



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет» Мини-
стерства здравоохранения Российской Федерации
Образовательная программа
специальность
31.05.01 Лечебное дело
(уровень специалитета)
Кафедра госпитальной хирургии

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ
КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ
«Госпитальная хирургия,
детская хирургия»
МОДУЛЬ
«Госпитальная хирургия»

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

к практическому занятию
для студентов VI курса лечебного факультета

Тема: Хирургическая инфекция.

“Утверждаю”
Зав. кафедрой, профессор

С.С. Маскин

“ 02 ” _____ июля _____ 2018 г.

протокол кафедрального совещания № _13_

Волгоград, 2018 год.

ЦЕЛЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

На основании ранее полученных знаний анатомии, нормальной и патологической физиологии, биохимии, патологической анатомии и других дисциплин научить студентов диагностике, дифференциальному диагнозу, методам консервативного и оперативного лечения больных с хирургической инфекцией.

ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Разобрать следующие вопросы:

- 1). Понятие о хирургической инфекции.
- 2). Классификация хирургической инфекции: острая гнойная (аэробная), острая анаэробная, анаэробная неклостридиальная специфическая. Понятие о смешанной инфекции.
- 3). Местные и общие признаки гнойно-септических заболеваний.
- 4). Гнойно-резорбтивная лихорадка.
- 5). Современные принципы профилактики и лечения гнойных заболеваний.
- 6). Местное неоперативное и оперативное лечение.
- 7). Общие принципы техники оперативных вмешательств.
- 8). Современные методы обработки гнойного очага и способы послеоперационного лечения.
- 9). Общее лечение при гнойных заболеваниях: региональная антибактериальная терапия, иммунотерапия, комплексная инфузионная терапия, гормоно- и ферментотерапия, симптоматическая терапия.
- 10). Сепсис. Понятие, виды. Этиология и патогенез. Представление о входных воротах, роли макро- и микроорганизмов в развитии сепсиса. Клинические формы и клиническая картина сепсиса. Диагностика сепсиса. Лечение сепсиса: хирургическая санация гнойного очага, общая заместительная и корригирующая терапия.

I. МОТИВАЦИЯ ЦЕЛИ:

В настоящее время 35-40% больных хирургического профиля составляют пациенты с гнойно-воспалительными заболеваниями. Послеоперационные гнойные осложнения развиваются в среднем у 30% больных (от 2 до 70% - в зависимости от характера заболевания). В общей структуре летальности в хирургических стационарах количество смертных случаев в связи с инфекционными осложнениями достигает 42-60%.

Гнойная инфекция бывает общей и местной. Общая (генерализованная) инфекция включает в себя различные формы сепсиса; под местной хирургической инфекцией понимают нагноение ран, а также локализованные формы различных острых и хронических гнойно-воспалительных заболеваний (абсцесс, флегмона, мастит и т. д.). С учетом локализации местного процесса гнойная хирургическая инфекция проявляется в виде поражений кожи и подкожной жировой клетчатки, шеи, грудной стенки, плевральной полости, легких, средостения (медиастинит, перикардит), органов брюшной полости и брюшины, органов таза и т. д.

С учетом характера возбудителя (по этиологическому принципу) различаются виды гнойной хирургической инфекции:

1. Анаэробная моноинфекция: 1) грамположительная (стафилококковая; стрептококковая; пневмококковая; тифопаратифозная);
- 2) грамотрицательная (синегнойная; колибациллярная; протейная; менингококковая; гонококковая).

Анаэробная моноинфекция: 1) клостридиальная, 2) неклостридиальная.

Смешанная инфекция: 1) аэробно-аэробные ассоциации, 2) анаэробно-анаэробные ассоциации, 3) аэробно-анаэробные ассоциации.

