



НМУ ІМЕНІ О.О.БОГОМОЛЬЦЯ

КАФЕДРА ОПЕРАТИВНОЇ ХІРУРГІЇ ТА ТОПОГРАФІЧНОЇ АНАТОМІЇ

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ

ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО
ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

<i>навчальна дисципліна</i>	Оперативна хірургія та топографічна анатомія
<i>модуль</i>	2
<i>змістовний модуль</i>	1
<i>заняття</i>	1
<i>тема заняття</i>	Топографічна анатомія і оперативна хірургія поперекової ділянки та заочеревинного простору
<i>курс</i>	3
<i>факультет</i>	Медичний

1. Мета заняття

Вивчити топографічну анатомію поперекової ділянки та заочеревинного простору. Засвоїти загальні правила та принципи оперативних втручань на органах заочеревинного простору. Оволодіти способами і технікою найчастіших оперативних доступів та прийомів

2. Навчальні задачі

Мати уявлення

- про індивідуальні варіанти будови поперекової ділянки
- про індивідуальні варіанти будови органів заочеревинного простору
- вікові та статеві особливості поперекової ділянки та заочеревинного простору



Знати

- кісткові орієнтири поперекової ділянки
- особливості топографії м'язів латерального та медіального відділів поперекової ділянки
- шари заочеревинного простору
- сторони та дно трикутника *Пті*
- сторони та дно ромба *Лесгафта-Грюнфельда*
- топографічну анатомію нирки
- спеціальні хірургічні інструменти
- доступи до нирки та сечоводів
- техніку нефротомії
- техніку резекції нирки
- техніку декапсуляції нирки
- техніку нефректомії
- техніку шва сечовода

Вміти

- препарувати поперекову ділянку
- виконувати оперативні доступи до нирок та сечоводу
- виконувати нефректомію
- виконувати резекцію нирки
- виконувати декапсуляцію нирки
- виконувати шов сечоводу
- виконувати паранефральну блокаду

3.Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінна інтеграція)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
-----------------------------------	-------------------------



анатомія людини	<p>передбачати взаємозалежність і єдність структур і функцій органів людини, їх мінливість під впливом екологічних факторів</p> <p>трактувати закономірності пренатального та раннього постнатального розвитку органів людини, варіанти мінливості органів, вади розвитку</p> <p>аналізувати інформацію про будову тіла людини, системи, що його складають, органи і тканини</p> <p>інтерпретувати статеві, вікові та індивідуальні особливості будови організму людини</p> <p>демонструвати володіння морально-етичними принципами ставлення до живої людини та її тіла як об'єкту анатомічного та клінічного дослідження</p> <p>визначати топографоанатомічні взаємовідносини органів і систем людини</p>
гістологія і ембріологія	<p>визначати критичні періоди ембріогенезу, вади розвитку людини</p> <p>трактувати мікроскопічну будову різних органів людини в аспекті взаємовідношень тканин, що входять до їх складу в різні вікові періоди, а також в умовах фізіологічної та репаративної регенерації</p>
нормальна фізіологія	<p>робити висновок про стан фізіологічних функцій організму, його систем та органів</p> <p>пояснювати механізми інтегративної діяльності організму</p>
патологічна анатомія	<p>трактувати етіологію, патогенез та морфологічні зміни на різних етапах розвитку хвороби, структурні основи видужання, ускладнень та наслідків хвороб</p> <p>аналізувати структурно-функціональні взаємозв'язки і послідовність стадій загально-патологічних процесів</p>
патологічна фізіологія	<p>інтерпретувати причини, механізми розвитку та прояви типових патологічних процесів</p> <p>трактувати основні поняття загальної нозології</p>



	аналізувати та робити висновки щодо етіології і патогенезу функціональних порушень органів та систем організму при захворюваннях
--	--

