

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ
КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ 6-7 КУРСА И
УРОЛОГИИ**

**ТЕМА: Мастопатия. Заболевание
доброкачественных опухолей молочной железы.
Этиопатогенез, клиника, диагностика, консервативное и
оперативное методы лечения**

**Методическая рекомендация
для ассистентов хирургических кафедр**

Андижан – 2005

«УТВЕРЖДАЮ»
Проректор по учебной
работе АГМИ, профессор
_____ К.К.Косимов

«УТВЕРЖДАЮ»
Председатель ЦПМК по
«хирургии» профессор
_____ Ф.Н.Нишонов

**ТЕМА: Мастопатия. Заболевание
доброкачественных опухолей молочной железы.
Этиопатогенез, клиника, диагностика, консервативное и
оперативное методы лечения**

**Методическая рекомендация
для ассистентов хирургических кафедр**

Андижан – 2005

«УТВЕРЖДАЮ»
Заведующий кафедрой хирургических
болезней 6-7 курса и урологии, д.м.н.,
профессор _____ Нишанов Ф.Н.

РЕГЛАМЕНТ

учебного времени кафедры
хирургических болезней 6-7 курса и урологии

	Продолжитель ность (мин)	Время (от - до)
1. Переключка.	5	8 ⁰⁰ - 8 ⁰⁵
2. Проверка готовности студентов к теоретической части занятия.	120	8 ⁰⁵ - 10 ³⁵
3. Перерыв.	10	8 ⁴⁵ - 8 ⁵⁰
	10	9 ³⁵ - 9 ⁴⁵
	10	10 ³⁰ - 10 ³⁵
4. Осмотр больных по теме занятия. Самостоятельная курация больных. Интерпретация клинических симптомов.	45	10 ³⁵ - 11 ²⁰
5. Обеденный перерыв.	40	11 ²⁰ - 12 ⁰⁰
6. Семинарское занятие. Разбор теорети- ческих вопросов, ситуационных задач, тестов.	90	12 ⁰⁰ - 13 ³⁵
7. Перерыв	5	12 ⁴⁵ - 12 ⁵⁰
	10	13 ³⁵ - 13 ⁴⁵
8. Разбор практических навыков.	50	13 ⁴⁵ - 14 ³⁵

Общие правила проведения занятия

Оценка теоретического занятия

До прихода на кафедру студенты должны переписать полную тематику занятий предстоящего цикла и приходить на каждое занятие подготовленными.

На теоретическом занятии ассистент обязан опросить каждого студента по заданной теме и выставить оценку по рейтинговой системе. Студенту задаются вопросы по теме занятия, если ответ студента не удовлетворяет преподавателя, он может задавать дополнительные вопросы.

Оценка знаний студента производится согласно 100 бальной рейтинговой шкале. За каждое занятие максимальный балл составляет 100; в том числе:

№	Успеваемость и баллы	Оценка	Качество оценки	Степень готовности
1	91 – 100	Отлично «5»	Анализирует, использует, понимает и знает.	4-степень: степень изобретательности.
2	86 – 90	Очень хорошо «5»	Анализирует, использует, понимает и знает.	3-степень: степень знаний и опыта.
3	71 – 85	Хорошо «4»	Использует, понимает и знает.	3-степень: степень знаний и опыта.
4	65 – 70	Полный удовлетворительный «3»	Знает, понимает	2-степень: степень успеваемости.
5	55 – 64	Удовлетворительный, выполняет минимальные требования «3»	Знает.	1-степень: степень представления.
6	54 – 41	Не удовлетворительный, требует дополнительной работы «2»	Плохо знает	0-степень: степень слабого представления
7	40 – 30	Не удовлетворительный, требует много дополнительной работы «!»	Не знает.	0-степень: не имеет представления.
8	30	«0»	Балл посещаемости	0-степень.

КУРАЦИЯ БОЛЬНЫХ СТУДЕНТАМИ (самостоятельная работа студентов).

Студенты во время курации выясняют жалобы, анамнез и проводят объективное обследование больного по теме урока, работают с историей болезни больного.

Данные больного записываются студентами в журнал субординатора.