Возможность развития гнойной хирургической инфекции, направленность дальнейшего течения гнойно-воспалительного процесса и его исход определяются совокупным взаимодействием трех основных факторов, к ним относятся:

возбудитель инфекции (вид микроба, его вирулентность, доза);
защитные (неспецифические и специфические) реакции организма, ответственные за его сопротивляемость;

состояние «входных ворот» инфекции (локализация, степень повреждения тканей, состояние локальной микроциркуляции и др.), влияющее на исход взаимодействия инвазии (попадания) и резистентности (сопротивления).

Клинике-бактериологическая характеристика современных возбудителей гнойной хирургической инфекции:

1. Стафилококки (*Staphylococcus*) - неспорообразующие грамположительные аэробные кокки. Различают 3 вида: *staphylococcus aureus*, *epidermidis*, *saprophyticus*. Высокая патогенность возбудителя обусловлена его выраженной ферментативной активностью. Распространение в тканях стафилококка обеспечивается за счет продукции гиалуронидазы, разлагающей основное вещество соединительной ткани. Благодаря выраженной коагуляционной активности стафилококки обладают свойствами свертывать фибрин и оседать в тканях, что в 96% случаев приводит к образованию пиемических очагов.

Клинически стафилококковая инфекция обычно проявляется в виде локализованных ограниченных воспалительных очагов с обильным густым желтоватого цвета гнойным отделяемым, практически без запаха с четко выраженной линией разграничения между зоной поражения и окружающими здоровыми тканями.

Наиболее активным антибиотиком по отношению к стафилококку оказался гентамицин (чувствительность сохранили 89,9% штампов), левомицетин (81%) и ристомицин (90,1%).

В последнее время чаще стафилококки обнаруживаются не в монокультуре, а в ассоциациях с другой патогенной микрофлорой.

2. Стрептококки (*streptococcus*) - аэробные грамположительные кокки двух видов (*streptococcus pyogenes*, *a.pneumoniae*). Главным фактором патогенности является их гемолитическая активность.

Клиническая картина стрептококковой инфекции характеризуется поражением собственно кожи в форме целлюлита с минимальным скоплением жидкого желтоватого (сукровистого) цвета гноя в очаге поражения, а также быстрое распространение инфекции по лимфатическим путям (гнойный лимфангоит). Гнойные заболевания, вызванные стрептококками, имеют склонность к рецидивированию, отмечается упорство их течения, резистентность к антибиотикам.

3. Кишечная палочка (*Escherichia coli*) является условно-патогенной грамотрицательной бактерией, не образующей спор. Постоянные формы *E. coli* выделяют эндо- и экзотоксин, с действием которых связаны возможность генерализации инфекции, развитие эндотоксического шока

Наиболее активными препаратами в отношении кишечной палочки являются гентамицин (чувствительность 81,4% штаммов) и полимиксин (74,3%)

Местный гнойный процесс, вызываемый эшерихиями, не имеет столь четкого отграничения от окружающих тканей, склонен к распространению по подкожной клетчатке с образованием затеков и «карманов» Гной сероватого цвета, часто с ржавым оттенком и более жидкий по консистенции, чем в случаях стафилококковой инфекции Запах неприятный, но не столь резко выраженный, как при инфицировании очагов

4 Колиформные бактерии - группа грамотрицательных палочек, включающая в себя род *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Serratia*, по своим биологическим свойствам и клинической значимости эта группа условно-патогенных микробов близка к *E. coli*

Наибольшей активностью в отношении клебсиелл обладают лишь полимиксин и гентамицин (соответственно 84,8 и 48,9% чувствительных штаммов), канамицин и мономицин (21-23%), к пенициллину, эритромицину, олеандомицину 85-90% штаммов клебсиелл проявляют устойчивость.

5. Протей (*Proteus*) - род грамотрицательных аэробных палочек. Он, как правило, участвует в смешанных инфекциях, являясь «вторичным» возбудителем (суперинфекцией), т.е. осложняет гнойный процесс, уже вызванный стафилококками или эшерихиями. Клиническая картина характеризуется преватированием в ране некробиотического процесса, прогрессирующего больше всего за счет поражения клетчатки. Чаще обнаруживается небольшое гнойное отделяемое из раны без характерного запаха, однако нередко отделяемое раны имеет гнилостный характер.

