

## Введение

гнойный воспалительный хирургический перитонит

Актуальность рассмотренной проблемы в этой теме очень часто встречается в наше время. Заболевания брюшной полости встречаются почти у каждого человека, и их осложнения приводят к неотложной хирургии брюшной полости, оно является одним из наиболее актуальных, ответственных и сложных направлений в хирургии. Пациенты с «острым животом» - основной контингент поступающих в стационар по экстренным показаниям.

Последние десятилетия ознаменовались достаточно бурным развитием хирургии в целом, в том числе и экстренной абдоминальной хирургии. В клиническую практику внедрены новые методы диагностики, хирургических вмешательств, а также малотравматичные лечебные технологии.

В данной курсовой работе будут рассмотрены вопросы, связанные с участием медицинской сестры при уходе за больным с гнойно-воспалительными заболеваниями органов брюшной полости.

Объект исследования:

- Больной с гнойно-воспалительными заболеваниями брюшной полости.

Предмет исследования:

- Роль медицинской сестры в процессе лечения и ухода за больным.

Цель:

- Изучить роль медицинской сестры при уходе за пациентом с гнойными заболеваниями органов брюшной полости.

Задачи:

- Рассмотреть организацию работы хирургического отделения
- Узнать что из себя представляет гнойное заболевание брюшной полости, какие они бывают (этиология, клиника, классификация)
- Уход за больным при любом гнойном заболевании;

### 1. Гнойные заболевания органов брюшной полости

#### 1.1 Этиология, клиника, классификация, гнойно-воспалительных заболеваний органов брюшной полости

Абсцесс брюшной полости - ограниченный гнойник в брюшной полости, заключенный в пиогенную капсулу. Особенности клиники зависят от локализации и величины гнойного очага; общими проявлениями абсцесса брюшной полости служат боль и локальное напряжение мышц живота, лихорадка, кишечная непроходимость, тошнота и др.

В широком смысле к абсцессам брюшной полости оперативная гастроэнтерология относит внутрибрюшинные (интраперитонеальные), забрюшинные

(ретроперитонеальные) и интраорганные (внутриорганные) абсцессы. Внутрибрюшинные и забрюшинные гнойники, как правило, располагаются в области анатомических каналов, карманов, сумок брюшной полости и клеточных пространствах ретроперитонеальной клетчатки. Внутриорганные абсцессы брюшной полости чаще образуются в паренхиме печени, поджелудочной железы или стенках органов.

Пластические свойства брюшины, а также наличие сращений между ее париетальным листком, сальником и органами, способствуют отграничению воспаления и формированию своеобразной пиогенной капсулы, препятствующей распространению гнойного процесса. Поэтому абсцесс брюшной полости еще называют «отграниченным перитонитом». [4]

Классификация абсцессов брюшной полости

По ведущему этиофактору различают микробные (бактериальные), паразитарные и некротические (абактериальные) абсцессы брюшной полости.

В соответствии с патогенетическим механизмом выделяют посттравматические, послеоперационные, перфоративные, метастатические абсцессы брюшной полости. По расположению относительно брюшины абсцессы брюшной полости делятся на забрюшинные, внутрибрюшинные и сочетанные; по количеству гнойников - одиночные или множественные.

По локализации встречаются поддиафрагмальные, межкишечные, аппендикулярные, тазовые (абсцессы дугласова пространства), пристеночные и внутриорганные абсцессы (внутрибрыжеечные, абсцессы поджелудочной железы, печени, селезенки).

Гнойный аппендицит - острое гнойное воспаление червеобразного отростка. Это понятие объединяет наиболее тяжелые формы острого деструктивного аппендицита. При гнойном аппендиците симптомы в начале заболевания могут не отличаться от описанных в более легкой форме.