4.Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття

4.1.Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття

Термін	Визначення
трикутник <i>Пми (Petit)</i>	<p>трикутної форми простір, або нижній поперековий трикутник, <i>trigonum lumbale inferius</i>. Обмежений латерально заднім краєм зовнішньої косою м'язи, медіально - переднім краєм найширшого м'яза спини, знизу - гребенем клубової кістки.</p> <p>Дно трикутника утворює внутрішній косий м'яз живота.</p> <p>Є «слабким місцем» поперекової області, куди іноді виходять поперекові грижі і можуть проникати гнійники з заочеревинної клітковини.</p>
ромб <i>Лесгафта-Грюнфельда (Lesshaft-Grynfeldt)</i>	<p>простір трьох-або чотирикутної форми, відомий як верхній <i>поперековий трикутник (чотирикутник)</i>, <i>trigonum (tetragonum) lumbale superius</i>. Його сторонами є зверху XII ребро і нижній край нижньої зубчастої м'язи, медіально - латеральний край розгинача хребта, латерально і знизу - задній край внутрішнього косою м'яза живота.</p> <p>З поверхні трикутник прикривають <i>m. latissimus dorsi</i> і <i>m. obliquus externus abdominis</i>. Дном трикутника є <i>fascia thoracolumbalis</i> і апоневроз т. <i>transversus abdominis</i>. Через</p>



	<p>апоневроз проходять подреберние судини і нерв, у зв'язку з чим по їх ходу і супроводжує клітковині в міжм'язової клітковину поперекової області можуть проникати гнійники. У рідкісних випадках через верхній поперековий трикутник можуть виходити поперекові грижі.</p> <p>Є «слабким місцем» поперекової області, куди іноді виходять поперекові грижі і можуть проникати гнійники з заочеревинної клітковини.</p>
«Ніжка» нирки	Комплекс з ниркових артерії, вени і сечовода
Топографія нирок та наднирників	Права нирка розташована нижче лівої нирки (справа печінка) – XII ребро поділяє її навпіл, але правий наднирник – вище лівого наднирника
Доступ <i>Фёдорова</i>	Шкірний розріз починають від вершини кута, утвореного XII ребром і м'язом, випрямляє хребет, на відстані 7-8 см від остистих відростків, і ведуть косо і донизу, а потім у напрямку до пупка. Якщо нирка розташована занадто високо або якщо потрібно більший простір, то розріз можна зрушити краниально в одинадцяте міжребер'я.
Доступ <i>Бергмана-Ізраеля</i>	Йде за бісектрисою кута, що утворений XII ребром і зовнішнім краєм м'язу, що випрямляє хребет. На відміну від розрізу за <i>Фёдоровым</i> , цей розріз закінчують у передньої верхньої ості клубової кістки на 2 поперечних пальця вище неї. При необхідності розріз можна продовжити донизу паралельно пахвинній зв'язці (спосіб <i>Ізраеля</i>) або подовжити вгору до XI ребра.
Доступ <i>Пирогова</i>	Шкіру і інші шари розсікають від точки, що лежить на 3-4 см вище



	передньої верхньої клубової ості і розріз ведуть паралельно пахвинній зв'язці до зовнішнього краю прямого м'яза живота. Очеревину відсувають досередини і догори, сечовід оголюють до місця його впадання в сечовий міхур.
--	--

4.2. Теоретичні питання до заняття

1. Межі та зовнішні орієнтири поперекової ділянки
2. Проекції органів заочеревинного простору на задню черевну стінку
3. Пошарова топографія поперекової ділянки
4. Слабкі місця поперекової ділянки
5. Топографія поперекового нервового сплетення та його нервів
6. Пошарова будова заочеревинного простору, шляхи розповсюдження нагнійних процесів та сечових затьоків
7. Топографічну анатомію нирки та сечоводів
8. Топографічну анатомію черевної аорти, нижньої порожнистої вени, грудної лімфатичної протоки, непарної та напівнепарної вени
9. Паранефральна блокада (техніка, інструментарій, можливі ускладнення)
10. Резекція нирки
11. Нефректомія
12. Шов сечоводу
13. Дренуючі операції нирки та сечоводів
14. Загальні та спеціальні хірургічні інструменти, що необхідні для операцій на нирках та сечоводах

4.3. Практичні роботи, які виконуються на занятті

- препарування поперекової ділянки
- оперативні доступи до нирки і сечоводу



- нефректомія
- паранефральна блокада

5.Зміст заняття

Поняття «заочеревинний простір». Органи, що розташовані в заочеревинному просторі. Клітковина заочеревинного простору за *Стромбергом*, її зв'язки як шляхи поширення гнійних процесів і гематом. *Звернути увагу на єдність ембріонального розвитку, єдність фасцій, що вистилають порожнину шиї, грудей, живота і таза (фаціальний мішок Тестю)*

Textus cellulosus retroperitonealis, його безпосереднє поширення в клітковину таза і поширення в середостіння (за допомогою трикутника *Богдалека*), а також у клітковину протилежної сторони. Звернути увагу на те, що цей прошарок клітковини являє собою єдине ціле з клітковиною передочеревинного простору; на можливість ушкодження очеревини в зовнішніх межах області при оперативних утручаннях.