6 Палочка сине-зеленого гноя (*Pseudomonas aeruginosa*) - грамотрицательный микроб. Обычно «наслаивается» на раневой процесс (суперинфекция), вызванный грамотрицательными кокками, которых она вытесняет из раны, улучшая условия своего существования. Характерна окраска содержимого ран, пораженных *Pseudomonas aeruginosa*, и повязки в сине-зеленый цвет за счет красящего пигмента пирроцинина, продуцируемого возбудителем. Клинически рана приобретает вид некротической язвы, покрытой зеленовато-желтыми наслоениями, участками некроза и вялыми грануляциями.

Культуры палочки высокочувствительны лишь к аминогликозидам - к гентамицину - 82,6%, к сизомицину и тобрамицину около 90% чувствительность к диоксидину составляет около 60%.

7 Анаэробная микрофлора в последние годы становится все более частым возбудителем гнойной хирургической инфекции. Доказано, что анаэробные возбудители (особенно неклостридиальные) не менее чем в 70% случаев участвуют в развитии инфекционных гнойных очагов в брюшной полости, мягких тканях и костях. Сложность диагностики раневых инфекций с участием анаэробов связана с участием в них как анаэробных, так и аэробных возбудителей.

А. Анаэробная клостридиальная инфекция.

Клостридии - это грамположительные спорообразующие палочки-токсикообразователи. Возбудитель *Clostridium tetani*. Наибольшее значение среди клостридий имеют *C. perfringens*, *C. oedematiens*, *C. septicum*, *C. histolyticum*. Они чаще вызывают заболевание в сочетании друг с другом или в сочетании с гноеродными микробами - стрептококками, стафилококками. Для газовой гангрены характерна тяжелая интоксикация, обусловленная как продуктами распада тканей, так и бактериальными токсинами. Клинически рана имеет специфические изменения, поверхность ее приобретает безжизненный вид и покрывается грязно-серым налетом. Резко уменьшается количество отделяемого, цвет которого может быть от светло-желтого до грязно-серого, а запах неприятный, сладковато-гнилостный. Кожные покровы вокруг раны становятся напряженными и бледными. Пальпаторно в ряде случаев может определяться симптом подкожной крепитации.

Из антибактериальных средств до сих пор клостридии чувствительны к высоким дозам пенициллина (30-60 г/сут). Альтернативными препаратами могут служить левомецетин, клиндамицин и особенно метронидазол.

Б. Анаэробная неклостридиальная инфекция.

Неклостридиальные (или аспорогенные) анаэробы так же, как и клостридиальные микроорганизмы, являются частью микрофлоры организма человека и относятся к условно-патогенным бактериям. Они локализуются преимущественно в полости рта, верхних дыхательных путях и особенно в толстой кишке, где их количество достигает 10^{10} - 10^{12} на 1 г фекалий.

По существующей в настоящее время классификации в группу неклостридиальных анаэробов включены:

Грамположительные анаэробные кокки *Peptococcus*, *Peptostreptococcus*, *Sarcina*, *Rumococcus*. В развитии раневой инфекции принимают участие, как правило, первые два вида. Грамотрицательные анаэробные кокки (*Vibrio parvula* и другие ее виды). Степень их участия в развитии раневых инфекций в настоящее время остается невыясненной.

Грамположительные анаэробные палочки (бактерии) представлены видами *Eubacterium*, *Bifidobacterium*, *Arachnia*, *Actinomyces*, *Propionibacterium*. Они спорадически высеваются

из гнойных ран.

Грамотрицательные анаэробные палочки (бактерии). К ним относятся ряд бактериоидов, включающий более 30 видов, из которых наибольшее значение имеют *B. fragilis* и *B. melaninogenicus*, род фузобактерий (*Fusobacterium*), включающий 16 видов; род *Liptotrichia* и др. Наиболее важную роль в развитии анаэробной неклостридиальной инфекции отводят бактериоидам в силу частоты их выделения из гнойных очагов и особой тяжести вызываемых ими процессов.

