

группой сравнения отмечается снижение количества зрелых Т-лимфоцитов, Т-хелперов. Однако зарегистрированные различия показателей оказались статистически недостоверными. При анализе течения отдаленного послеоперационного периода у лиц, ранее перенесших аутолиентрансплантацию, установлена склонность к частым «простудным заболеваниям» в 6% случаев, вовлечение в патологический процесс легких и бронхов – в 32%, склонность к гнойничковым заболеваниям кожи – в 8% наблюдений.

Результаты исследования гуморального звена системы иммунитета, полученные в группе пациентов, перенесших органосохраняющие вмешательства при травме селезенки, представлены в таблице 5, а клеточного звена – в таблице 6.

Данные, представленные в таблицах 5 и 6, свидетельствуют, что показатели клеточного звена системы иммунитета больных основной группы в отдаленном послеоперационном периоде практически не отличаются от аналогичных результатов группы сравнения ($p > 0,05$). В то же время установлено, что в данной группе больных склонность к частым «простудным заболеваниям» отмечена в 3,3% случаев, вовлечение в патологический процесс легких и бронхов – у 13,3% пациентов, склонности к гнойничковым заболеваниям кожи у них не выявлено.

Известно, что изменения иммунного статуса оперированных пациентов сопровождаются определенными изменениями состава микрофлоры организма, что подтверждается результатами бактериологических исследований. При исследовании материала, взятого со слизистой оболочки прямой кишки, во всех изученных группах не зарегистрировано роста патологических микроорганизмов. Отмечен рост только обычных штаммов *E. coli*.

При бактериологическом исследовании материала с кожи передней брюшной стенки у 20 пациентов после спленэктомии выявлен бурный рост *St. epidermalis* (10^6). У остальных 10 обследованных из этой группы результаты посевов не отличались от таковых в группе сравнения (10^3).

Из 20 пациентов после спленэктомии с аутолиентрансплантацией в 8 наблюдениях отмечен рост условно-патогенной микрофлоры. У 9 больных этой группы результаты посевов не отличались от показателей группы сравнения. Еще у трех человек при бактериологическом исследовании роста микрофлоры не отмечено.

При этом у 19 больных, перенесших ОСО, результаты исследования посевов оказались идентичными таковым в группе сравнения. Лишь у одного пациен-

та данной группы зарегистрирован обильный рост *St. epidermalis*.

В посевах материала со слизистой оболочки полости рта роста патогенных микроорганизмов не зарегистрировано. В то же время у всех оперированных отмечен более выраженный рост некоторых представителей условно-патогенной микрофлоры, чем в группе сравнения. Наиболее ярко это проявилось в группе пациентов, перенесших спленэктомию. У 19 из 30 представителей указанной группы отмечен именно такой рост, причем из обнаруженных микроорганизмов преобладал *St. pneumoniae*. Вместе с тем у 11 человек количество полученных колоний не превышало 10^3 .

Исследование микрофлоры слизистой полости рта в шести наблюдениях после аутолиентрансплантации показало чрезмерный рост *St. pneumoniae* (10^6). В остальных случаях бурного роста микроорганизмов не отмечено.

Результаты аналогичного бактериологического исследования в группе больных с сохраненной селезенкой не отличались от показателей в группе сравнения.

Заключение. Таким образом, очевидно, что после удаления селезенки в отдаленном послеоперационном периоде на фоне подавления некоторых показателей иммунного статуса происходит заметный рост условно-патогенной флоры у бывших больных. Поскольку именно у лиц после спленэктомии обнаружена склонность к развитию гнойных заболеваний кожи (фурункулы, панариции) и бронхо-легочных заболеваний (пневмонии, бронхиты), то правомерно утверждение, что это напрямую зависит от снижения иммунного статуса у названного контингента больных. Профилактика развития подобных заболеваний в отдаленном послеоперационном периоде связана с использованием органосохраняющих операций, а при невозможности их выполнения – с дополнением спленэктомии аутолиентрансплантацией.

