


Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования

«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней педиатрического и  
стоматологического факультетов

НИРС: Причина смерти больных с острой хирургической патологией  
брюшной полости.

Выполнила: студентка 4 курса 2 группы  
педиатрического факультета  
Белякова А.А

Проверил:  
Куртченко Ю.В.  
и Кер<sup>4</sup> 

## Содержание.

Введение.....	3
1. Острый аппендицит.....	5
2. Перфорация язвы желудка или двенадцатиперстной кишки .....	7
3. Острые желудочно-кишечные кровотечения.....	9
4. Острый холецистит.....	10
5. Острый панкреатит.....	12
6. Острая кишечная непроходимость.....	13
7. Ущемленная грыжа.....	15
8. Перитонит.....	16
Заключение.....	17
Список использованной литературы.....	18

## Введение

Ряд неотложных состояний в медицинской практике, и в первую очередь острые хирургические заболевания брюшной полости, требуют от всех врачей минимум знаний для диагностики и немедленного применения определенных лечебных мероприятий т.к. это угрожает жизни больного. Диагностика этих заболеваний особенно на фоне сопутствующей патологии и применения обезболивающих препаратов становится крайне затруднительной даже для хирургов, осуществляющих динамическое наблюдение за пациентом в условиях стационара.

Необходимо помнить, что диагноз заболевания складывается в первую очередь из тщательно собранного и целенаправленного анамнеза и объективного обследования больного.

После установления внезапности заболевания наиболее частыми в анамнезе встречаются жалобы на боли в животе (субъективный симптом). При этом очень важно выяснить время возникновения болей и с какими обстоятельствами она имеет связь: приемом пищи, физическим напряжением, ударом в живот, падением, алкогольным опьянением и т.д.

Уточнить характер этих болей: схваткообразные, кинжальные, колющие, режущие, дергающие, постоянные или преходящие, иррадиация болей: отдают в поясницу, лопатку, мошонку или паховую область, ключицу, опоясывающие, загрудинные, давность болей: возникли впервые или имели место в прошлом, их частота, поведение больного при болях.

Вторым наиболее частым признаком в анамнезе выявляется рвота, тошнота. Нередко больные отмечают только тошноту. В первую очередь следует выяснить частоту рвоты: одно-двух-трекратная или неукротимая, изнуряющая, характер рвоты: съеденной пищей, слизью, желчью, зеленью, с примесью крови или цвета кофейной гущи, запах рвотных масс: тухлым яйцом, кишечным содержимым или без запаха, приносит рвота облегчение или нет.

Следующим анамнестическим признаком можно выявить задержку стула и газов. Здесь чрезвычайно важно установить, имела ли место патология со стороны толстого кишечника: хронические запоры, наличие в кале слизи с розовой окраской или кровью, сопровождается ли задержка газов и стула схваткообразными болями, урчанием кишечника, перекатами по кишечнику или периодическими вздутиями в отдельных местах живота, отрыжкой или повторяющимися рвотами. Следует также уточнить: указанные жалобы возникли впервые или аналогичные явления наблюдались и в прошлом, их аналогия по длительности и интенсивности.

В анамнезе также следует выявить повышалась ли температура тела, не имело ли место нарушение акта мочеиспускания или уменьшение количества мочи.

Чрезвычайно важно также установить какое лечение больной принимал по поводу возникшего заболевания в порядке самолечения или по назначению медработников (клизмы, грелки, обезболивающие, антибиотики и др.).

## 1. Острый аппендицит

Аппендицитом называется воспаление червеобразного отростка (аппендикса) слепой кишки. Червеобразный отросток состоит из лимфоидной ткани и играет роль в местном иммунитете желудочно-кишечного тракта. Длина червеобразного отростка в среднем 7-8 мм.

### Причины возникновения

Причин возникновения острого аппендицита множество: закупорка (обтурация) отростка каловым камнем, безоаром (скопление пищевых волокон) или разрастание соединительной тканью, инфицирование аппендикса при некоторых инфекционно-воспалительных заболеваниях органов брюшной полости (инфекционный энтероколит), аллергия и даже острый тромбоз сосудов червеобразного отростка.