Клинически анаэробная неклостридиальная инфекция может проявляться как экстраинтестинальные абсцессы, флегмоны, трещины половых органов, сепсис.

При ревизии раны или очага инфекции мягких тканей отмечается тусклый цвет кпечтатки с превалированием в ней некробиотических процессов: поверхность покрыта грязно-серым или буроватым налетом, обнаруживается некроз фасций и апоневроза. Отделяемое не столь обильно, как при аэробных процессах, мутное и жидкое (водянистое), грязно-серого или буроватого цвета; нередко с пузырьками газа (пенящееся) или с включениями жировых капель и крошковидных масс. Запах крайне неприятный. Объем поражения тканей значительно превышает по размерам площадь измененной кожи. Ткани при разрезе сравнительно мало кровоточат. Мышцы тусклого вида. Но обычно сохраняют жизнеспособность в отличие от газовой инфекции. Четкие границы между здоровыми и инфицированными тканями отсутствуют, характерно образование «карманов» и затеков.

Наиболее активными препаратами в отношении неклостридиальных анаэробов являются производные нитроимидазола (метронидазол, тинидазол), диоксидин, клиндамицин. К этим препаратам чувствительность *B. fragilis* составляет 100%.

Хирургический сепсис

Сепсис - это проявление системной воспалительной реакции в ответ на микробную агрессию (Савельев В.С., 2003).

Он считается наиболее тяжелой формой гнойно-септических заболеваний.

За последние 50 лет частота сепсиса в большинстве стран возросла более чем в 10 раз. Показатели летальности достаточно высоки и достигают 30-40%, возрастая при септическом шоке до 80-90% (Завада Н.В. и соавт., 2003; Савельев В.С. и др., 2004; Светухин А.М. и др., 2004).

Согласно международной классификации (R. Bone, 1991), выделяют следующие формы септических состояний: инфекционный процесс, бактериемия, синдром системного воспалительного ответа, сепсис, тяжелый сепсис, септический шок, синдром полиорганной недостаточности.

- Бактериемия – состояние, характеризующееся присутствием жизнеспособных бактерий в системном кровотоке организма.
- Синдром системного воспалительного ответа (ССВО, SIRS) – неспецифическая генерализованная реакция организма в ответ на тяжелую травму, инфекционный процесс или другие стресс-реакции.

Диагноз ССВО устанавливается при наличии двух и более следующих клинических симптомов:

1. температура тела $> 38\text{ }^{\circ}\text{C}$ или $< 36\text{ }^{\circ}\text{C}$
 2. частота сердечных сокращений > 90 в минуту
 3. частота дыхания (тахипное) > 20 в минуту или $\text{pCO}_2 < 32$ мм.рт.ст.
 4. количество лейкоцитов периферической крови $> 12 \times 10^9/\text{л}$ или $< 4 \times 10^9/\text{л}$ (или не менее 10% незрелых клеток) - лейкопения.
- Сепсис – это состояние, при котором наблюдается не менее двух признаков ССВО при наличии инфекционного очага (выявляемого клинически или подтвержденного бактериологически, но не обязательно с наличием бактериемии).
 - Тяжелый сепсис - сепсис в сочетании с проявлениями полиорганной недостаточности, перфузионными нарушениями (ацидоз, нарушение сознания, лактатемия) и артериаль-

ной гипотензией, корригирующихся с помощью средств и методов интенсивной терапии.

- Септический (инфекционно-токсический) шок – тяжелый сепсис, при наличии синдрома гипоперфузии, гипоперфузии и падения систолического артериального давления ниже 90 мм.рт.ст. (или на 40 мм.рт.ст. ниже обычного), несмотря на проводимую интенсивную инфузионную инотропную и вазопрессорную поддержку.
- Синдром полиорганной недостаточности – симптомокомплекс острых нарушений функций органов и систем, при котором организм не способен самостоятельно стабилизировать возникшие в них изменения.