Ассистент обходит своих студентов во время курации, корректирует физикальные обследования больного, отвечает на возникшие вопросы, представляет студентам новые анализы, курируемых ими больных, обеспечивает их тонометром, термометром и визирует записи студентов в журнале субординатора.

ПРОВЕДЕНИЕ СЕМИНАРСКОГО ЗАНЯТИЯ

На каждое семинарское занятие кто-нибудь из студентов готовит доклад по теме занятия на этот день (темы докладов ассистент заранее распределяет между студентами).

Доклад студента должен содержать обширную информацию по данной теме, он должен включать новые данные о диагностике и лечении заболевания, взятые из современных литературных источников, Интернета и т.д.

После выслушивания доклада студенты должны задать докладчику вопросы, касающиеся разбираемой темы. Ассистент может корректировать вопросы и ответы студентов. В оставшееся время студенты должны решать тематические тесты и ситуационные задачи.

Занятие проводится в форме беседы. Основная цель семинарского занятия - закрепление теоретического материала.

РАЗБОР ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

Преподаватель объясняет студентам методику выполнения практических манипуляций у хирургических больных. Используются хирургические инструменты, зонды, катетеры и другие наглядные пособия. Методику инструментальных манипуляций можно объяснять на больном, которому показана эта процедура или схематично на рисунках, слайдах или таблицах; также могут быть использованы видеоматериалы.

НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ

Таблицы, схемы, слайды, цветные рисунки, компьютерные программы, научные статьи, рентгенограммы.

ТЕМА ЗАНЯТИЯ

Мастопатия. Заболевание доброкачественных опухолей молочной железы. Этиопатогенез, клиника, диагностика, консервативное и оперативное методы лечения.

Цель занятия:

1. Изучить понятия, этиопатогенез, клинику и диагностику мастопатии.
2. Знать основные принципы консервативного и оперативного метода лечения мастопатии.
3. Изучить понятия, этиопатогенез, клинику и диагностику болезни доброкачественных опухолей молочной железы.
4. Знать основные принципы консервативного и оперативного метода лечения болезни доброкачественных опухолей молочной железы.

Контрольные вопросы:

1. Понятия о болезни мастопатии и его этиопатогенез.
2. Клиника и диагностика мастопатии.
3. Консервативное и оперативное лечения мастопатии.
4. Понятия и этиопатогенез доброкачественных опухолей молочной железы
5. Клиника и диагностика доброкачественных опухолей молочной железы.
6. Консервативное и оперативное лечения доброкачественных опухолей молочной железы.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

МАСТОПАТИЯ

Дисгормональная гиперплазия молочной железы. Мастодиния - изменения молочных желез с преобладанием болевого синдрома, с наличием невроза и функциональных изменений. Заболевание чаще встречается у нерожавших или малорожавших женщин, особенно у женщин с лабильной нервной системой и с заболеваниями гениталий. В предменструальный период в одной или обеих молочных железах появляется припухлость, напряжение, интенсивная боль с иррадиацией в подкрыльцовую, надключичную, подключичную области, плечо. При пальпации диффузное уплотнение, резкая болезненность. После прекращения менструации боли, напряжение молочных желез уменьшаются, а иногда исчезают. С возрастом железистая ткань замещается жировой, боли прекращаются.

Мастопатия (синонимы: болезнь Реклю, болезнь Шимельбуша, кистозная болезнь, фиброаденоматоз, склерозирующий аденоматоз и др.). Некоторые формы мастопатии трудно дифференцировать от рака, иногда рак развивается на фоне мастопатии. Мастопатия встречается в возрасте 30-50 лет.

Этиология: нарушение центральной нервной регуляции, функции гипоталамо-гипофизарной системы, яичников, надпочечников и щитовидной железы. У больных нередко наблюдаются нарушения овариально-менструальной функции, нарушение детородной функции. Важная роль в развитии мастопатии принадлежит пролактину и нарушениям в соотношении эстрогенов и прогестерона, а также повышению уровня фолликулостимулирующего гормона гипофиза. Под влиянием эндокринных нарушений изменяется цикличность физиологических процессов в ткани молочной железы, что создает условия для развития дисгормональной гиперплазии.

Патологическая анатомия: разрастания плотной соединительной ткани в виде белесоватых тяжей, в которых расположены рыхлые серо-розовые участки и кисты с прозрачной жидкостью. Различают диффузную и узловую, пролиферативную формы мастопатии.

