosed in only 2 and suspected in 2.

All purulent processes in the pelvis were diagnosed only with the help of computed tomography, excluding patients with closed abdominal trauma and with parametritis, in whom they were detected during relaparotomy, as well as with post-injection phlegmon of the inguinal region. The small number of observations does not allow us to draw conclusions about the sensitivity and specificity of diagnostic methods, but makes it possible to note trends.

Thus, retroperitoneal phlegmons and abscesses can complicate the course of various diseases of organs located in or bordering the retroperitoneal tissue, as well as occur as pyemic dropouts. Drainage with two-light tubes or through drainage with flow washing together with adequate therapy of the underlying disease allows to successfully cure purulent processes in the retroperitoneal space.

**Key words:** retroperitoneal abscesses and phlegmons, diabetes mellitus, abscedial parapancreatitis.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

Матмуротов К.Ж. <https://orcid.org/0000-0001-6342-0641>

Атажонов Т.Ш <https://orcid.org/0009-0005-2876-535X>

Кучкаров А.А. <https://orcid.org/0009-0001-7750-4018>

Ташкентская Медицинская Академия (ТМА) Узбекистан, 100109, Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби 2, тел: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

### ✓ Резюме

**Цель исследования:** улучшить эффективность и поставить более точные диагнозы лечение гнойно-воспалительных заболеваний брюшного пространства.

**Материалы и методы исследования:** В данной исследовании проанализированы результаты стационарного лечения 20 больных в возрасте от 25 до 76 лет с брюшными абсцессами и флегмонами в отделении гнойной хирургии многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии в 2022-2023 гг. Мужчин было 10, женщин - 10.

**Результаты и их обсуждение:** Брюшные гнойники были диагностированы прижизненно у всех 20 пациентов. При этом роль методов лучевой диагностики неодинакова: из 12 пациентов, у которых проводилась «аппаратная» диагностика, при помощи ультразвукографии (УЗИ) достоверно был диагностирован брюшной гнойник только у 10 и заподозрен у 2.

Все гнойные процессы в малом тазу были диагностированы только с помощью компьютерной томографии, исключая пациентов с закрытой травмой живота и с параметритом, у которых они были выявлены в ходе релапаротомии, а также при постинъекционной флегмоне паховой области. Малое число наблюдений не позволяет делать выводы о чувствительности и специфичности методов диагностики, но дает возможность отметить тенденции.

Таким образом, брюшные флегмоны и абсцессы могут осложнять течение различных заболеваний органов, расположенных в брюшной клетчатке или граничащих с ним, а также возникать как пиемические отсевы. Дренаживание двухпросветными трубками или сквозное дренаживание с проточным промыванием вместе с адекватной терапией основного заболевания позволяет успешно излечивать гнойные процессы в брюшном пространстве.

**Ключевые слова:** брюшные гнойники, ретроперитонеальный абсцессы и флегмоны, сахарный диабет, абсцедирующая паранкреатит.

### Актуальность

Забрюшинные абсцессы и флегмоны - скопления гноя в забрюшинной клетчатке могут осложнять течение различных заболеваний. Подробно описанные в непревзойденных «Очерках гнойной хирургии» В.Ф. Войно-Ясенецким [1] забрюшинные абсцессы и флегмоны не всегда проявляются теми симптомами, которые делают диагноз очевидным. Будучи окруженными большими мышечными массивами и костными структурами, они подчас протекают без ярко выраженных клинических проявлений.

Кроме того, тяжелое общее состояние, обусловленное гнойной интоксикацией, нередко делает симптоматику стертой, а сами забрюшинные абсцессы трудными для диагностики. Наши наблюдения подтверждают данные, приведенные в руководствах для врачей «Гнойная хирургия таза» В.К. Гостищева и Л.П. Шалчковой [3] и «Инфекции в хирургии» В.К. Гостищева [4], согласно которым «Большинство острых гнойных процессов в забрюшинной клетчатке не имеют ясно очерченных симптомов, в связи с чем начальный диагноз часто ошибочен».

В нашем исследовании проанализированы результаты стационарного лечения 20 больных в возрасте от 25 до 76 лет с забрюшинными абсцессами и флегмонами в отделении гнойной хирургии многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии в 2022-2023 гг. Мужчин было 10, женщин - 10. Возрастной и половой состав представлен в табл. 1.