Библиографический список

1. Виноградов В.В., Денисенко В.И. Гетеротопическая аутолиентрансплантация селезеночной ткани после спленэктомии // Хирургия. 1986. № 2. С. 87-89.
2. Барта И. Селезенка. М.: Медицина, 1976. С. 5-40.
3. Павловский М.П., Чуклин И.Н., Орел Г.Н. Влияние спленэктомии на иммунологическую активность // Хирургия. 1986. № 6. С. 136-141.
4. Агеев А.К. Т- и В-лимфоциты, распределение в организме, функционально-морфологическая характеристика и значение // Архив патологии. 1976. № 12. С. 3-11.
5. Киричук В.Ф. Физиология крови. Саратов, 2002. С. 106.
6. Pate J.W., Peters T.G., Andrews C.R. Postsplenectomy complication / Pate J.W., // Amer. Surg. 1985. Vol. 51, № 8. P. 437-441.

УДК 616.345-005.1-089-072.1(045)

Оригинальная статья

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

С.Е. Урядов – МУЗ Городская клиническая больница № 8 г. Саратова, заведующий отделением эндоскопии, ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, ФПК и ППС, преподаватель цикла «Эндоскопия», кандидат медицинских наук; **Ю.Г. Шапкин** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, заведующий кафедрой общей хирургии, профессор, доктор медицинских наук; **С.В. Капралов** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, кафедра общей хирургии, доцент, доктор медицинских наук.

ENDOSCOPIC HEMOSTASIS AT COLIC BLEEDINGS

S.E. Uryadov – Saratov Clinical Hospital № 8, Head of Department of Endoscopy, Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Cycle «Endoscopy» of Raising Skills Faculty, Candidate of Medical Science; **Yu.G. Shapkin** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of Department of General Surgery, Professor, Doctor of Medical Science; **S.V. Kapralov** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of General Surgery, Assistant Professor, Doctor of Medical Science.

Дата поступления – 07.07.2010 г.

Дата принятия в печать – 16.09.2010 г.

Урядов С.Е., Шапкин Ю.Г., Капралов С.В. Эндоскопический гемостаз при толстокишечных кровотечениях // Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Т. 6, № 3. С. 719–722.

В статье уточнены возможности колоноскопии в диагностике причин и интенсивности толстокишечных кровотечений, дана комплексная оценка эффективности эндоскопических методов гемостаза при продолжающихся толстокишечных кровотечениях, установлено значение этих методов в профилактике рецидивов кровотечений.

Ключевые слова: толстокишечные кровотечения, эндоскопический гемостаз, фиброколоноскопия.

Uryadov S.E., Shapkin Yu.G., Kapralov S.V. Endoscopic hemostasis at colic bleedings // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2010. Vol. 6, № 3. P. 719–722.

The article specifies possibilities of colonoscopy in diagnostics of reasons and intensity of colonic bleedings; complex evaluation of endoscopic methods efficacy of hemostasis is given at continued colonic bleedings; value of these methods in preventive maintenance of bleeding relapses is established.

Key words: colonic bleedings, endoscopic hemostasis, fibrocolonoscopy.

Введение. Статистика свидетельствует о ежегодной частоте толстокишечных кровотечений в общей группе населения составляет 0,03%, но драматически увеличивается почти в 200 раз от второго до восьмого десятилетия жизни [1]. Средний возраст пациентов с кровотечением из толстой кишки колеблется от 62 до 75 лет с уровнем летальности до 4-5% [2]. К наиболее типичным причинам толстокишечных кровотечений относятся злокачественные новообразования, дивертикулит и ишемический колит [3, 4].

Колоноскопия считается обязательным методом комплексного эндоскопического исследования и проводится после гастродуоденоскопии, за исключением случаев, когда источник кровотечения расположен в верхних отделах желудочно-кишечного тракта. Кроме этого, колоноскопия выполняется при обнаружении новообразований и острых изъязвлений во время гастродуоденоскопии для исключения наличия их в ободочной кишке [5]. По мнению большинства авторов, первичным видом эндоскопического обследования колоноскопия должна быть: а) при наличии анамнестических указаний на локализацию источника кровотечения в ободочной кишке, б) в раннем периоде после операций на ободочной кишке; в) при подозрении на наличие злокачественного новообразования ободочной кишки [6, 7].