Кроме своеобразия в клинической картине, течении, патологоанатомических изменениях, эти формы аппендицита чреваты серьезными осложнениями, особенно при ошибочной диагностике и неправильном лечении. Позднее заболевание принимает более тяжёлое течение. Температура не снижается, а приобретает ремиттирующий или интермиттирующий характер. Нарастает лейкоцитоз. [6]

Гнойная форма аппендицита отмечена у 60,8% больных. Аппендицитом чаще страдают в возрасте 20 - 35 лет. Летальность при гнойном аппендиците 0,38%. Среди лиц преклонного возраста летальность значительно выше - 2,6%. Поэтому аппендицит у пожилых гнойной формы имеет особое значение. До настоящего времени этиология и патогенез аппендицита остаются предметом изучения.

В классификации, принятой большинством практических хирургов, все формы острого аппендицита, за исключением катарального, относятся к гнойному аппендициту:

- катаральный;
- флегмонозный (с прободением и без него);
- гангренозный (с прободением и без него);
- аппендикулярный инфильтрат (с нагноением и без него).

Укажем на некоторые обстоятельства, играющие роль в развитии заболевания: обилие лимфатической ткани в отростке, слабое кровоснабжение концевой его отдела, наличие узкого извитого просвета, перегибы, варибельность расположения. Микробы могут проникнуть в отросток лимфогенным, гематогенным и особенно часто энтерогенным путем. Флора при гнойном аппендиците полимикробная. При гангренозных, прободных аппендицитах очень часто встречаются анаэробные микроорганизмы. Однако наличие микробов и механическое повреждение слизистой оболочки не определяют развитие заболевания. Большую роль играет расстройство питания стенки отростка.

Гематогенный путь возможен при метастазировании микробов из отдаленного гнойного очага (миндалин), лимфогенный путь - из близко расположенных органов (придатки матки). Определенное значение имеют причины, способствующие застою слизи и повреждениям слизистой оболочки (перегибы отростка, каловые камни, инородные тела, глисты).

Они ведут к закупорке просвета отростка при повышенном секретоотделении, атонии мышечного слоя, растяжению слизистой оболочки, расстройству ее питания и снижению ее сопротивляемости. Эти изменения при наличии вирулентной флоры в просвете отростка ведут к развитию воспалительного процесса. Энтериты и колиты как факторы, ослабляющие сопротивляемость больного, его кишечной стенки, могут играть известную роль в возникновении аппендицита. [7]

В развитии деструктивных форм аппендицита играют роль аллергические реакции при сенсибилизации организма белковой пищей. Большое значение в развитии заболевания имеет общее состояние организма, определяемое главным образом нервно-сосудистыми реакциями, влияющими на трофику, состояние тканей желудочно-кишечного тракта.

Гнойный аппендицит характеризуется распространением воспалительного процесса в подслизистый слой, инфильтрацией всех слоев стенки отростка. В полости отростка появляется слизисто - гнойный выпот, на серозной оболочке - фибринозные наложения.

Перитонит - воспаление париетального и висцерального листков брюшины, которое сопровождается тяжёлым общим состоянием организма.

Этиологией перитонита обычно служит бактериальный возбудитель, например кишечная палочка и патогенные кокки. Условно-патогенная флора участвует в образовании гноя в брюшной полости, иногда встречаются случаи возникновения перитонита, благодаря нескольким бактериальным возбудителям одновременно. Во время перитонита происходит общая интоксикация организма. Брюшинный покров, равный по площади кожному покрову человека, позволяет развиваться нагноительному процессу очень быстро, после чего организм больного наполняется токсинами, что вызывает общую иммунологическую перестройку организма. [11] Начало перитонита сопровождается стойким парезом кишечника, отеком брюшины, а в дальнейшем возникает расстройство гемодинамики со снижением артериального давления. После этого этапа падает белково-образующая функция печени, снижается уровень белка, нарушается его синтез. В крови нарастает

содержание аммония и гликоля. В надпочечниках изменяются клетки, в легких происходит застой крови и отёк, возникает ослабление сердечной деятельности. В нервной системе происходят большие изменения, часто необратимые. Появляется гипокалиемия, адинамия, гиперкалиемия.

В тяжёлой стадии перитонита на фоне интоксикации возможно развитие острой почечной недостаточности, в почечных канальцах скапливается нерастворимый белок, в моче появляются зернистые цилиндры.