### Стадии и симптомы острого аппендицита

В зависимости от продолжительности заболевания и развивающихся в стенке червеобразного отростка изменений выделяют несколько стадий острого аппендицита.

1) Катаральный аппендицит (0-6 часов). Как правило, боли при остром аппендиците сначала появляются в верхних отделах живота, в желудке или околопупочной области и в течение нескольких часов, постепенно нарастая, перемещаются в правую подвздошную область. Возможна умеренная тошнота, однократная рвота и повышение температуры тела до 37,5 гр. В крови повышается уровень лейкоцитов до 12000000/мл. На этой стадии не всегда удается точно установить диагноз, так как при пальпации живота может определяться только умеренная болезненность в правой подвздошной области.

2) Флегмонозный аппендицит (6-24 часа). По мере нарастания воспалительных изменений в аппендиксе боли в правой подвздошной области также нарастают, усиливаются диспептические расстройства (тошнота), сухость во рту, температура тела повышается до 38 гр. Уровень лейкоцитов увеличивается до 18-20000000/мл. На стадии флегмонозного аппендицита за счет перехода воспаления с аппендикса на брюшину (внутренняя выстилка брюшной полости) появляются характерные перитонеальные симптомы, позволяющие в большинстве случаев хорошему клиницисту уверенно подтвердить диагноз острого аппендицита и немедленно начать предоперационную подготовку.

3) Гангренозный аппендицит (24-72 часа). Эта стадия характеризуется омертвением (некрозом) оболочек аппендикса, а также разрушением проходящих в них сосудов и нервных окончаний. За счет этого больные иногда отмечают уменьшение болей, также возможно снижение уровня лейкоцитов в крови. Данный период заболевания называется также периодом «мнимого благополучия». Однако на стадии гангренозного аппендицита нарастает интоксикация, больной слабеет. Воспалительный процесс

распространяется далее по брюшине. Продукты распада клеток всасываются в кровь. Нарастает рвота, сухость во рту, температура тела повышается более 38 гр., учащается пульс. Больной может ввести врача в заблуждение, отмечая уменьшение болей. Однако затягивание оперативного вмешательства на этой стадии с каждой минутой существенно уменьшает шансы на выздоровление.

4) Перфоративный аппендицит характеризуется полным разрушением стенок аппендикса и попаданием инфицированного содержимого червеобразного отростка в свободную брюшную полость. В этот момент боли снова начинают усиливаться и становятся нестерпимыми. Однако после прободения стенок аппендикса и попадания инфекции в брюшную полость эти боли трудно локализовать именно в правой подвздошной области. Начинает болеть весь живот. Состояние больного прогрессивно ухудшается, он не может встать с постели. Больного мучит жажда, многократная рвота, температура тела повышается до 39 гр. и выше. В этот период даже оперативное вмешательство не гарантирует выздоровления.

Единственным методом лечения острого аппендицита является удаление аппендикса (аппендэктомия). До распространения воспалительного процесса по всей брюшине на стадиях катарального, флегмонозного, гангренозного аппендицита и при отсутствии изменений на слепой кишке мы выполняем аппендэктомию лапароскопическим способом (лапароскопическая аппендэктомия), то есть через небольшие разрезы, что уменьшает операционную травму.

В заключении следует подчеркнуть, что острый аппендицит, в отличие от других заболеваний, описываемых на данном сайте, относится к разделу экстренной (ургентной) хирургии. Больные с подозрением на острый аппендицит госпитализируются в экстренном порядке, и аппендэктомия выполняется только по показаниям. Госпитализация для профилактического удаления червеобразного отростка не проводится.

## 2. Перфорация язвы желудка или двенадцатиперстной кишки

Перфорация язвы желудка или двенадцатиперстной кишки относится к крайне опасным осложнениям язвенной болезни. Приблизительно в 25 % случаев перфорация язвы наступает среди полного здоровья и является, таким образом, первым симптомом язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки. Перфоративная язва встречается в любом возрасте, чаще у мужчин.