Причиной развития забрюшинных гнойников явились: инфицированный панкреонекроз (абсцедирование парапанкреатита - 2 больных), пиемический отсев при сепсисе (2), гематогенный остеомиелит поясничных позвонков (1), метастаз рака шейки матки в лимфоузлы забрюшинной клетчатки с распадом (1), остеомиелит головки бедра и гнойный артрит тазобедренного сустава (2), постинъекционная флегмона паховой области (1), параметрит (1), закрытая травма живота с нагноением забрюшинной гематомы (1). У 1 больной, лечившейся и умершей в 2022 г., причина забрюшинной флегмоны осталась невыясненной, так как тело было выдано без патологоанатомического вскрытия по требованию родственников. У 9 пациентов гнойные образования имели признаки флегмоны (обширность поражения, отсутствие капсулы, распространенность по межмышечным и паравазальным щелям), у 10 других, несмотря на иногда большой объем гнойной полости, процесс был хорошо отграничен капсулой, т.е. имел признаки абсцесса (табл. 2).

У 10 пациентов процесс локализовался выше крыла подвздошной кости (инфицированный панкреонекроз был у 4, метастаз рака с распадом - у 2, забрюшинная флегмона с невыясненной причиной - у 2 и абсцесс при септикопиемии - также у 2). У 7 больных гнойник располагался в полости малого таза. Двусторонних поражений не было.

Девять из лечившихся имели сопутствующие заболевания, приводящие к разной степени выраженности иммунодефициту: сахарный диабет типа II (10), опиоидная зависимость (3), гепатит С (4), ВИЧ- инфекция (1), бронхиальная астма (1). При этом у 1 больной отмечались опиоидная зависимость, гепатит С и ВИЧ-инфекция; другая страдала опиоидной зависимостью и гепатитом С.

Таблица 1.

Распределение больных в зависимости от пола и возраста

Возраст, годы	Мужчины	Женщины	Всего
20—35	1	2	3
36—50	4	3	7
51—65	2	3	5
66 и старше	3	2	5

Микрофлора - возбудитель различалась в зависимости от заболевания -причины. В 2 случаях при сепсисе из пиемического отсева (абсцесс) и при постинъекционной флегмоне паховой

области был высеян золотистый стафилококк. Гнойники, возникшие вследствие инфицирования участков панкреонекроза, вызывались в одном случае клебсиеллой (флегмона), в другом - энтерококком (абсцесс). Клебсиеллой вызван и забрюшинный тазовый гнойник при закрытой травме живота (флегмона).

Таблица 2.

### Причины развития забрюшинных гнойников и их клинические формы

Причина	Мужчины		Женщины		Всего	
	абсцессы	флегмоны	абсцессы	флегмоны	абсцессы	флегмоны
Панкреонекроз (абсцедирование парапанкреатита)	1	1	—	—	1	—
Пиемический отсев	1	—	1	—	2	—
Остеомиелит головки бедра	1	1	—	—	1	1
Остеомиелит поясничных позвонков	—	—	1	—	1	—
Метастаз в забрюшинный лимфоузел с распадом	—	—	1	—	1	—
Постинъекционная флегмона	—	—	—	1	—	1
Параметрит	—	—	—	1	—	—
Закрытая травма живота	—	1	—	—	—	—
Причина неизвестна	—	—	—	1	—	—
Всего	3	3	3	3	6	—

Пептострептококк был высеян в отделяемом из полости забрюшинного абсцесса при гематогенном остеомиелите поясничного позвонка. Впрочем, из гноя, полученного во время операции, микрофлора не была высеяна, положительный посев получен в дальнейшем в ходе лечения и может быть причислен к внутрибольничной инфекции. Причиной тазового забрюшинного гнойника при параметрите (флегмона) также послужил пептострептококк.

В 3 случаях: при распаде метастаза в забрюшинные лимфоузлы с последующим разрушением поясничного позвонка, длительно леченном антибиотиками остеомиелите головки бедренной кости с содружественным внутритазовым абсцессом и в 1 случае пиемического метастаза (забрюшинного поясничного абсцесса) результаты посева гноя были отрицательными. При забрюшинной флегмоне, причина которой осталась невыясненной, из гноя был высеян протей.