Классификация сепсиса (Гостищев В.К., 1997):

I. По этиологии:

- Стафилококковый
- Стрептококковый
- Пневмококковый
- Гонококковый
- Колибациллярный
- Анаэробный
- Смешанный

II. По источнику:

- Раневой
- При внутренних болезнях (ангина, пневмония и др.)
- Послеоперационный
- Криптогенный

III. По локализации первичного очага:

- Гинекологический
- Урологический
- Отогенный
- Одонтогенный
- Абдоминальный
- Ангиогенный

IV. По клинической картине:

- Молниеносный
- Острый
- Подострый
- Рецидивирующий
- Хронический

V. По времени развития:

- Ранний (развившийся до 10-14 дней с начала болезни или момента повреждения)
- Поздний (развившийся позже 2 нед.)

VI. По характеру реакции организма больного:

- Гипоергическая форма
- Нормергическая форма
- Гиперергическая форма

Алгоритм диагностики

Симптомы:

- повышение температуры тела,
- озноб; отсутствие аппетита;
- изменение психического состояния больного (эйфория, апатия);
- гиперемия лица;

- бледность кожных покровов;
- желтуха;
- петехиальные кровоизлияния на коже внутренних поверхностей предплечий и голени;
- тахикардия; тахипноэ; гипотония и др.

Обязательно:

- Лабораторное исследование: общий анализ крови и мочи (нейтрофильный лейкоцитоз; анэозинофилия; анизоцитоз, пойкилоцитоз; анемия; повышение СОЭ; бактериемия и др).

Микробиологическое исследование:

- Обнаружение возбудителя сепсиса и его идентификация – бактериемия (кровь из вены должна забираться на высоте температурного пика во время озноба не менее 5-6 раз с интервалами 2 часа и засеиваться в две колбы).
- Выявление и оценка первичного очага.
- Оценка состояния антиинфекционных защитных механизмов
- Анализ проявлений ССВО (SIRS) и оценка его типовых особенностей
- Выявление полиорганной недостаточности и ее оценка
- Определение интегрального показателя тяжести состояния больных

Среди систем оценки тяжести состояния больных хирургическим сепсисом наибольшее распространение в клинической практике получили шкалы APACHE-II, III и SAPS-I, II (основаны на анализе объективных клинических и лабораторных данных и позволяют с высокой степенью вероятности рассчитать прогноз заболевания и оценить эффективность того или иного лечения).

Тактика ведения и принципы лечения

Хирургическое лечение:

- Широкое вскрытие гнойника, радикальное иссечение всех нежизнеспособных тканей (некрэктомия) с полноценной ревизией раны.
- Методы физико-химического воздействия на раневую поверхность: пульсирующая струя антисептиков; создание отрицательного давления в ране (более эффективное удаление экссудата, стимуляция местного крово- и лимфообращения); ультразвуковая кавитация раны (усиление ее санации, более полная эвакуация раневого отделяемого, повышение эффективности местного антимикробного воздействия); излучение лазера для фотостерилизации раны; дренирование гнойных ран с использованием активных систем (вакуум-дренирование по Редону, плюс вакуумирование раны /проточно-аспирационный раневой диализ по Каншину/).
- Местное лечение гнойной раны с учетом фазы воспалительного процесса:

В 1 фазе (воспаление): водорастворимые мази на основе полиэтиленоксидов («Диоксиколь», «Левосин», «Левомиколь», «Сульфамеколь», «Фламазин», «Сульфамилон», 5-% диоксидиновую и мафенидовую мази). Местно - протеолитические ферменты: трипсин, химотрипсин.

Во 2 фазу (регенерации): вальнеросорбция (аппликационная раневая сорбция) - препараты на основе декстранов в виде порошка (дебризан, иммоген, гелевин, белосорб-2), производные лигнина (полифепан).