Клиника. При описании клинической картины перфоративной (прободной) язвы желудка и двенадцатиперстной кишки нельзя не привести высказывание известного французского хирурга и клинициста Г. Мондора: «...Внезапная жестокая боль в верхней части живота; ригидное сокращение всей брюшной стенки. Если к этому присоединяются точные анамнестические данные желудочного характера, то картина болезни сразу вызывает определенные предположения. При наличии этих трех признаков врач может поставить диагноз высокой перфорации пищеварительного тракта и настаивать на немедленном хирургическом вмешательстве».

Это сочетание остро возникших болей в верхней половине живота, выраженного напряжения брюшных мышц и «желудочного» анамнеза являются классическим признаком прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки и получили название «триады Мондора».

Прободение начинается внезапно с резких кинжальных болей в верхней половине живота. Больной бледнеет, покрывается холодным потом. Из-за болей занимает вынужденное положение: ноги согнуты в коленях и подтянуты к животу, любое движение вызывает сильную боль. При этом иногда бывает необильная рвота. Отмечается сильная слабость. Этот первый период в течении прободной язвы (период шока) продолжается 3--6 ч, после чего интенсивность болей может снижаться. Степень уменьшения болей в животе может быть различной, вплоть до полного их исчезновения - наступает период мнимого благополучия продолжительностью 6--12 ч. Наибольшее число диагностических ошибок и, естественно, обусловленное ими отсутствие правильного лечения происходит при обращении больного за помощью в период мнимого благополучия. Установлению точного диагноза или хотя бы возникновению подозрения на прободную язву помогают тщательно собранный анамнез, определение факта остро возникших болей среди полного здоровья, имеющиеся при этом указания на симптомы заболевания желудка.

Третий период наиболее опасный -- период возникновения перитонита.

Лечение и тактика. Лечение прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки только оперативное. Результаты операции и выздоровление больного прямо зависят от времени, прошедшего с момента перфорации язвы до операции. Показана срочная госпитализация в хирургическое отделение.

Транспортировка лежа на носилках. При транспортировке более 3 - 4 допустимо введение анальгетиков.

Наиболее сложная ситуация наступает, когда до стационара нужно ехать более 3--4 ч, а у больного прошло много времени с момента перфорации. Больному проводится весь комплекс консервативного лечения перитонита. Кроме того, в желудок через нос вводится тонкий зонд. Желудок не промывать ни в коем случае! Тщательно с помощью шприца Жане отсасывается желудочное содержимое, и зонд оставляется в желудке для постоянного удаления содержимого. Это делается для того, чтобы как можно меньше желудочного содержимого попало в свободную брюшную полость через перфорационное отверстие. Все лечебные мероприятия, выполняемые при транспортировке, должны быть записаны по часам и приложены к направлению.



### 3. Острые желудочно-кишечные кровотечения

Клиническая характеристика острых желудочно-кишечных кровотечений. Желудочно-кишечные кровотечения делятся на язвенные и неязвенные. Язвенные кровотечения -- язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Это наиболее частые причины желудочно-кишечных кровотечений. Небольшую долю кровотечений сопровождают неязвенные кровотечения: доброкачественные и злокачественные опухоли желудка, эрозивный гастрит, синдром Маллори-Вейсса (трещина слизистой оболочки желудка в его субкардиальном отделе).

Клиника. Кардиальные симптомы желудочно-кишечных кровотечений: кровавая рвота -- главный симптом кровотечения. Она может быть однократной и повторной, чаще цвета кофейной гущи, в некоторых случаях -- рвота алой кровью со сгустками; дегтеобразный стул -- мелена, постоянный симптом гастродуоденального кровотечения. В зависимости от интенсивности кровотечения он может проявляться через несколько часов или на 2-3 сутки. При значительной кровопотере у больных развивается картина общего малокровия: появляется общая слабость, головокружение, бледность кожи и слизистых, учащается пульс, снижается АД. При неизвестных кровотечениях причиной тяжелого состояния являются эрозивный гастрит, рак желудка и нормальная гипертензия. Все другие неязвенные кровотечения встречаются сравнительно редко и для экстренной диагностики, особенно фельдшерской, большого значения не имеют.