Причинами установления ошибочных эндоскопических диагнозов могут быть: 1) неправильная интерпретация эндоскопической картины, обусловленная: а) отсутствием типичных эндоскопических признаков заболевания; б) изменением эндоскопической картины заболеваний в результате обескровливания слизистой оболочки [8]; 2) неполноценное обследование больных, вызванное: а) анатомическими изменениями (сужение просвета органа) и невозможностью проведения осмотра источника кровотечения, вследствие чего диагноз устанавливают на основании косвенных эндоскопических признаков; б) наличием крови в просвете толстой кишки; в) кратковременностью исследования и прекращением его из-за тяжелого состояния и беспокойного поведения больного [9]; 3) недостаточный опыт исполнителя [10]. Согласно обобщенным данным, современная диагностическая точность колоноскопии при кровотечении из нижних отделов желудочно-кишечного тракта составляет 72-86% [11].

Цель исследования: уточнить возможности фиброколоноскопии в диагностике причин и интенсивности кровотечений в толстой кишке, дать комплексную оценку эффективности различных методик эндогемостаза при продолжающихся толстокишечных кровотечениях, установить значение этих методик в профилактике рецидивов кровотечений.

Ответственный автор – Урядов Сергей Евгеньевич.
Адрес: 410086, г. Саратов, ул. Благодарова, 1, кв. 215.
Тел.: 42-10-42; 36-47-00.
E-mail: ouriadov@mail.ru

Методы. Нами был проведен анализ результатов эндоскопического гемостаза у 125 больных с толстокишечными кровотечениями различной этиологии. Эндоскопическая диагностика позволила выявить причины толстокишечных кровотечений в 93,1% случаев. При этом в экстренном порядке был локализован источник кровотечения, определено, является ли оно состоявшимся или нет, а также установлена его интенсивность.

Необходимым объемом исследования, на наш взгляд, следует считать выполнение тотальной фиброколоноскопии с осмотром подвздошной кишки для исключения источника кровотечения в ее терминальном отделе. Тотальную фиброколоноскопию не удалось выполнить из-за технических сложностей только в 4,4% случаев, осмотр терминального отдела подвздошной кишки был произведен в 72,1% случаев.

Для характеристики толстокишечных кровотечений во время эндоскопии нами использовалась модифицированная классификация Forrest:

1. Продолжающееся кровотечение: а) массивное (струйное артериальное кровотечение); б) умеренное, когда излившаяся кровь из венозного или малого артериального сосуда быстро заливала источник после ее смывания и стекала по стенке кишки широкой струей; в) слабое (капиллярное) – слабое подтекание крови из источника, который может быть прикрыт сгустком.

2. Состоявшееся кровотечение: а) наличие в источнике кровотечения тромбированного сосуда, прикрытого рыхлым сгустком; б) наличие тромбированного сосуда с тромбом коричневого или серого цвета, при этом сосуд может выступать над уровнем дна; в) наличие мелких точечных тромбированных сосудов или сосуда коричневого цвета, не выступающих над уровнем дна.

3. Отсутствие видимых в момент осмотра признаков бывшего кровотечения.

Данная классификация отражает состояние источника кровотечения на момент осмотра. Мы сознательно не вносили в классификацию критерий вероятности рецидива кровотечения, так как он характеризуется особенностями самого источника кровотечения и закономерностями течения заболевания. Возможность рецидива кровотечения и эффективность эндоскопических способов гемостаза определялись в каждом случае отдельно.

Результаты. У 42 (33,6%) больных причиной кровотечения послужил рак толстой кишки. Продолжающееся кровотечение было выявлено в 6 случаях (4,8%), из которых ни одно кровотечение не было массивным. Кровотечение было расценено как умеренное в 73 случаях (58,4%). Состоявшимся кровотечение было признано в 27 (21,6%) случаях, из них источник кровотечения был прикрыт сгустком крови у 16 (12,8%) больных.