Paranephron, топографія, звернути увагу на те, що паранефрон є капсулою. Звернути увагу на зрощення фасціальних листків, а також на продовження їх у фасцію, що оточує сечовід.

Параколон, топографія.

Відділи і капсула нирки. Розвиток нирки. Форми нирок (бобовидна, подковоподібна, наявність декількох недорозвинених нирок). Скелетотопія і синтопія нирок. Звернути увагу на можливість ушкодження нирок при забоях поперекової ділянки, переломах ребер, комбінованих пошкодженнях грудної і черевної порожнин. Джерела кровопостачання нирки, довжина і кількість ниркових артерій, наявність додаткових гілок і їхнє значення. Венозний відтік, варіанти формування вен нирок, варіанти місця впадіння. Анастомози ниркових вен. Шляхи лімфовідтоку. Іннервація - ниркове сплетення, його формування, топографія, варіанти будови. Топографія елементів ниркової ніжки, розходження довжини ниркової ніжки з правої і лівої сторони, що зв'язано з топографією черевного відділу аорти і нижньої порожнистої вени. (Розходження довжини ниркової ніжки враховується при пересадці нирки). Аплазія та дистопія нирки.

Надирники - топографія, варіанти форми та будови. Три джерела кровопостачання надирників.

Сечоводи, топографія, скелетотопія і синтопія тазового і черевного їхніх відділів. Звуження і вигини сечоводів, клінічне значення.



Техніка розрізу за *Фёдоровим*, котрий що починається на рівні 12-го ребра і йде вниз до рівня пупка, де продовжується в поперечному напрямку на передню черевну стінку живота. Розсікається і підшкірна клітковина, поверхнева фасція, пересікаються м'язи спини, нижній зубчатий м'яз відсовується назад, а зовнішній і внутрішній косий м'язи живота розсікаються. Краї рани розсовують тупими гачками, оголюють квадратний поперековий м'яз. При цьому звернути увагу на збереження підреберного і поперековоклубового нервів, що проходять по зовнішньому краю цього м'яза. Квадратний м'яз відсувають тупим гачком назад, роз'єднують внутрішньочеревну фасцію і входять у перший прошарок заочеревинної клітковини. Відсувають очеревинний листок вперед і досередини, розсікають задній листок ниркової фасції ближче до хребтового стовпа, щоб не розкрити очеревину. Позадиниркову фасцію і жирову капсулу рекомендувати студентам розірвати обома вказівними пальцями. Жирову капсулу відокремлюють від нирки з усіх боків, виділяють ниркову ніжку, після чого нирку виводять у рану. Цю маніпуляцію проводять дуже обережно, щоб не допустити розриву ниркової ніжки. Після проведення оперативного втручання обережно занурюють нирку на місце, а рану зашивають пошарово, за винятком нижнього кута, куди вводять дренажну трубку.

Розріз *Бергмана* починається від зовнішнього краю розгинача спини, тобто на відстані 7-8 см від остистих відростків і ведуть по бісектрисі кута, утвореного 12-м ребром і зовнішнім розгиначем спини, косо книзу до передньої пахвової лінії.

Розріз *Ізраеля*. Повинно зрозуміти, що останній, на відміну від попереднього має ту саму вихідну точку, але продовжується до середньої або навіть до медіальної третини пупартової зв'язки. Розріз вкрай зручний для доступів до сечоводу на всіх його рівнях, тому що може продовжуватися при необхідності в доступ за *Пироговим*.