Страдает головной мозг, его клетки набухают, увеличивается количество спинномозговой жидкости.

Воспаление брюшины в связи с перитонитом вызывает общую интоксикацию организма, нарушается водный, углеводный и витаминный обмены. Белковое голодание очень острое, происходят изменения в печени и почках, в организме накапливаются промежуточные продукты обмена. [9]

Флегмона желудка - это остро развившееся гнойное воспаление стенки желудка в результате проникновения инфекции в ее толщу через дефект слизистой оболочки, язву, ожог или гематогенным путем при инфекционных заболеваниях.

Различают две формы заболевания - диффузную и ограниченную, или абсцесс. Воспалительный процесс в каждом из этих вариантов начинается с подслизистого слоя. Клинически флегмона желудка характеризуется внезапным началом и появлением сильных болей в верхней половине живота, чаще в подложечной области, прием пищи или жидкости значительно усиливает боль, применение атропина уменьшает ее. Боли могут быть режущие или тупые, грелка не уменьшает болевых ощущений. Помимо болей, для флегмоны желудка характерна многократная рвота желчью. Описано наблюдение, где в рвотных массах содержался гной.

Одновременно с болями и рвотой появляются озноб и высокая температура. Температура в 1-е сутки от начала заболевания достигает 39-40°C, реже она носит субфебрильный характер или совсем не повышается. При флегмоне желудка в начале заболевания наблюдаются как задержка стула и газов, так и поносы. Помимо этого, многие больные жалуются на усиленное слюноотделение, отрыжку, тошноту, мучительную жажду и неприятный запах изо рта. Вследствие развития перитонита быстро нарастают интоксикация и интенсивность болей. Часто больные ложатся на правый бок, что уменьшает боли в подложечной области, при положении больного на левом боку и при принятии им горизонтального положения боли усиливаются. У больных отмечаются нарастающие явления интоксикации - бледность кожных покровов, глухость тонов сердца, тахикардия, частота пульса достигает 100-120 уд. в 1 мин. [14]

Язык вначале чистый, сухой или влажный, а при присоединении перитонита обложен у корня грязноватым налетом. Пальпация живота болезненна в подложечной области, при присоединении перитонита наблюдаются напряжение мышц брюшной стенки и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. В крови отмечается высокий лейкоцитоз (до 20-30x10<sup>9</sup>/л), сдвиг формулы крови влево до юных форм и резкое увеличение СОЭ. Моча мутная, содержит небольшое количество белка, единичные свежие и выщелоченные эритроциты, единичные гиалиновые и

зернистые цилиндры. В крови могут быть повышены цифры креатинина и мочевины, а также молекул средней массы. В желудочном содержимом отмечаются низкая кислотность, большое количество слизи иногда с примесью лейкоцитов, часто высеивается гноеродная микрофлора.

При рентгенологическом исследовании желудка обычно выявляется его высокое расположение, повышение тонуса, задержка в нем контрастирующей массы. Складки слизистой оболочки чаще сглажены, реже отечны, перистальтика соответственно месту локализации флегмонозного процесса отсутствует. Одним из важных рентгенологических признаков является наличие дефектов наполнения в желудке, которые могут менять свое расположение. Некоторые исследователи отмечают, что на обзорной рентгенограмме живота часто можно выявить наличие газов в подслизистой оболочке желудка. Ценные методы исследования - фиброгастроскопия и лапароскопия. Флегмону желудка следует отличать от нагноившейся кисты желудка, которая встречается очень редко и относится к пороку развития.

Нагноившаяся киста желудка в отличие от абсцесса внутри выстлана слизистой оболочкой, а стенка абсцесса - воспалительной грануляционной тканью. При лапаротомии флегмону желудка необходимо отличать от прободения полых органов, гнойно-некротического панкреатита, осложнившегося гнойным оментобурситом с вовлечением в воспалительный процесс большого и малого сальников. Методы лечения флегмоны желудка варьируют от «ничего не делать» до гастрэктомии. Тактика во многом зависит от стадии флегмоны, наличия перитонита и от того, имеется ли гнойное расплавление или абсцесс в стенке желудка и не может ли флегмона быть осложнением опухолевого процесса. По данным литературы, летальность при консервативном лечении составляет 48%, а при оперативном - 20%.