Правильная подготовка к срочной фиброколоноскопии очень важна, так как от ее качества зависит

полноценность осмотра и возможность лечебных манипуляций. Поэтому перед срочной колоноскопией мы стремились удалить все кровяные сгустки и остатки кала при помощи очистительных и сифонных клизм. Остатки жидкости, наложения крови на стенках кишки мы удаляли уже во время колоноскопии при помощи активного промывания струей с последующей аспирацией содержимого.

В большинстве случаев были выявлены следующие особенности толстокишечных кровотечений: ретроградный заброс крови в вышележащие отделы за счет антиперистальтических маятникообразных сокращений, длительная эвакуация из толстой кишки с сохранением следов крови более суток, преобладание кровотечений малой и средней степени тяжести. Кровопотеря 1-й степени была определена в 70 (56,0%), 2-й степени – в 43 (34,4%), 3-й степени – в 12 (9,6%) случаях. Склонность к рецидивам у пациентов, имевших до поступления в стационар несколько эпизодов кровотечения, была выявлена в 44,0% случаев.

Эндоскопические способы гемостаза мы применяли в 55 случаях продолжающегося и состоявшегося кровотечения. Наиболее эффективный метод гемостаза – электрокоагуляция электродом с каналом для подачи жидкости для предотвращения его приваривания. Орошение капрофером и инъекционные методики гемостаза при продолжающемся кровотечении применялись нами в качестве предварительного этапа. Клинически значимые рецидивы кровотечения были отмечены в 8 (5,5%) случаях в сроки от 6 до 14 суток, их причиной явился дальнейший распад опухоли.

У всех больных со злокачественными неэпителиальными опухолями (3,2 %) кровотечение возникло в терминальной стадии распространенного опухолевого процесса. Источником кровотечения послужили варикозное расширение сосудов на опухоли и изъязвления на ее поверхности. В связи с утолщением стенки кишки при злокачественных неэпителиальных опухолях с экстраорганным и эндофитным ростом выполнение гемостатической электрокоагуляции, на наш взгляд, является наилучшим способом остановки кровотечения. Рецидивов кровотечения в этих случаях мы не наблюдали.

Доброкачественные неэпителиальные опухоли (1,6%) имели подслизистое расположение, ровный контур, а покрывающая их слизистая оболочка не была изменена. Показанием к хирургической операции в таких случаях являются только массивные изъязвления поверхности, когда риск рецидива кровотечения весьма высок. В остальных случаях возможен и эффективен гемостаз электрокоагуляцией.

Второй по частоте причиной толстокишечных кровотечений в наших наблюдениях явился дивертикулез толстой кишки, который был выявлен в 21 (16,8%) случае. К кровотечению, как правило, приводила аррозия сосуда, расположенного рядом с шейкой дивертикула.

Среди предрасполагающих к кровотечению факторов следует отметить каловые пробки и воспалительные изменения вокруг устья дивертикула, они встречались в 90,5 и 76,2%, соответственно. Такие кровотечения отличались склонностью к рецидивированию. Поскольку дивертикулы часто располагались в нескольких сегментах толстой кишки и источников кровотечения могло быть несколько, мы выполняли особенно тщательный осмотр всей толстой кишки.

Для дивертикулеза были характерны кровотечения 3-й и 2-й степени тяжести (соответственно в 28,6 и 52,4% случаев). Признаками, указывающими на

недавнее кровотечение, являлись наличие сосуда, прикрытого рыхлым сгустком, а также выступающий над поверхностью тромбированный сосуд, расположенный в непосредственной близости от шейки дивертикула.

Сосудистые эктазии и сосудистые опухоли толстой кишки были выявлены в 7,2% и 4,0% наблюдений соответственно. Эндоскопическое выявление сосудистых образований достаточно сложно по причине их небольшого размера (до 10 мм). Сосудистые эктазии были, как правило, множественными, гемангиомы во всех случаях были единичными. Для этой группы больных рецидивирующие кровотечения были наиболее характерны и наблюдались почти в половине случаев. Тяжелые кровотечения (3-й степени) наблюдались в трех случаях, кровотечения средней степени тяжести (2-й степени) – в семи случаях.

Нами применялась электродеструкция сосудистых образований игольчатым электродом, которая позволяет эффективно произвести деструкцию подслизистого сосудистого образования, при этом зона повреждения слизистой оболочки является незначительной.