Нефректомія (класична). Перед оперативним втручанням необхідно переконатися в наявності і функціональній повноцінності другої нирки. Нирку після оперативного доступу обережно виводять в рану і старанно відокремлюють жирову капсулу з ніжки нирки: виділяють ниркову вену, артерію і сечовід, задню стінку миски. Сечовід намагаються виділити на можливо більшу відстань вниз. Під кожну ниркову судину (спочатку під артерію) на голці *Дешана* підводять по дві товсті лігатури на відстані 1 см одна від одної. Першою обережно затягують лігатуру ближчу до хребта, щоб не захопити стінку нижньої порожнистої вени. Потім затягують другу лігатуру і між ними і нирковими воротами накладають затискач *Фёдорова*. Кожну судину перетинають між лігатурами і затискачем *Фёдорова*. Розкривають бранші затискача і, якщо кровотечі немає, останній знімають, відсікаючи після цього кінці лігатур. Після цього, відступивши на 2-3 см нижче місця відходження сечовода, ще раз накладають затискач, а нижче затискача кетгутуві лігатури. Сечовід перетинають між ними і нирку



видаляють. Куксу сечовода обробляють спиртовим розчином йоду і занурюють у м'які тканини. При ураженому сечоводі, його видаляють у межах здорових тканин. Закінчують операцію оглядом ниркового ложа, проводять ретельний гемостаз, у ниркове ложе вводять дренаж. Пошарово, але з глибини зашивають операційну рану. Дренаж виводять через задній кут операційної рани.

6. Матеріали для самоконтролю

6.1. Завдання для контролю *вхідного* рівня знань

1. При обстеженні хворого з підозрою на опущення нирки встановлено, що верхній кінець лівої нирки досягає XII ребра, а правої - XI міжребер'я. Вкажіть нормальну скелетотопію верхнього полюсу лівої нирки.

А. XI ребро

Б. XI міжребер'я.

В. X міжребер'я.

Г. X ребро

Д. XII ребро

2. При обстеженні хворого з підозрою на опущення нирки встановлено, що верхній кінець лівої нирки досягає XII ребра, а правої - XI міжребер'я. Вкажіть нормальну скелетотопію верхнього полюсу лівої нирки.

А. XI ребро

Б. XI міжребер'я.

В. X міжребер'я.

Г. X ребро

Д. XII ребро

3. При обстеженні хворого з підозрою на опущення нирки встановлено, що верхній кінець лівої нирки досягає XI ребра, а правої - XI міжребер'я. Вкажіть нормальну скелетотопію верхнього полюсу лівої нирки.

А. XI ребро

Б. XI міжребер'я.



В.Х міжребер'я.

Г.Х ребро

Д.ХІІ ребро

4. Під час нефректомії проводиться виділення і мобілізація елементів ниркової ніжки. В якому положенні знаходиться ниркова вена в правій нирковій ніжці?

А.найбільш позаду

Б.вище і попереду від ниркової артерії

В.нижче і попереду від ниркової артерії

Г.вище і позаду від ниркової артерії

Д.нижче і позаду від ниркової артерії

5. Під час нефректомії проводиться виділення і мобілізація елементів ниркової ніжки. В якому положенні знаходиться ниркова вена в лівій нирковій ніжці?

А.найбільш позаду

Б.вище і попереду від ниркової артерії

В.нижче і попереду від ниркової артерії

Г.вище і позаду від ниркової артерії

Д.нижче і позаду від ниркової артерії

6. Під час нефректомії проводиться виділення і мобілізація елементів ниркової ніжки. В якому положенні знаходиться ниркова артерія в лівій нирковій ніжці?

А.найбільш позаду

Б.вище і попереду від ниркової вени

В.нижче і попереду від ниркової вени

Г.вище і позаду від ниркової вени

Д.нижче і позаду від ниркової вени

7. Під час нефректомії проводиться виділення і мобілізація елементів ниркової ніжки. В якому положенні знаходиться ниркова артерія в правій нирковій ніжці?



- А. найбільш позаду
- Б. вище і попереду від ниркової вени
- В. нижче і попереду від ниркової вени
- Г. вище і позаду від ниркової вени
- Д. нижче і позаду від ниркової вени

8. Під час нефректомії проводиться виділення і мобілізація елементів ниркової ніжки. В якому положенні знаходиться миска і сечовід в правій нирковій ніжці?