Неотложная помощь. Все больные с острыми гастродуоденальными кровотечениями подлежат экстренной госпитализации лежа на носилках в хирургическое отделение. Целесообразно внутривенное введение 100-150 мл аминокaproновой кислоты, 10--20 мл 10%-ного хлористого или глюконата кальция, 250-300 мл дицинона, 1-3 мл викасола; при низком АД -- введение наряду с вышеуказанными препаратами 400 мл полиглюкина или реополиглюкина. Обязателен холод на живот.

#### 4. Острый холецистит

Острый холецистит -- это процесс воспаления желчного пузыря. Данное заболевание принадлежит к хирургическим болезням и занимает 2 место за аппендицитом.

В течение уже нескольких десятилетий растет число больных и в настоящее время колеблется от 20 до 25% в общей доле пациентов отделений хирургии. Острый холецистит в абсолютном выражении по смертности выше, чем острый аппендицит, перфоративные гастродуоденальные язвы, ущемленные грыжи и уступающая острой кишечной непроходимости. Летальный исход после операций составляет от 2 до 12%, у пожилых людей показатель варьируется около 20%. Среди больных в основном женщины от 45 лет, у которых в анамнезе проходит хронический калькулезный холецистит.

Острый холецистит - это осложнение холелитиаза, являющегося желчекаменной болезнью, которая характеризуется наличием камней в желчном пузыре. Около 95% больных острым холециститом присутствует холелитиаз.

Причины острого холецистита:

- закупорка пузырного протока, по которому из желчного пузыря вытекает желчь желчным камнем;
- попадание инфекции.

Если дренажная функция не нарушена и отсутствует задержка желчи, то инфекция, попадая в желчный пузырь, не вызывает воспаление. В обратном случае возникают условия для воспаления.

Причины нарушения желчного оттока из пузыря:

1. камни;
2. перегибы извитого или удлинённого пузырного протока и его сужение.

Бескаменный холецистит представляет собой воспалительный процесс желчного пузыря при отсутствии в нем камней. Проявляется от 5 - 10% всех случаев острого холецистита.

Факторы риска возникновения острого холецистита:

- тяжелые заболевания (ожоги, большие операции, сепсис, травмы);
- длительное голодание и полное парентеральное питание (являются предрасположением к застою желчи).

*Иммунодефицит.* Васкулит (например, узелковый полиартериит, красная волчанка). Возникает в результате нарушения режима питания; физической, психической или эмоциональной нагрузки. Болевые ощущения возникают в правом подреберье, могут отдавать в подложечную область (эпигастрий), плечо и правую лопатку.

Лечение острого холецистита включает:

- Строгая диета: первые 1-2 сутки - голодная диета, в последующем пюре из фруктов и овощей, каша, нежирное мясо, молочно-кислые продукты низкой жирности, компот, минеральная негазированная вода;

- Применение препаратов из группы опиоидных анальгетиков (кеторолак) с целью подавления воспалительного процесса у больных;

- Использование антибиотиков парентерально (внутривенно или внутримышечно);

- При отсутствии результата медикаментозным лечением рекомендуется холецистэктомия (удаление желчного пузыря). Альтернативой холецистэктомии для пациентов с очень высоким хирургическим риском, таких, как пожилые люди с бескаменным холециститом, а также те, кто находятся в отделении реанимации из-за ожогов, травм или дыхательной недостаточности является чрескожная холецистотомия (эндоскопическая операция).

## 5. Острый панкреатит

Острый панкреатит - очень опасное заболевание, в основе которого лежит полное или частичное самопереваривание (некроз) поджелудочной железы.