Клиника и диагностика: боль в молочных железах появляется в середине менструального цикла и перед менструацией, сопровождается уплотнением молочных желез, иногда выделениями из сосков. Боль может быть: колющая, стреляющая, острая с иррадиацией в спину, шею. При пальпации молочной железы определяют уплотнение дольчатого характера с неровной поверхностью, тяжистость ткани, болезненность. После менструаций при диффузной мастопатии боль незначительная, вся молочная железа равномерно уплотнена, тяжиста. При узловой мастопатии определяют одиночные или множественные очаги; они малоболезненны, не связаны с кожей, с соском, подвижны, в положении лежа больной не пальпируются (симптом Кенига отрицательный). Лимфатические узлы не увеличены. На

протяжении менструального цикла очаги уплотнения не изменяются.

На маммограммах видна тень, на фоне которой определяются тяжи, иногда - отложения солей кальция. Затемнения нередко чередуются с участками просветления, обусловленными наличием кист. При развитии на фоне мастопатии рака плотность тени, ее гомогенность становятся более интенсивными, тени тяжелей также усиливаются и становятся беспорядочными.

Морфологическое исследование пунктата из уплотнений молочной железы, выделений из соска помогают поставить диагноз.

Достоверный *диагноз* при узловой мастопатии может быть поставлен только при гистологическом исследовании удаленного сектора молочной железы.

Лечение: при узловой мастопатии показана секторальная резекция со срочным гистологическим исследованием макропрепарата. При диффузной мастопатии лечение должно быть направлено на регуляцию нарушений функций желез внутренней секреции, лечение заболеваний женских половых органов, подавление пролиферативных процессов в молочной железе. Для снятия болевых ощущений назначают электрофорез с новокаином и йодидом калия. Для уменьшения пролиферативных процессов в молочной железе у людей в возрасте до 40 лет рекомендуют лечение микродозами йода (водный раствор 0,25% йодида калия в течение межменструального периода по 10 мл 1 раз в день после еды в течение 1 года). Применение микродоз йода основано на стимуляции лютеинизирующего гормона гипофизом. Лютеинизирующий гормон нормализует функцию яичников с нарушенной лютеиновой фазой и восстанавливает нормальную цикличность изменений в молочной железе. Если основной причиной возникновения мастопатии является наличие фолликулярных кист яичников, продуцирующих большое количество эстрогенов, лечение оказывает выраженный эффект. Иногда лечение йодом усиливает пролиферативные процессы в молочной железе, что может быть связано с гиперплазией интерстициальной ткани яичников и увеличением выработки эстрогенов. Лечебный эффект в этом случае может быть достигнут андрогенами (метилтестостерон или метиландростендиол, тестостерон пропионат). При недостаточности функции желтого тела во второй половине менструального цикла применяют прогестерон.

Профилактика: своевременное лечение нарушений функций желез внутренней секреции, расстройств женской половой сферы, способствующих возникновению мастопатии.

Гинекомастия - дисгормональное заболевание молочных желез у мужчин. У мальчиков гинекомастия может наблюдаться при гормонально-активных феминизирующих опухолях половых желез. Развитие гинекомастии может наблюдаться при нарушении функции гипофиза, коры надпочечников, встречаться при циррозе печени. Клинические формы гинекомастии: диффузная характерна для юношей, узловая встречается у людей зрелого возраста.

Лечение: должно быть направлено на нормализацию функций

эндокринных органов. При формах, неподдающихся гормональному лечению, удаляют молочную железу с сохранением соска. Необходимо срочное гистологическое исследование макропрепарата.

Доброкачественные опухоли молочной железы. Фиброаденома. Некоторые исследователи относят фиброаденому к дисгормональным дисплазиям. Встречается чаще в возрасте 15-35 лет, у большинства больных (у 90%) в виде одиночного узла.

Патологическая анатомия: опухоль состоит из пролиферирующих эпителиальных элементов и соединительной ткани. Различают периканаликулярные и интраканаликулярные фиброаденомы. Размеры опухоли различны: от микроскопических до гигантских.