## 1.2 Диагностика гнойно-воспалительных заболеваний органов брюшной полости

Включает анамнестические данные, клинико-лабораторные исследования (общеклинические и биохимические). Следующие неинвазивные методы обследования:

- рентгенологические (-графия; -скопия; -томография);
- КТ, МРТ;
- УЗИ;
- ФГДС.

При трудностях в диагностике острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости применяются инвазивные методы:

- ангиография;
- видеоэндоскопия;
- лапароскопия.

## 2. Роль медицинской сестры при уходе за пациентом с гнойно-воспалительными заболеваниями органов брюшной полости

### 2.1 Организация работы хирургического отделения

Отделения хирургического профиля должны размещаться в одном корпусе с приёмным покоем, операционным блоком, отделением интенсивной терапии и реанимации, поскольку они функционально зависят друг от друга. Палатные отделения организуются на 60 и более коек. Согласно СНиП (Строительные нормы и правила, 1971), отделения в новых больницах планируются из двух непроходных секций, которые отделяются холлами. В секции должно быть 30 коек. В палатной секции предусматривается: пост дежурной сестры (4 м<sup>2</sup>), процедурная (18 м<sup>2</sup>), перевязочная (22 м<sup>2</sup>), столовая (с числом мест не менее 50% от количества коек), помещение для сортировки и временного хранения грязного белья, предметов уборки (15 м<sup>2</sup>), ванная (12 м<sup>2</sup>), клизменная (8 м<sup>2</sup>), уборная (мужская, женская, для персонала). Наряду с этим в отделении необходимы: кабинет заведующего (12 м<sup>2</sup>), ординаторская (10 м<sup>2</sup> на каждого врача, сверх одного дополнительно 4 м<sup>2</sup>), комната старшей медсестры (10 м<sup>2</sup>), сестры-хозяйки (10 м<sup>2</sup>). В клиниках предусматриваются кабинеты профессора, доцента, ассистентов и учебные комнаты на 10-12 человек.

[16]

Палата - основное место пребывания больного в лечебном учреждении. В палатах хирургического отделения на одну койку отводится 7 м<sup>2</sup>. Большинство палат в секции планируется на 4 койки, 2 - двух коечные палаты, 2 - одно-коечные. Оптимальное число коек в палате - 3. Перед входом в палату планируется шлюз, который предусмотрен как небольшая передняя, где размещены встроенные индивидуальные шкафы больных и вход в туалет, с умывальником, ванной или душем. Палаты оснащаются кроватями металлической конструкции, к которым можно прикрепить штатив для переливания и приспособление для скелетного вытяжения. Большинство кроватей должно быть функциональными. Интерьер палаты дополняется прикроватной тумбочкой, общим столом, стульями, корзиной для бумаг. Температура в палате должна быть на уровне 20°С. Оптимальная влажность воздуха составляет 50-60%, подвижность воздуха около 0,15 м/с. Палаты должны хорошо освещаться естественным светом, ориентация окон не должна быть на север. Соотношение площади окон и пола должна быть 1:6. Предусматривается общее и местное электрическое освещение. У каждой кровати система вызова палатной сестры. [19]

Пост палатной сестры размещают в коридоре так, чтобы обеспечить хороший обзор палат. Пост располагают в центре секции. Он оборудуется шкафами для хранения медикаментов, инструментов, предметов ухода и документации (листы врачебных назначений, передачи дежурств и т.п.).

При размещении больных надо учитывать особенности контингента так, должны быть выделены чистые и гнойные отделения. Это делает лечение более эффективным, а главное предупредит осложнения.