### Результат и обсуждения

Симптоматика процессов была неотчетливой. Один больной, у которого в ходе обследования был диагностирован остеомиелит плюсневых костей культи стопы, осложненный сепсисом с забрюшинным абсцессом малого таза, при поступлении предъявлял жалобы на боли в пояснице на стороне поражения, лихорадку. Еще одна пациентка с гематогенным остеомиелитом поясничных позвонков также при поступлении жаловалась на боли в пояснице, повышение температуры тела. Пациентка, у которой причина забрюшинной флегмоны осталась невыясненной, при поступлении предъявляла жалобы на боли в животе на стороне флегмоны, повышение температуры, запоры. Больные с инфицированным панкреонекрозом жаловались на боли в животе, повышение температуры. Пациент с опиоидной зависимостью, поступивший с диагнозом гнойного артрита тазобедренного сустава, у которого в дальнейшем был обнаружен остеомиелит головки правого бедра и абсцесс в малом тазу на стороне заболевания, жаловался на боли в суставе при попытке разгибания и отведения конечности, повышение температуры в дебюте заболевания.

При поступлении лихорадка отсутствовала у 2 больных, у которых из гноя не была высеяна микрофлора: при длительно леченном антибиотиками остеомиелите головки бедра и абсцессе в полости малого таза и при распаде метастаза рака шейки матки. Не было высокой температуры и у больного с абсцедированием гематомы забрюшинного пространства, у которого она не была распознана во время лапаротомии, произведенной в другом лечебном учреждении; этот больной был переведен к нам с клинической картиной послеоперационного перитонита, расхождения операционной раны и эвентрации тонкой кишки.

Забрюшинные гнойники были диагностированы прижизненно у всех 20 пациентов. При этом роль методов лучевой диагностики неодинакова: из 12 пациентов, у которых проводилась «аппаратная» диагностика, при помощи ультрасонографии (УЗИ) достоверно был диагностирован забрюшинный гнойник только у 10 и заподозрен у 2. Все гнойники локализовались выше гребней подвздошных костей: в одном из случаев абсцедирования парапанкреатита и при септическом метастазе. Забрюшинный абсцесс был заподозрен в случае распада метастаза рака шейки матки в лимфоузлы забрюшинной клетчатки.

При обследовании больного с остеомиелитом головки бедра и тазовым забрюшинным гнойником при УЗИ было обращено внимание на отечность и неровность контуров подвздошно-поясничной мышцы на стороне поражения. Во втором наблюдении абсцедирования парапанкреатита при УЗИ была диагностирована парапанкреатическая псевдокиста в области хвоста поджелудочной железы. Распространенность забрюшинной флегмоны по паракольной клетчатке до стенок таза была определена при компьютерной томографии. Забрюшинная флегмона у больной 70 лет с сахарным диабетом также не была диагностирована при УЗИ. Эта больная была оперирована с подозрением на злокачественную забрюшинную опухоль. При компьютерной томографии, произведенной в послеоперационном периоде, было диагностировано жидкостное образование в забрюшинной клетчатке. С помощью рентгеновской компьютерной томографии забрюшинные гнойники были диагностированы в 7 наблюдениях.

Все гнойные процессы в малом тазу были диагностированы только с помощью компьютерной томографии, исключая пациентов с закрытой травмой живота и с параметритом, у которых они были выявлены в ходе релапаротомии, а также при постинъекционной флегмоне паховой области. В одном случае у больной с остеомиелитом головки бедра был получен ложноположительный результат: абсцесса в малом тазу не оказалось. Малое число наблюдений не позволяет делать выводы о чувствительности и специфичности методов диагностики, но дает возможность отметить тенденции.

Лечение забрюшинных гнойников заключалось в эвакуации гноя. В одном наблюдении при забрюшинном абсцессе, локализовавшемся выше гребня подвздошной кости, возникшем при абсцедировании парапанкреатита, полость гнойника дренировали и санировали с помощью чрескожного катетера, введенного через троакар. В остальных наблюдениях вскрытие гнойников осуществляли внебрюшинным доступом с помощью разрезов Пирогова, Шевкуненко, Израэля. Гнойники, локализовавшиеся в полости малого таза, дренировали только с помощью широких разрезов.