Клиника и диагностика: фиброаденома чаще бывает периканаликулярная. Такая фиброаденома имеет округлую форму, четкие контуры, безболезненна при пальпации, не исчезает при пальпации молочной железы в положении больной лежа (симптом Кенига положительный). На маммограмме видна тень округлой формы с четкими контурами.

Лечение: удаление опухоли с окружающей ее тканью молочной железы (секторальная резекция).

Листовидная (филлоидная) фиброаденома - разновидность периканаликулярной фиброаденомы. Опухоль имеет характерную слоистую структуру, хорошо отграничена от окружающих тканей, однако настоящей капсулы не имеет, быстро увеличивается в размерах. Листовидная фиброаденома иногда подвергается злокачественному перерождению и тогда метастазирует в кости, легкие и другие органы

Клиника и диагностика: при достаточно больших размерах видны истончение и синюшность кожи над опухолью, однако последняя редко вовлекается в опухолевый процесс.

Лечение: хирургическое. В зависимости от размеров опухоли - секторальная резекция при малых размерах опухоли или простая мастэктомия при образованиях диаметром более 8-10 см со срочным гистологическим исследованием макропрепарата. При злокачественном перерождении опухоли должна быть выполнена радикальная мастэктомия по Холстеду. Дальнейшее лечение определяется данными патоморфологического исследования лимфатических узлов.

Аденома молочной железы встречается редко, ее трудно отличить от фиброаденомы. Аденома четко отграничена от окружающей ткани молочной железы. Правильный диагноз возможен лишь после гистологического исследования макропрепарата.

Папилломы протоков молочной железы развиваются в протоках, связанных с соском, и в более мелких протоках.

Клиника и диагностика: выделения из сосков желтовато-зеленые, бурые, кровянистые, иногда небольшие боли в груди.

Дуктография дает возможность обнаружить дефекты наполнения в протоках, точно определить локализацию папиллом. Дефекты наполнения имеют четкие контуры, округлые очертания.

Окончательно диагноз ставят при цитологическом исследовании выделений из соска и гистологическим исследованием удалённого центрального (подареолярного) участка молочной железы.

Липома - доброкачественная опухоль неэпителиального происхождения; располагается над эпителиальной тканью молочной железы, между дольками ткани молочной железы и в ретромаммарном пространстве. Опухоль мягкой консистенции, дольчатого строения. Встречается чаще у пожилых людей. На маммограмме выявляется в виде просветления с четкими ровными контурами на фоне более плотной железистой ткани.

Лечение: хирургическое - удаление опухоли.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

ТЕМАТИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ

1. Что является противопоказанием для реконструктивных операций на молочной железе?
 - А. Перенесенная в прошлом реконструктивная операция на другой молочной железе.
 - Б. Наличие метастазов.
 - В. Наличие искусственного имплантата в молочной железе.
 - Г. Перенесенная в прошлом реконструктивная операция на этой молочной железе.
2. Фиброаденома молочной железы характеризуется:
 - А. Преобладанием железистой ткани над соединительной.
 - Б. Возникновением чаще в возрасте от 21 до 25 лет.
 - В. Мягкой консистенцией.
 - Г. Наличием соединительнотканной капсулы.
3. Наиболее часто острый мастит развивается:
 - А. Во внутренневерхнем квадранте железы.
 - Б. В ретромамарном пространстве.
 - В. В первые 4 мес. лактационного периода.
 - Г. В наружноверхнем квадранте железы.
4. Геморрагические выделения из соска у женщин наблюдаются при:
 - А. Остром мастите.
 - Б. Диффузной мастопатии.
 - В. Интрадуктальной папилломе.
 - Г. Абсцессе молочной железы.
5. При сегментарной мастэктомии удаляют:
 - А. Только ткань железы.
 - Б. Ткань железы в блоке с соском.
 - В. Ткань железы с регионарными лимфоузлами.
 - Г. Ткань железы в блоке с соском и регионарными лимфоузлами.
6. Риск возникновения рака молочной железы повышен у женщин с:
 - А. Хроническим аднекситом.
 - Б. Поздним появлением менструаций.
 - В. В. Фибромой матки.
 - Г. Эндометриальной опухолью в анамнезе.
 - Д. Ранней менопаузой.
7. Факторы, вызывающие маститы у женщин:
 - А. Застой молока в железе.
 - Б. Попадание микроорганизмов через нарушенный эпидермальный слой.
 - В. Травма железы.
 - Г. Переохлаждение.
8. Наиболее частая опухоль соска:
 - А. Липома.
 - Б. Ангиома.