Основными причинами кровотечения из полипов (8,8%) были эрозии головки полипа и отрыв головки полипа от ножки, при этом в 2 случаях было выявлено массивное кровотечение. В 5 из 11 случаев кровотечение носило рецидивирующий характер. У всех больных этой группы мы произвели эндоскопическую полипэктомию, которая явилась окончательным методом гемостаза во всех наблюдениях.

При неспецифическом язвенном колите (5,6%), болезни Крона толстой кишки (14,4%), ишемическом колите (4,8%) кровотечения развивались с выраженными изменениями стенки толстой кишки. В этой группе преобладали кровотечения легкой степени, но тяжесть состояния больных была обусловлена длительно существующим тяжелым заболеванием. В зоне кровотечения при язвенном колите, как правило, определялись обширные зоны воспаленной, эрозированной и изъязвленной слизистой оболочки.

При болезни Крона чаще всего встречались продольные и поперечные язвы и трещины, а также зоны псевдополипоза, причем для этого заболевания было характерно сегментарное поражение толстой кишки.

Кровотечения у больных с ишемическим колитом возникали на фоне обширных сливающихся изъязвлений, нередко покрытых кровоточащей молодой грануляционной тканью. Зоны изъязвлений в большинстве случаев были окружены застойной и цианотичной слизистой, а в зонах эпителизации формировались протяженные рубцовые изменения.

В наших наблюдениях в 7 случаях из 13 кровотечению из острых язв толстой кишки предшествовало кровотечение из острых язв желудка, что значительно осложняло диагностику. Во всех случаях тяжесть состояния больных была обусловлена основным заболеванием или его осложнениями и многократными кровотечениями. Для острых язв толстой кишки характерны множественность, образование новых изъязвлений, рецидивирующие кровотечения. Типичная эндоскопическая картина язвы толстой кишки выглядела следующим образом: дефект слизистой оболочки неправильной формы размерами от 4-5 до 40 мм, с дном, покрытым некротическим налетом или тромботическими массами.

Во всех случаях при неспецифических язвах толстой кишки (6,4%) кровотечение было легким. У двух

больных мы наблюдали длительно существующие язвы, окруженные утолщенными конвергированными складками слизистой, с глубокой пенетрацией в мышечный слой. Размер большинства язвенных дефектов правильной формы с небольшим ободком гиперемии вокруг составлял от 8 до 10 мм, при этом окружающая слизистая была практически не изменена. Неспецифические язвы плохо заживали на фоне терапии, направленной на улучшение трофики тканей, эпителизация происходила длительно, в течение 3–4 месяцев. У всех больных нами была исключена специфическая природа язвообразования (туберкулезное, сифилитическое поражение толстой кишки, амёбный колит).

Обсуждение. При эндометриозе толстой кишки, осложненном толстокишечным кровотечением (3,2% случаев), основная задача эндоскопического исследования заключается в выявлении признаков, отличающих эндометриозное поражение от злокачественных новообразований. При эндометриозе слизистая оболочка толстой кишки вовлекается в патологический процесс только после сдавления извне с прорастанием изолированного участка стенки и формированием непротяженных циркулярных рубцовых стриктур.

Окраска пораженных участков слизистой оболочки при эндометриозе зависит от фазы менструального цикла, что является важным дифференциально-диагностическим признаком, отличающим эндометриозное поражение от инфильтративно-язвенной формы карциномы, диффузно-инфильтративной карциномы и злокачественной неэпителиальной опухоли. Так, в лютеиновую фазу цикла эндометриозные гетеротопии покрыты изъязвлениями, которые и служат источниками кровотечения. В наших наблюдениях во всех случаях кровотечения носили циклический характер, прекращались самостоятельно по окончании менструации и возникали только при прорастании слизистой оболочки толстой кишки эндометриозной тканью.

При геморрое (5,6%) и анальных трещинах (3,2%) в исследуемую группу больных мы включили только случаи обильных кровотечений, послужившие поводом для госпитализации. В большинстве случаев геморроидальные кровотечения протекали атипично и сопровождалась многократным и обильным стулом, измененным кровью со сгустками.