В 3 фазе (организации рубца и эпителизации): водорастворимые мази на основе полиэтиленгликоля М 400; мазевые композиции на вазелиновой основе, а также на основе природных масел (облепихового – «Олазоль», шиповника - «Кароталин», пихтового – «Абиелин», коланхоэ и др.); экстрагенов, содержащих животные коллагеновые и белковые субстанции (солкосерил, актовегин); препараты на основе синтезированных аминокислот и микроэлементов; мази комплексного действия – «Камбутек», «Альгипор», «Левомитоксид».

Общее лечение:

- Иммуномониторинг с иммунокоррекцией (только после радикального устранения источника сепсиса и главных источников эндогенной интоксикации)
 - Респираторная поддержка
 - Коррекция нарушений гемодинамики
 - Интро- и экстрокорпоральные методики детоксикации: энтеросорбция, плазмоферез, плазмасорбция, гемосорбция, лимфосорбция, непрямо́е электрохимическое окисление крови, гипербарическая оксигенация, ультрафиолетовое облучение крови (УФО) и др.
 - Антимедиаторная терапия.
 - Коррекция нарушений гомеостаза, кислотно-щелочного и водно-электролитного обмена, микроциркуляторных изменений.
 - Деконтаминация кишечника (через трансназальный зонд кишечника вводят тобрамицин, полимиксин, амфотерицин на 500 мл 5% раствора глюкозы 4 раза в сутки).
 - Профилактика и лечение ДВС-синдрома.
 - Парентеральное питание (проводится по показаниям).
 - Раннее энтеральное зондовое питание (через 8-12 часов после операции) основной способ профилактики развития микробной транслокации и кишечной эндотоксемии.
- Антимикробная терапия хирургического сепсиса.
- Высокой эффективностью при лечении хирургического сепсиса обладают карбапенемы – тиенам (имипенем/цилостатин) и меронем (несмотря на высокую стоимость, их применение экономически более выгодно, чем использование лекарственных комбинаций).
- Длительность антимикробной терапии без изменения комбинации антибиотиков (или монотерапии), как правило, составляет 7-10 дней.

I. II. ПЛАН ЗАНЯТИЯ /300 мин./:

Практическое занятие включает в себя:

1. Вводное слово преподавателя – 5 мин.
2. Посещение утренней врачебной конференции – 25 мин.
3. Обход с курацией больных (в т.ч. больных перед операцией) – 30 мин.
4. Формирование навыков, умений обследования больного с данным заболеванием (клинический разбор по теме занятия) – 30 мин.
5. Работа в перевязочной, операционной, процедурном кабинете; ознакомление и принятие участия в работе лечебно-диагностических подразделений стационара /расшифровка рентгенограмм, томограмм, протоколов ФГДС и УЗИ, лабораторных данных и т.д./ - 90 мин.
6. Опрос студентов по теме занятия (60 мин.)
7. Итоговый контроль знаний, подготовка к экзаменам (письменное тестирование, решение ситуационных задач) – 50 мин.
8. Заключительное слово преподавателя (резюме) – 10 мин.

III. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ:

1. Занятие проводится в учебной комнате – проверка исходного, текущего уровня знаний, оценка самостоятельной подготовки студентов по контрольным вопросам, тестам, клиническим задачам с использованием рекомендуемой литературы, таблиц, слайдов, макетов, муляжей и тренажеров.
2. В аудитории или лекционном зале – показ видеофильмов по изучаемым темам, участие в распределении операций на неделю, конференциях, утренних врачебных рапортах и т.д.
3. В палате с докладом студентами курируемого больного(ых) /клинический разбор больного).
4. В перевязочной, операционной, процедурном кабинете.