- В. Папиллома.
Г. Фиброма.
9. В какие лимфатические узлы в первую очередь дает метастазы рак молочной железы?
А. Подмышечные.
Б. Надключичные.
В. Подключичные.
Г. Подчелюстные.
10. В каком возрасте чаще развивается рак молочной железы?
А. 30-40 лет.
Б. 20-30 лет.
В. 40-50 лет.
Г. 50-60 лет.

Правильные ответы тематических тестов: 1. Б., 2. Г., 3. В., 4. А., 5. Б., 6. Б., 7. А., 8. Г., 9. А., 10. Б.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. У больной, 38 лет, в ткани правой молочной железы появились болезненные участки уплотнения, спаянные с кожей, дающие тяжистые образования по направлению к лимфоузлам. Из анамнеза известно, что никто из родственников заболеваниями молочной железы не страдал. Укажите диагноз:
А. Туберкулез молочной железы.
Б. Опухоль молочной железы.
В. Острый мастит.
Г. Мастопатия.
2. При пальпации в верхне-наружном квадранте правой молочной железы обнаружена болезненная опухоль до 3 см в диаметре, кожа над ней не изменена. Из соска выделения желтоватого цвета. Подмышечные лимфатические узлы слегка увеличены, болезненны. Болезненность и размер опухоли, а также выделения из соска изменяются циклично в течение месяца. Какой предположительный диагноз Вы можете поставить?
а) внутрипротоковая папиллома
б) узловатая форма фиброзно-кистозной мастопатии
в) фиброаденома
г) диффузный рак
д) узловой рак
3. Больная 39 лет, обратилась с жалобами на боли и деформацию правой молочной железы. При осмотре железа резко увеличена и деформирована, кожа инфильтрирована, представляет собой толстый, бугристый пласт, на ее поверхности имеются участки кровоизлияний и изъязвлений. Сосок деформирован, втянут. При пальпации подмышечных лимфоузлов справа пальпируются увеличенные, плотные лимфоузлы. Со стороны внутренних половых органов патологии не обнаружено. Диагноз?

- а) диффузная мастопатия
 - б) рак Педжета
 - в) пастилитоподобный рак
 - г) панцирный рак
4. При осмотре больной, 50 лет, в области соска правой молочной железы видна язва, покрытая вялыми грануляциями, язва имеет подрытые края, серовато-гнойное несвертывающее в корки отделяемое. Вокруг язвы выражен пояс венозной гиперемии кожи. Диагноз?
- А) экзема соска
 - Б) первичный шанкр
 - В) аденома соска
 - Г) туберкулез молочной железы в стадии язвы
 - Д) рак Педжета
5. Больная, 60 лет, жалобы на кровянистые выделения из соска, незначительная болезненность в период, когда выделений нет. Внешне железа не мена, при пальпации выявить что-либо не удалось, лимфоузлы не пальпируются. Диагноз?
- А) рак.
 - Б) саркома
 - В) внутрипротоковая аденома
 - Г) туберкулез
 - Д) мастопатия
6. Больная 35 лет, жалуется на покраснение соска и утолщение его. При осмотре: сосок и часть ареолы покрыты корочкой и струпом, имеется мокнутие в области соска. При сдвигании корочки обнаруживается влажная, зернистая поверхность. Сосок утолщен и плотный на ощупь. Диагноз?
- А) Актиномикоз молочной железы
 - Б) болезнь Педжета
 - В) экзема соска
 - Г) скирр молочной железы
 - Д) маститоподобный рак
7. Больная 19 лет, обратилась с жалобами на умеренные боли в молочной железе, усиливающиеся в предменструальный период. Обе молочной железы правильной конфигурации, симметричны. Соски и кожный покров не изменены. Пальпаторно в железе определяются бугристые образования, на фоне которых выявляется плотная, с четкими границами опухоль диаметром до 6 см, легко смещается в тканях, не связанная с кожей и соском. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Диагноз?
- а) на фоне фиброзно-кистозной мастопатии - фиброаденома
 - б) рак молочной железы
 - в) абсцесс молочной железы
 - г) липома
 - д) саркома молочной железы
8. В верхне-наружном квадранте молочной железы одиночный безболезненный узел диаметром 5 см, плотной консистенции, хорошо ограниченный от окружающих тканей. Сосок не изменен, выделений нет. Регионарные