- А. нижче і попереду від ниркової вени
- Б. вище і попереду від ниркової артерії
- В. нижче і попереду від ниркової артерії
- Г. вище і позаду від ниркової вени
- Д. нижче і позаду від ниркової артерії

9. Під час нефректомії проводиться виділення і мобілізація елементів ниркової ніжки. В якому положенні знаходиться миска і сечовід в лівій нирковій ніжці?

- А. нижче і попереду від ниркової вени
- Б. вище і попереду від ниркової артерії
- В. нижче і попереду від ниркової артерії
- Г. вище і позаду від ниркової вени
- Д. нижче і позаду від ниркової артерії

10. Який шар буде наступним після розтину *m.transversus abdominis* при проведенні оперативного доступу за Бергманом-Ізраєлем?

- А. *m.serratus posterior inferior*
- Б. заочеревинна фасція
- В. біляободовий клітковинний простір
- Г. внутрішньочеревна фасція
- Д. заочеревинна клітковина



6.2.Завдання НДРС

6.2.1.Реферати

1. Пересадка нирки
2. Операції з приводу опускання нирки
3. Пластика сечоводів
4. Флегмони заочеревинного простору

6.2.2.Наочні посібники (стенди, фотоплакати, таблиці)

1. Заочеревинна клітковина (за *Стромбергом*) сагітальний розріз
2. Заочеревинна клітковина (за *Стромбергом*) фронтальний розріз
3. Хірургічний доступ к сечоводу за *Пироговим*

6.3.Тестові завдання для контролю *кінцевого* рівня знань

1. У хворого з флегмоною позаочеревинного простору з'явився набряк в ділянці ромба Лесгафта-Грюнфельда. Чим утворена верхньо-медіальна межа слабкого місця, через яке вийшла флегмона?

А.m.serratus posterior inferior

Б.m.obliquus abdominis externus

В.m.obliquus abdominis internus

Г.m.latissimus dorsi

Д.m.erector spinae

2. У хворого з флегмоною позаочеревинного простору з'явився набряк в ділянці ромба Лесгафта-Грюнфельда. Чим утворена нижньо-латеральна межа слабкого місця, через яке вийшла флегмона?

А.m.serratus posterior inferior

Б.m.obliquus abdominis externus

В.m.obliquus abdominis internus



Г.m.latissimus dorsi

Д.m.erector spinae

3. У хворого з флегмоною позаочеревинного простору з'явився набряк в ділянці ромба Лесгафта-Грюнфельда. Чим утворена верхньо-медіальна межа слабкого місця, через яке вийшла флегмона?

А.m.serratus posterior inferior

Б.m.obliquus abdominis externus

В.m.obliquus abdominis internus

Г.m.latissimus dorsi

Д.m.erector spinae

4. У хворого з флегмоною позаочеревинного простору з'явився набряк в ділянці ромба Лесгафта-Грюнфельда. Чим утворено дно слабкого місця, через яке вийшла флегмона?

А.m.serratus posterior inferior

Б.m.obliquus abdominis externus

В.m.obliquus abdominis internus

Г.m.transversus

Д.m.erector spinae

5. У хворого з флегмоною позаочеревинного простору з'явився набряк в ділянці ромба Лесгафта-Грюнфельда. Чим зверху прикрите слабке місце, через яке вийшла флегмона?

А.m.serratus posterior inferior

Б.m.obliquus abdominis externus

В.m.obliquus abdominis internus

Г.m.latissimus dorsi

Д.m.erector spinae

6. У хворого з флегмоною позаочеревинного простору з'явився набряк в ділянці трикутника Пті. Чим утворена медіальна межа слабкого місця, через яке вийшла флегмона?

А.m.serratus posterior inferior

Б.m.obliquus abdominis externus



В.m.obliquus abdominis internus

Г.m.latissimus dorsi

Д.m.erector spinae

7. У хворого з флегмоною позаочеревинного простору з'явився набряк в ділянці трикутника Пті. Чим утворена латеральна межа слабкого місця, через яке вийшла флегмона?

А.m.serratus posterior inferior

Б.m.obliquus abdominis externus

В.m.obliquus abdominis internus

Г.m.latissimus dorsi

Д.m.erector spinae

8. У хворого з флегмоною позаочеревинного простору з'явився набряк в ділянці трикутника Пті. Чим утворена нижня межа слабкого місця, через яке вийшла флегмона?