Хирургические отделения следует обеспечить принудительной вентиляцией, а отдельные помещения приточно-вытяжной вентиляцией или кондиционированным воздухом. Помещения хирургических отделений подлежат уборке влажным способом, с использованием дезинфицирующих средств, два раза в день: утром после подъёма больных и вечером перед сном. Один раз в месяц надо проводить

генеральную уборку, с влажной дезинфекцией матрацев и подушек. Ежемесячно надо брать пробы воздуха для бактериологического исследования.

Организация труда медицинского персонала регламентируется «Типовыми правилами внутреннего распорядка», на основании которых составляются правила для различных учреждений в зависимости от их назначения. Каждое хирургическое отделение имеет распорядок дня, который направлен на создание рациональных условий работы медицинского персонала и оптимальных условий для выздоровления больных. [14]

К персоналу хирургического отделения предъявляются особые требования: человеческие качества персонала не менее важны, чем качества их как специалистов. Необходимо безукоризненно выполнять принципы врачебной деонтологии и этики. Деонтология (греч. deon - должное, logos - учение) - совокупность этических и организационных норм выполнения медработниками своих профессиональных обязанностей. Основные элементы деонтологии направлены на создание особого психологического климата в хирургическом отделении. Основной функцией психологического климата в хирургическом учреждении является создание условий для скорейшего, качественного и надёжного выздоровления больных. Из этого вытекают две основные цели:

- минимизировать действие факторов, замедляющих и качественно ухудшающих процесс выздоровления больных;
- максимизировать степень восприятия больными более целесообразного для сохранения здоровья образ жизни.

## 2.2 Предоперационная подготовка при гнойном перитоните. Детоксикационная терапия перитонита

Предоперационная подготовка является необходимым компонентом комплексного лечения гнойного перитонита, преследующим цель снизить уровень интоксикации и стабилизировать основные параметры гомеостаза. Для этого назначают инфузионную терапию, объем которой определяется индивидуально, соответственно возрасту больного, его массе тела, степени гипогидратации и нарушения гемодинамики, уровню токсикоза. Контроль инфузионной терапии осуществляется по показателям гемодинамики, гематокритного числа, электролитов крови и диуреза.

Объем инфузионной терапии составляет в среднем 2-3% от массы тела ребенка (20-30 мл/кг).

Характер инфузионных сред и их соотношение зависят от вида и степени нарушения гомеостаза. При выраженной анемии ( $Hb > 90$  г./л) проводят трансфузию свежей крови. [2]

При неустойчивой гемодинамике, не корригирующейся интенсивной инфузионной терапией, токсическом шоке, выраженной энцефалопатии назначают кортикостероидные гормоны.

Метаболический ацидоз (при уровне стандартного гидрокарбоната плазмы ниже 15 ммоль/л и ВЕ ниже 7 ммоль/л) устраняют внутривенным введением 5% раствора

гидрокарбоната натрия (5-7 мл/кг массы тела) и 10% раствора хлорвда кальция (5 мл 10% хлорида кальция на 50 мл 5% гидрокарбоната натрия). При метаболическом алкалозе вводят диакарб с хлоридом калия.

В программу предоперационной подготовки входит антибактериальная терапия. Назначают комбинацию антибиотиков с максимальным спектром действия в сочетании с метронидазолом. [9]

Нашими исследованиями установлено, что введение ряда иммунокорректирующих препаратов (гипериммунной плазмы, иммуноглобулинов, тимомиметиков) в предоперационном периоде значительно снижает риск оперативного вмешательства и положительно влияет на дальнейшее течение заболевания.

При предоперационной подготовке абсолютно показаны антигистаминные препараты, комплекс витаминов. Большое значение имеет симптоматическая терапия. При поступлении больного производят эвакуацию содержимого желудка и его промывание до чистых вод через зонд.

Продолжительность предоперационной подготовки составляет, как правило, 2-4 ч. Основными задачами детоксикационной терапии являются:

- 1) предотвращение попадания токсинов во внутреннюю среду организма;
- 2) нейтрализация микробных токсинов и эндогенных токсичных продуктов (метаболитов воспаления, иммунных комплексов, продуктов деструкции тканей и др.);

- 3) выведение токсичных продуктов из организма. Первая задача решается хирургическими методами лечения, зондовой декомпрессией и дренированием кишечника, борьбой с парезом кишечника, энтеросорбцией.