- лимфоузлы не увеличены. Ваш предварительный диагноз?
- а) фиброаденома молочной железы
 - б) рак молочной железы
 - в) мастит
 - г) узловая форма мастопатии
 - д) фиброзно-кистозная форма мастопатии
9. У больной, 28 лет, в обеих молочных железах диффузно, нечетко пальпируются мелкие очаги уплотнения, которые в предменструальный период становятся болезненными и более плотными. Кожа молочной железы не изменена. Соски правильной формы, выделений нет. Лимфоузлы не увеличены. Диагноз?
- а) диффузная двусторонняя фиброзно-кистозная мастопатия
 - б) фиброаденома молочной железы
 - в) инфильтративно-отечная форма рака
 - г) диффузный двусторонний мастит
 - д) маститоподобный рак молочной железы
10. Больная, 22 лет, обратилась с жалобами на температуру 39°C, боли и припухлость в молочной железе. Две недели назад были роды. Молочная железа отечна, багрово-красного цвета. Пальпаторно болезненный, диффузный инфильтрат. В подмышечной области болезненные лимфоузлы. Диагноз?
- а) острый мастит
 - б) диффузная мастопатия
 - в) хронический мастит
 - г) рожеподобный рак
 - д) узловая мастопатия
11. У больной с подозрением на фиброаденому молочной железы ни при микроскопии отделяемого из соска, ни при исследовании пунктата из опухоли атипичных клеток не обнаружили. Как поступить с больной?
- а) выписать под амбулаторное наблюдение
 - б) назначить гормональную терапию метилтестостероном
 - в) назначить антибиотикотерапию
 - г) секторальная резекция со срочным гистологическим исследованием
 - д) провести простую мастэктомию
12. Женщина 28 лет. Жалобы на опухолевидное образование в левой подмышечной области (в течение нескольких лет), которое набухает перед менструацией, увеличивается в размерах, становится болезненным. При осмотре - образование до 4 см в диаметре, мягкоэластичной консистенции имеет дольчатое строение. Ваш диагноз?
- а) одиночный метастаз медленно растущей опухоли
 - б) липома подмышечной области
 - в) фиброма подмышечной области
 - г) добавочная молочная железа
 - д) гидраденит

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Андреева Н.Б., Ловердо Т.В., Винницкая И.А. Эндокринный статус детей различного возраста, рожденных у матерей с эндокринной системы матери и ребенка. // В.кн.: Физиологи и патология эндокринной системы матери эндокринной системы матери и ребенка. -М. -1978. – С.50-53
2. Воронцов И.М., Мазурин А.В. Мастит // Питание здорового ребенка 2000 г.
3. Гостищев В.К. // Руководство к практическим занятиям по общей хирургии, (для студентов медицинских институтов) М., –1987. –243-246 стр.
4. Ерюхина И.А., Борисова А.Б., Шляпникова С.А. // Хирургия в вопросах и ответах, С-П. -М. -Х. -М., –1999. –113-117 стр.
5. Каримов Ш.И. Сут безлари // Хирургик касалликлар, Т. Ибн Сино номидаги нашриёт, –1991 й. –30-44 бетлар.
6. Кузин М.И. Молочные железы // Хирургические болезни, М., Медицина, – 1998, –38-47 бетлар.
7. Руководство по клинической эндокринологии / П – ред. НТ. Старковой. - Санкт Петербург, Москва, Харьков, Минск, Питер, 1996й.
8. Стручков В.И., Гостищев В.К., Стручков Ю.В. // Хирургическая инфекция, Рукодство для врачей издание 2-е, переработанное и дополненное, М., «Медицина», –1991 й. –230-242. стр.
9. Типовые тестовые задания по специальности 04.01.00.-«Лечебное дело» Часть III Москва ВУНМЦ. –1998. –270-283.
- 10.Ткаченко А. Ветеринарный врач // «Приусадебное хозяйство», №8, 2002 г.