У пациента с закрытой травмой живота и с абсцедированием забрюшинной гематомы последняя вскрылась в брюшную полость через тазовую брюшину (в области дугласова кармана) и привела к развитию местного неотграниченного перитонита с расхождением краев раны и эвентрацией тонкой кишки. При релапаротомии полость была дренирована трансперинеально разрезом между прямой кишкой и уретрой, а также традиционно с помощью разреза Пирогова. Для дренирования были использованы перфорированные трубки, выведенные через отдельные проколы рядом с ранами, через которые в дальнейшем проводилось проточное промывание. Тазовая брюшина и кожные раны были ушиты. Пациентка с параметритом была переведена с клинической картиной абдоминального сепсиса из гинекологического отделения после лапаротомии по поводу пельвиоперитонита, осложнившего течение гнойного воспаления придатков.

Вовремя релапаротомии после ампутации матки в малом тазу кнаружи от сигмовидной кишки был обнаружен гнойник, распространявшийся по ходу круглой связки матки до большой половой губы. Parietalная брюшина была ушита, полость гнойника вскрыта разрезом Пирогова и дренирована двухпросветной перфорированной трубкой с целью проточного промывания. Встречный разрез произведен от половой губы к паху. Проточное промывание применяли после 2022 г. во всех наблюдениях при обнаружении забрюшинных гнойников. Для дренирования полостей чаще использовали либо две перфорированные трубки, установленные в верхнем и нижнем полюсах, либо толстую перфорированную трубку, сложенную пополам и сшитую. Реже использовали для дренирования одну перфорированную трубку, оба конца которой выводили через контрапертуры. Для дренирования флегмоны малого таза у пациента с остеомиелитом головки бедренной кости и параартикулярной флегмоной бедра из-за массивного

кровотечения из раны, остановленного тампонадой, промывная система была установлена через день.

Иные методики (пассивное дренирование) применены для лечения первой забрюшинной флегмоны, с которой мы встретились в 2022 г., а также пост-инъекционной флегмоны у больной с опиоидной зависимостью и ВИЧ-инфекцией, у которой образование флегмоны сопровождалось формированием обширного некроза кожи. Кроме того, эта пациентка самостоятельно и бесконтрольно принимала варфарин, что привело к значительной кровоточивости тканей. Ей проводились тампонада и пассивное дренирование полости, после очищения раны - кожная пластика.

Из 12 пациентов с забрюшинными гнояниками с выздоровлением и улучшением были выписаны 9. Пациентка с распадающимся метастазом была выписана для проведения симптоматической терапии под наблюдение онколога по месту жительства. Умерли больная 70 лет, страдающая сахарным диабетом типа II с обширной забрюшинной флегмоной, от развившегося профузного аррозийного кровотечения из подвздошных сосудов, а также больная 40 лет с сахарным диабетом типа II, у которого были диагностированы остеомиелит головки бедра, обширная параартикулярная флегмона, тяжелый сепсис: тазовая забрюшинная флегмона, гнойное воспаление правого грудиноключичного сочленения, медиастинит, поражение клапанов сердца, - от полиорганной недостаточности. Летальность составила, таким образом, 5%.

### **Заключение**

Таким образом, забрюшинные флегмоны и абсцессы могут осложнять течение различных заболеваний органов, расположенных в забрюшинной клетчатке или граничащих с ним, а также возникать как пиемические отсева. Из клинических симптомов наиболее постоянными являются боли в спине и повышение температуры. Рентгеновская компьютерная томография и магнитно-резонансная томография являются наиболее достоверными методами диагностики гнойных образований в забрюшинном пространстве и особенно в малом тазу и должны выполняться всем больным с лихорадкой, болями в поясничной области даже при отрицательных данных УЗИ. Дренирование двухпросветными трубками или сквозное дренирование с проточным промыванием вместе с адекватной терапией основного заболевания позволяет успешно излечивать гнойные процессы в забрюшинном пространстве.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Войно-Ясенецкий В.Ф. Очерки гнойной хирургии. М: Бином 2004.
2. Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. М: Медицина 2016.
3. Гостищев В.К., Шалчкова Л.П. Гнойная хирургия таза: руководство для врачей. М: Медицина 2020.
4. Гостищев В.К. Инфекции в хирургии: руководство для врачей. М: ГЕОТАР-медиа 2017.

**Поступила 10.09.2023**