IV. ОТРАБОТКА УЧЕБНО-ЦЕЛЕВЫХ ВОПРОСОВ И ЗАДАНИЙ:

Студенты должны научиться и овладеть следующими учебно-целевыми вопросами:

- Топографическая анатомия при данном заболевании(ях).
- Клинические формы и симптоматология заболевания(й).
- Методы обследования больных.
- Показания к применению специальных методов исследования больных.
- Основы построения диагноза.
- Принципы проведения дифференциального диагноза.
- Выбор правильного метода лечения /оперативного или консервативного/.
- Хирургическая тактика и характер оперативного вмешательства.
- Ведение больных в послеоперационном периоде и профилактика осложнений.

V. ПРОВЕРКА УСВОЕННЫХ ЗНАНИЙ:

1. Расскажите о хирургической инфекции.
2. Классификация хирургической инфекции: острая гнойная (аэробная), острая анаэробная, анаэробная неклостридиальная специфическая. Понятие о смешанной инфекции.
3. Каковы местные и общие признаки гнойно-септических заболеваний.
4. Что такое гнойно-резорбтивная лихорадка.
5. Каковы современные принципы профилактики и лечения гнойных заболеваний.
6. Как применяется местное неоперативное и оперативное лечение.
7. Назовите общие принципы техники оперативных вмешательств.
8. Расскажите про современные методы обработки гнойного очага и способы послеоперационного лечения.
9. Общее лечение при гнойных заболеваниях: региональная антибактериальная терапия, иммунотерапия, комплексная инфузионная терапия, гормоно- и ферментотерапия, симптоматическая терапия.
10. Каковы клинические формы и клиническая картина сепсиса.
11. Расскажите про лечение сепсиса: хирургическая санация гнойного очага, общая заместительная и корригирующая терапия.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература.

1. Хирургические болезни / Под редакцией М.И. Кузина / Издательство: Медицина 2005 г. 784 стр.
2. Хирургические болезни (комплект из 2 книг + CD-ROM) / Под редакцией В.С. Савельева, А.И. Кириенко / Издательство: ГЭОТАР-Медиа 2009 г. 1008 стр.
3. Алгоритмы диагностики и принципы лечения основных urgentных хирургических заболеваний / Под редакцией Г.И. Жидовинова, С.С. Маскина / Издательство ВолгГМУ 2010 г. 164 с.

Дополнительная литература.

1. Войно-Ясенецкий В. Ф. Очерки гнойной хирургии. М.: Медгиз, 1956 544 с.
2. Колете А. П., Столбовой А. В., Кочероев В. И. Анаэробная инфекция в хирургии. Л.: Медицина, 1989. 160 с.
3. Кулешов Е. В., Кулешов С. Е. Сахарный диабет и хирургические заболевания. М.: Воскресенье. 1996. 216 с.
4. Маслов В. И. Малая хирургия. М.: Медицина, 1988. С. 62-122.
5. Островерхое Г. Е., Бомаш Ю. М., Лубоцкий Д. Н. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Курск: АЛ - Курск; Москва АОЗТ «Литера», 1995.
6. 243
7. Лыковский Д. Л., Кукош М. В. Конспект-справочник по частной и военно-

- полевой хирургии Нижний Новгород НГМА. 1995. С. 53-55.
8. Попкиров С. Гнойно-септическая хирургия. София: Медицина и физкультура 1977 502 с. '
 9. Раны и раневая инфекция / Под ред. Н. И. Кузина, Б М Костюченко. М : Медицина, 1990. 592 с.
 10. Рылюк А. Ф. Топографическая анатомия и хирургия органов брюшной полости. Минск. Высшая школа, 1995. 320 с.
 11. Справочник по неотложной хирургии / Под ред. В. Г. Астапенко. Минск Беларусь, 1985. С. 297-332.
 12. Теория и практика местного лечения гнойных ран / Под ред. Б. М. Даценко. Киев: Здоровья, 1995. 354 с.
 13. Чергнъко М. П Справочник хирурга поликлиники. Киев. Здоровья, 1990. 304 с
 14. Черкасов В. Л. Рожа. М. Медицина, 1986. 200 с.
 15. Шмитт В., Хартиг В., Кузин М И. Общая хирургия. М - Медицина, 1985. Т 1 368 с.