В поджелудочной железе вырабатываются основные ферменты, полностью расщепляющие белки, жиры и углеводы пищи. В норме в железе эти ферменты находятся в неактивном состоянии, а активируются только, попав в просвет кишки; при этом катализаторами (активаторами) панкреатических ферментов служат желчь и кишечный сок.

При остром панкреатите вследствие тех или иных причин происходит активация ферментов в самой поджелудочной железе. Они-то и повреждают тканевые структуры органа. К развитию острого панкреатита ведут такие патологические процессы, как перевозбуждение секреции железы, расстройства оттока панкреатического сока, а также изменение его химических свойств (повышение вязкости).

Диагностика острого панкреатита базируется на клинических и лабораторных признаках, но в разные периоды развития включает и такие методы, как ультразвуковое исследование (УЗИ), эндоскопию желудка и двенадцатиперстной кишки (фиброгастродуоденоскопию -ФГДС); прокол брюшной стенки с исследованием жидкости при перитоните; лапароскопию с осмотром органов брюшной полости; различные рентгеновские исследования (легких, плевры, желудка, желчевыводящих путей); компьютерную рентгеновскую или ядерно-магнитную томографию (КТ) для поиска гнойников и т. д.

При остром тяжелом панкреатите очень важно вовремя диагностировать осложнения и устранить их: это залог выздоровления.

Лечение острого панкреатита проводится в хирургическом отделении. Больных с тяжелыми формами и с осложнениями панкреатита помещают в отделение реанимации. Дать универсальную схему лечения острого панкреатита невозможно: на эту тему постоянно выпускаются новые монографии, журнальные статьи, методические рекомендации и пр. При этом лечебные мероприятия очень индивидуализированы: наименьший их объем назначают пациентам с легким панкреатитом, наибольший - с тяжелым и осложненным.

## 6. Острая кишечная непроходимость

Острая кишечная непроходимость - грозное, опасное для жизни осложнение многих заболеваний желудочно-кишечного тракта, в том числе опухолей собственно кишечника, а также опухолей других органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Несмотря на успехи медицины, при неоказании своевременной медицинской помощи в первые 6 часов развития от острой кишечной непроходимости гибнет до 90% больных.

Пациентам с раком толстой и тонкой кишки, особенно на поздних стадиях заболевания, при наличии массивных метастазов в области ворот печени, важно знать первые признаки развития острой кишечной непроходимости, чтобы своевременно обратиться за медицинской помощью в лечебное учреждение.

Суть острой кишечной непроходимости состоит в быстром прекращении нормального физиологического прохождения (пассажа) пищи по пищеварительному тракту.

Кишечная непроходимость бывает полной или частичной. При частичной непроходимости пассаж пищи резко ограничен. Так, например, при стенозе (сдавлении) опухолевым конгломератом толстой кишки ее диаметр может уменьшиться до 1-3 мм. В результате через такое отверстие может проходить только небольшое количество пищи. Диагностируется такое поражение при проведении гастроскопии или колоноскопии, в зависимости от места развития сужения кишки.

Среди факторов, предрасполагающих к механической кишечной непроходимости, наиболее часто встречаются:

- спаечный процесс в брюшной полости (как следствие взаимодействия между опухолью и окружающими тканями, и как осложнение после операций по удалению первичного очага опухоли);
- индивидуальные особенности строения кишечника (долихосигма, подвижная слепая кишка, дополнительные карманы и складки брюшины),
- грыжи передней брюшной стенки и внутренние грыжи.

Поскольку непроходимость кишечника представляет собой осложнение различных заболеваний, нет, и не может быть единого способа ее лечения. Вместе с тем принципы лечебных мероприятий при этом патологическом состоянии, достаточно единообразны. Они могут быть сформулированы следующим образом.

1. Все больные с подозрением на непроходимость должны быть срочно госпитализированы в хирургический стационар. Сроки поступления таких пациентов в лечебные учреждения во многом определяют прогноз и исход заболевания. Чем позже госпитализируются больные с острой кишечной непроходимостью, тем выше уровень летальности.