Нейтрализация эндогенных токсичных продуктов, являющихся метаболитами воспаления (биогенные амины, продукты активации калликреин-кининовой системы и перекисного окисления), осуществляется назначением антигистаминных препаратов, ингибиторов протеаз, антиоксидантов. С целью связывания циркулирующих токсинов применяют такие инфузионные среды, как гемодез, реополиглюкин, альбумин, протеин и др. (из расчета 10-15 мл/кг массы тела в сутки). Связыванию и нейтрализации токсинов в кишечнике способствует энтеросорбция, которую производят через интубационный зонд.

Для адекватного выведения токсичных веществ прежде всего проводят поддержание функции органов, осуществляющих естественную детоксикацию (печень, почки, кишечник, легкие). Функцию почек стимулируют диуретиками (чаще лазиксом). Активно применяют метод форсированного диуреза. [8]

У 54 больных с осложненным гнойным перитонитом вышеуказанные методы детоксикации оказались практически неэффективными вследствие развития у этих детей симптомов полиорганной недостаточности. Это послужило основанием для проведения им экстракорпоральной детоксикации.

Уход за больными с перитонитом и другими гнойными заболеваниями. В послеоперационном периоде показана дезинтоксикационная терапия: парентеральное введение большого количества жидкости, глюкозы, трансфузии крови, плазмы, гидролизатов, введение антибиотиков и новокаина в брюшную



полость, через дренажи и внутримышечно. Проводят борьбу с легочными осложнениями, сердечнососудистыми расстройствами (банки, горчичники, дыхательная гимнастика, инъекции камфоры, кофеина, кордиамина и др.). Больной находится в постели с приподнятым головным концом. Применяют холод на живот. Принимают меры против метеоризма. [5]

### 2.3 Роль медицинской сестры при уходе за пациентом с перитонитом послеоперационного периода

Лечение больных с перитонитом может быть успешным только при правильном ведении и организации послеоперационного периода. Больного помещают в палату интенсивной терапии, где имеется кислород и можно производить постоянную аспирацию желудочного содержимого через тонкий интраназальный зонд. Перитонеальный диализ в зависимости от баланса вводимой и оттекающей жидкости продолжается от 2 до 4 дней, орошение брюшной полости антибиотиками - до 4-5 дней, после чего дренажи удаляют и заменяют резиновыми (латексные) полосками. Для парентерального питания переливают жировые эмульсии (интерлипид) в сочетании с аминокислотами. Необходимо введение глутаминовой кислоты, хлорида калия (капельно), инсулина для полной утилизации вводимой глюкозы. Проводят коррекцию КОС, электролитных нарушений. Одновременно проводят комплекс мероприятий, направленных на профилактику легочных осложнений (ингаляции, дыхательная гимнастика, микротрахеостомия для стимуляции кашлевого рефлекса, промывание трахеи). [1]

С целью профилактики тромбоэмболических осложнений под контролем показателей свертывающей системы крови назначают антикоагулянты прямого действия (гепарин) в сочетании с введением реополиглюкина, а затем непрямого действия (фенилин).

При длительной тяжелой интоксикации в связи с истощением коры надпочечников назначают преднизолон (90 мг в сутки), гидрокортизон (до 200 мг в сутки).

Для стимуляции кишечника делают паранефральные блокады - по 80 мл 0,25% раствора новокаина с каждой стороны. При гипертермии показано локальное охлаждение (голова, пах), введение жаропонижающих средств. При дыхательной недостаточности больного переводят на длительное управляемое дыхание. В ряде случаев эффективна оксигенотерапия. [12]

Начинать кормить больного можно только после ликвидации пареза желудка и кишечника. Питание должно быть калорийным и разнообразным. Пищу дают небольшими порциями до 6 раз в день, начиная с жидкой и полужидкой. Постепенно рацион расширяют. Больному необходимо проводить гигиенические процедуры, массаж и протирание спины, крестца для профилактики пролежней, лечебную и дыхательную гимнастику, следить за полостью рта.