А.клубовий гребінь

Б.m.obliquus abdominis externus

В.m.obliquus abdominis internus

Г.m.latissimus dorsi

Д.m.erector spinae

9. У хворого з флегмоною позаочеревинного простору з'явився набряк в ділянці трикутника Пті. Чим утворено дно слабкого місця, через яке вийшла флегмона?

А.m.serratus posterior inferior

Б.m.obliquus abdominis externus

В.m.obliquus abdominis internus

Г.m.latissimus dorsi

Д.m.erector spinae

10. У хворого посттравматична гематома заочеревинного простору ускладнилась заочеревинною флегмоною, яка проникла донизу. В який клітковинний простір тазу найвірогідніше таке розповсюдження нагнійного процесу?



А. Передміхуровий

Б. задньоміхуровий

В. задньопрямкишковий

Г. біляматковий

Д. латеральний

7. Література

Основна

1. Кульчицький К.І. Оперативна хірургія і топографічна анатомія / К.І.Кульчицький, М.П.Ковальський, А.П.Дітковський, М.С.Скрипников, С.А.Солорева, В.С.Щитов, Т.Т.Хворостяна, О.Б.Кобзар, О.М.Очкуренко, В.М.Бондур, В.Б.Раскалей. - К.: Вища школа, 1994. – 464 с.
2. Оперативна хірургія та топографічна анатомія: підручник / Ю.Т.Ахтемійчук, Ю.М.Вовк, С.В.Дорошенко, О.Б.Кобзар, М.П.Ковальський, І.Л.Первак, В.І.Півторака, Н.Ю.Радомська, О.А.Радомський, М.В.Пархоменко, К.О.Прокопець, Т.Т.Хворостяна; за ред. проф. М.П.Ковальського. - К.: ВСВ «Медицина», 2010. — 504 с. + кольор. вкл. 40 с.

Додаткова

1. Большаков О.П. Оперативная хирургия и топографическая анатомия : практикум / О.П.Большаков, Г.М. Семёнов. - СПб.: Питер, 2001. – 880 с.
2. Бурых М.П. Общие основы технологии хирургических операций / Бурых М.П. - Ростов н/Д., 1999. – 544 с.
3. Войно-Ясенецкий В.Ф. Очерки гнойной хирургии / В.Ф. Войно-Ясенецкий. – СПб.: Невский диалект, 2000. – 704 с.
4. Калинин А.П. Хирургия надпочечников. Руководство для врачей / Под ред. А.П. Калинина, Н.А. Майстренко. - М.: Медицина, 2000. - 216 с.
5. Кованов В.В. Хирургическая анатомия фасций и клеточных пространств человека / В.В.Кованов, Т.И.Аникина. - М.: Медицина, 1961 - 210 с.
6. Кованов В.В. Оперативная хирургия и топографическая анатомия / В.В.Кованов. – 3-е изд. с исправл. – М.: Медицина, 1995. – 400 с.



7. Островерхов Г.Е. Оперативная хирургия и топографическая анатомия / Островерхов Г.Е., Бомаш Ю.М., Лубоцкий Д.Н. – Курск: Феникс, 1998. – 720 с.
8. Манагадзе Л.Г. Оперативная урология. Классика и новации. Руководство для врачей / Л.Г Манагадзе, Н.А. Лопаткин, О.Б.Лоран. - М.:Медицина, 2003. - 740с.
9. Матюшин И.Ф. Руководство по оперативной хирургии / Матюшин И.Ф. – Горький, 1979. - 320 с.
10. Міжнародна анатомічна номенклатура / К.: Здоров'я, 2001. – 328 с.
11. Сергиенко В.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: В 2 т.т. / В.И.Сергиенко, Э.А.Петросян, И.В.Фраучи, под общ.ред.акад. РАМН Ю.М.Лопухина. – М.: ГЭОТАР-МЕД., 2001. – Т.1. – 832 с.
12. Татьянаенко В.К. Клиническая анатомия и оперативная хирургия. / В.К.Татьяненко, А.В.Овсянников, М.И.Коган, под редакцией В.К.Татьяненко. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 640 с.