2. Все виды странгуляционной кишечной непроходимости, как и любые виды обтурации кишечника, осложненные перитонитом требуют неотложного хирургического вмешательства. В связи с тяжелым состоянием больных может быть оправдана только кратковременная (не более 1,5-2 часов) интенсивная предоперационная подготовка.

3. Динамическая кишечная непроходимость подлежит консервативному лечению, так как хирургическое вмешательство само по себе приводит к возникновению или усугублению пареза кишечника.

4. Сомнения в диагнозе механической кишечной непроходимости при отсутствии перитонеальной симптоматики указывают на необходимость проведения консервативного лечения. Оно купирует динамическую непроходимость, устраняет некоторые виды механической, служит предоперационной подготовкой в тех случаях, когда это патологическое состояние не разрешается под влиянием терапевтических мероприятий.

5. Консервативное лечение не должно служить оправданием необоснованной задержки хирургического вмешательства, если необходимость его проведения уже назрела. Снижение летальности при кишечной непроходимости может быть обеспечено, в первую очередь, активной хирургической тактикой.

6. Хирургическое лечение механической кишечной непроходимости предполагает настойчивую послеоперационную терапию водно-электролитных расстройств, эндогенной интоксикации и пареза желудочно-кишечного тракта, которые могут привести больного к гибели даже после устранения препятствия для пассажа кишечного содержимого.

## 7. Ущемленная грыжа

Под ущемлением грыжи понимают внезапное или постепенное сдавление какого-либо органа брюшной полости в грыжевых воротах, приводящее к нарушению его кровоснабжения и, в конечном итоге, к некрозу. Могут ущемляться как наружные (в различных щелях и дефектах стенок живота и тазового дна), так и внутренние (в карманах брюшной полости и отверстиях диафрагмы) грыжи.

Ущемление развивается у 8-20 % больных с наружными брюшными грыжами. Если учесть, что «грыженосители» составляют около 2 % населения, то общее количество больных с этой патологией достаточно велико в практике экстренной хирургии. Среди пациентов преобладают лица пожилого и преклонного возраста. Летальность у них достигает 10 %.

Хирургическая тактика однозначно указывает на необходимость не замедлительного оперативного лечения ущемлённой грыжи вне зависимости от вида грыжи и срока ущемления. Единственное противопоказание к операции - агональное состояние больного. Любая попытка вправления грыжи на догоспитальном этапе или в стационаре представляется недопустимой из-за опасности перемещения в брюшную полость органа, подвергшегося необратимой ишемии.

Конечно, существуют исключения и из этого правила. Речь идет о больных, находящихся в крайне тяжелом состоянии из-за наличия сопутствующих заболеваний, у которых с момента ущемления, произошедшего на глазах у врача, прошло не более 1 часа. В таких ситуациях операция представляет для пациента значительно больший риск, чем попытка вправления грыжи. Поэтому можно осторожно её предпринять. Если с момента ущемления, прошло немного времени, то вправление грыжи допустимо и у детей, особенно раннего возраста, поскольку у них мышечно-апоневротические образования брюшной стенки более эластичны, чем у взрослых, и значительно реже наступают деструктивные изменения в ущемленных органах.

## 8. Перитонит

Перитонит (от греч. *peritynaion* -- брюшина), воспаление брюшины. Возникает вследствие острого аппендицита, прободной язвы желудка или 12-перстной кишки, кишечной непроходимости и некоторых др. заболеваний органов брюшной полости или их травм, а также осложнений хирургических вмешательств (послеоперационный П.). Возбудители П.-- кокки, кишечная палочка. П., обусловленные последней,-- так называемые каловые перитониты (например, при деструктивных аппендицитах или прободении опухоли кишки), отличаются наиболее тяжёлым течением. В зависимости от распространённости процесса различают местный П. (ограниченный каким-либо отделом брюшной полости) и разлитой П., симптомы которого -- резкие боли в животе, рвота, задержка стула и газов (так называемая паралитическая кишечная непроходимость), местное или разлитое напряжение мышц живота, резкая болезненность при ощупывании передней брюшной стенки, общая интоксикация организма (повышение температуры, учащение сердечных сокращений, нейтрофильный лейкоцитоз) составляют клиническую картину острого живота. П. с хроническим течением (обычно при туберкулёзе) встречаются редко и протекают со скоплением выпота в брюшной полости (выпотной П.) или с образованием массивных сращений (адгезивный П.); по характеру выпота различают серозные, гнойные, фибриновые, гнилостные П. Лечение П. оперативное. Профилактика-- своевременное распознавание и лечение острых заболеваний брюшной полости.