Швы снимают на 12-14-й день, так как при раннем их снятии возможно расхождение краев раны.

Течение послеоперационного местного перитонита менее тяжелое, однако срок лечения таких больных больше, чем при неосложненном течении основного

заболевания.

## Заключение

Итак, гнойно-воспалительные заболевания органов брюшной полости занимают видное место среди всех хирургических заболеваний. Около 70% операций выполняется по неотложным показаниям.

Медсестра должна помочь врачу в лечении и уходе за пациентом. Так же медсестра помогает в подготовке больного к экстренной операции если она потребуется.

Максимально правильно и грамотно проведенная медсестрой подготовка исключает возможность осложнений, подготавливает жизненно важные органы больного к оперативному вмешательству, создает благоприятный психологический фон, поднимает систему, а все эти факторы способствуют скорейшему выздоровлению больного.

Так же медицинская сестра выполняет ряд манипуляций по уходу послеоперационного больного, максимально и качественно выполнять все процедуры назначенные врачом.

Список используемой литературы

1. Анкудинов Ф.С., Финк К.К., Семёнов Н.В. Комплексное лечение разлитого гнойного перитонита
2. Бебуришвили А.Г., Елистратова Е.Е., Панин С.И. Малоинвазивные технологии в диагностике и лечении послеоперационных абсцессов брюшной полости
3. Белый В.Я. Патофизиологические аспекты и пути патогенетической терапии острого разлитого перитонита
4. Бостанов Х.А., Путятин С.В. Некоторые клинические и гематологические показатели при разных формах острого аппендицита. Клиническая хирургия. 1985.
5. Брискин Б.С., Савченко З.И., Хачатрян Н.Н. и др. Роль иммунокоррекции в профилактике и лечении послеоперационных осложнений
6. Брискин Б.С., Савченко З.И., Хачатрян Н.Н. Особенности иммунных реакций при гнойной инфекции брюшной полости.
7. Брюсов П.Г., Костюченко А.И. Многокомпонентная терапия хирургического сепсиса
8. Буянов В.М., Родоман Г.В., Лаберко Л.А., Коротаяев А.Л. Основные принципы санации брюшной полости при распространенном перитоните
9. Винницкий Л.И., Витвицкая И.М., Попов О.Ю. Иммунная терапия сепсиса миф и реальности Анестезиология и реаниматология
10. Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Бурневич С.З. и др. Антибактериальная терапия осложненных интраабдоминальных инфекций и абдоминального сепсиса
11. Гельфанд Е.Б., Гологорский В.А., Гельфанд Б.Р. Клиническая характеристика абдоминального сепсиса у хирургических больных
12. Горпинюк В.П., Горпинюк Ю.П., Громов В.И. Малоинвазивные вмешательства в хирургии // Тезисы докладов. М.: НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. - 1996.
13. Ермолов А.С., Иванов В.А., Григорян А.Р. и др. Эндолимфатическое введение антибиотиков при хирургических заболеваниях органов брюшной полости

14. Ермолов А.С., Пахомова Г.В., Кифус Ф.В., Мусселиус С.Г., Попова Т.С., Шрамко Л.У. Современные аспекты хирургической тактики лечения перитонита
15. Жидков А.Е., Мытников Д.Э. Опыт лечения перитонита по материалам 321 ОВКГ
16. Здзитовецкий Д.Э. Абсцессы брюшной полости
17. Каншин Н.Н. Послеоперационные гнойные осложнения (клиника, диагностика, профилактика и лечение)
18. Кудрявцев Б.П., Мирошин С.Н., Семенов С.В. Снигоренко А.С.,
19. Сидорович И.А. Озонотерапия распространенного перитонита в раннем послеоперационном периоде
20. Малиновский Н.Н., Савчук Б.Д. Резидуальные абсцессы брюшной полости