При кровотечении из внутренних геморроидальных узлов кровь постепенно заполняла вышележащие отделы толстой кишки (в 5 случаях была заполнена вся сигмовидная кишка, в 5 случаях следы крови доходили до селезеночного угла ободочной кишки). Всем больным с геморроидальными крово-

течениями была выполнена тотальная фиброколоноскопия для исключения другой причины кровотечения. Признаками состоявшегося кровотечения при геморрое служили кровоизлияния под слизистую оболочку, покрывающую геморроидальный узел, а также небольшие трещины слизистой оболочки, покрытые геморрагическим налетом.

Заключение. Сравнивая эндоскопические способы гемостаза, мы пришли к заключению, что именно электрокоагуляция является наиболее эффективным способом остановки продолжающихся толстокишечных кровотечений и профилактики их рецидива. Тем не менее комплексное применение различных методик гемостаза увеличивает эффективность лечебной эндоскопии и способствует минимизации числа осложнений.

Библиографический список

1. Fletcher RH. Rationale for combining different screening strategies // *Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am.* 2002. Vol. 12, № 1. P. 53-63.
2. Овчинников А.А. Кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта // *Медицинская помощь.* 2003. № 5. С. 13-17.
3. Аржанов Ю.В., Карпунин О.Ю. Трансформация дистальных форм неспецифического язвенного колита в распространенные // *Казанский медицинский журнал.* 2004. Т. 85, № 5. С. 350-352.
4. Пирцхалашвили Г.Г., Шахмарданов М.З., Никифоров В.В. Колоноскопия в диагностике заболеваний толстой кишки, сопровождающихся гемоколитом // *Современная медицина: теория и практика.* 2003. № 2. С. 6-10.
5. Why wait for a colonoscopy? An easy cure / A. Shoaib, A. Hamade, A. Zia [et al.] // *Colorectal Dis.* 2006. Vol. 8, № 6. P. 480-483.
6. Турова Р.А., Короткевич А.Г. Колоноскопия в формировании групп для хирургического лечения пациентов старшего возраста // *Эндоскопическая хирургия.* 2007. Т. 13, № 2. С. 21-26.
7. The role of colonoscopy in patient follow-up after surgery for colorectal cancer: A retrospective study and review of the literature / G. Romano, G. Cocchiara, S. Maniaci [et al.] // *G. Chir.* 2007. Vol. 28, № 10. P. 399-402.
8. Агаджанян В.В., Заикин С.И., Горчакова Т.Л. Колоноскопия в диагностике и лечении новообразований толстой кишки // 6-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии: тез. докл. М., 2002. С. 5-6.
9. Внедрение и развитие эндоскопических методов диагностики и лечения в поликлинических условиях: тез. 2-го съезда амбулаторных хирургов РФ / А.Г. Еремеев, С.В. Лебедев, С.Н. Наумова, А.П. Татаринов // *Амбулаторная хирургия.* 2007. № 4. С. 82.
10. Barnard J. Screening and surveillance recommendations for pediatric gastrointestinal polyposis syndromes // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2009. V. 48. Suppl 2. P. 75-78.
11. A European view of diagnostic yield and appropriateness of colonoscopy / J.J. Gonvers, J.K. Harris, V. Wietlisbach [et al.] // *Hepatogastroenterology.* 2007. Vol. 54, № 75. P. 729-735.

УДК 616.381-002:616-007.271

Оригинальная статья

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПОЗДНИХ ПОСТГОСПИТАЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИХ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ГНОЙНЫХ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

В.Н. Хромова – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, аспирант кафедры факультетской хирургии и онкологии им. С.П. Миротворцева.

ANALYSIS OF STRUCTURE OF LATE POSTHOSPITALIZED CHRONIC RECURRENT PURULENT WOUND COMPLICATIONS AFTER OPERATIONS ON ORGANS OF ABDOMEN AND RETROPERITONEUM

V.N. Khromova – *Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Faculty Surgery and Oncology n.a. S.R. Mirovtortsev, Post-graduate.*

Дата поступления – 19.07.2010 г.

Дата принятия в печать – 16.09.2010 г.