## Заключение

Неотложная хирургия органов брюшной полости является одним из наиболее сложных разделов хирургии.

С одной стороны, это обусловлено распространенностью патологии -- оказание помощи пациентам с острыми хирургическими заболеваниями и повреждениями органов брюшной полости составляет большую часть работы общехирургических стационаров.

С другой -- большим количеством заболеваний, как относящихся, так и не относящихся к острым хирургическим заболеваниям органов брюшной полости, но имеющих очень схожую клиническую картину.

С третьей -- весьма ограниченным отрезком времени (зачастую не более 1-2 часов), в течение которого врач обязан, используя минимально необходимые вспомогательные методы диагностики, поставить правильный диагноз и принять оптимальное тактическое решение. Однако все это возможно лишь при твердом знании врачами клинических проявлений данных заболеваний и умении проводить дифференциальную диагностику.

Недооценка жалоб, анамнеза заболевания, данных объективного, инструментального и лабораторного обследования пациента может стать причиной диагностической ошибки и в связи с этим -- несвоевременно начатого лечения, пролонгации применения хирургического вмешательства и т.д. Все это, к сожалению, может привести к развитию тяжелых осложнений и даже к летальному исходу.

Последние десятилетия ознаменовались достаточно бурным развитием хирургии в целом, в т.ч. и экстренной абдоминальной хирургии. В клиническую практику внедрены новые методы диагностики, хирургических вмешательств, в т.ч. малотравматичные лечебные технологии, современные фармакологические средства, а также принципы ведения пациентов в послеоперационном периоде.

### Список использованной литературы

- 1) Бибииков, Ю.Н. Общая хирургия: Учебное пособие / Ю.Н. Бибииков. - СПб.: Лань, 2014. - 272 с.
- 2) Васильев, В.К. Общая хирургия: Учебное пособие / В.К. Васильев, А.П. Попов и др. - СПб.: Лань, 2014. - 272 с.
- 3) Ковалев, А.И. Общая хирургия: курс лекций: Учебное пособие / А.И. Ковалев. - Ереван: МИА, 2013. - 760 с.
- 4) Хирургические болезни [Текст]: учебник /ред. М.И. Кузин. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 992 с.
- 5) Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник. В 2 т. /ред. В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 720 с.

## Рецензия

**на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой  
производственной практики "Производственная клиническая практика  
(помощник врача стационара, научно-исследовательская работа)»  
обучающегося по специальности 31.05.02 Педиатрия 4 курса 2 группы**

**Беляковой А.А.**

Представленная для отчета научно-исследовательская работа по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) соответствует направлению практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. Научно-исследовательская работа представлена в сроки, предусмотренные учебным планом. При защите научно-исследовательской работы обучающийся показал высокий уровень владения знаний по теме работы, дал четкие, исчерпывающие ответы при зачете.

Работа частично оформлена в соответствии с требованиями к научно-исследовательской работе. В научно-исследовательской работе содержатся современные сведения по актуальным вопросам хирургии, имеется список литературы, оформленный с недочетами, некорректно оформлен план работы, имеются недочеты при оформлении печатной работы.

В целом студент освоил предусмотренные рабочей программой производственной клинической практики (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) компетенции, научно-исследовательская работа зачтена с оценкой «хорошо».

Ответственный по производственной  
клинической практике  
(помощник врача стационара,  
научно-исследовательская работа),  
доцент



Кухтенко Ю.В.