

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский
университет»

Министерства здравоохранения РФ

Кафедра хирургических болезней педиатрического и
стоматологического факультетов

Научно-исследовательская работа

**Причина смерти больных с острой
хирургической патологией брюшной полости**

Выполнила: студентка 4 курса 9 группы
педиатрического факультета

Мурадян Ани Артуровна

Проверил: доцент,

кандидат медицинских наук

Кухтенко Юрий Владимирович

и.о. проф. Куз.

Волгоград, 2018 год

Содержание:

Введение.....	3
Острая кишечная непроходимость.....	4
Острый аппендицит.....	5
Осложнения острого аппендицита.....	6
Прободная язва желудка и 12-перстной кишки.....	13
Ущемленная грыжа.....	14
Острый холецистит.....	15
Острый панкреатит.....	16
Желудочно-кишечные кровотечения.....	17
Заключение.....	18
Список литературы.....	19

Введение

Широко известно, что изучение причин смертности больных способствуют улучшению организационно-тактических и лечебно-диагностических вопросов в экстренной хирургии.

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.

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.

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.).

Острая кишечная непроходимость

Клиника. Больные жалуются на сильные схваткообразные боли, тошноту, рвоту, задержку газов и стула, вздутие живота, усиление перистальтики, нередко слышимую у постели больного, во время которой усиливаются боли и вздутие живота. Стихание перистальтики сопровождается стиханием болей и уменьшением вздутия. У пожилых людей болевой симптом может быть менее выраженным. Рвота с примесью кишечного содержимого, зловонная, тем более выраженная, чем выше непроходимость, а при непроходимости толстого кишечника может отсутствовать в течение нескольких дней, локального вздутия живота при этом не наблюдается, он вздут равномерно.

Помогают в распознавании заболевания симптомы:

Симптом Валя: при перкуссии живота определяется высокий тимпанит над раздутой петлей кишки выше места непроходимости.

Симптом Склярова: при резком покачивании живота в месте вздутия определяется шум плеска (скопившихся жидкости и газа).

Симптом Спасокукотского: при аускультации живота выслушивается шум падающей капли.

Симптом Бейли: при аускультации живота слышны тоны сердечных сокращений.

Симптом Обуховской больницы: при пальцевом исследовании прямой кишки обнаруживается баллонообразное вздутие ампулы прямой кишки, расслабление наружного сфинктера.

Острый аппендицит

Клиника. Боли выражены не постоянно, одинаковой интенсивности, могут начинаться с подложечной области с переходом через 2-4 часа в правую подвздошную область или сразу возникать в правой подвздошной области. Однако локализация болей может быть самой разнообразной, в зависимости от места расположения червеобразного отростка: у пупка, над лоном, в левой подвздошной области, в правой поясничной области и т.д. в том числе без определенной локализации. Боли постепенно могут нарастать и распространяться по всему животу (перитонит). В начале заболевания отмечаются тошнота, рвота желудочным содержимым. При расположении отростка в малом тазу может наблюдаться понос, а при ретроцекальном - симулировать приступ почечной колики.

Выявляются следующие симптомы:

Симптом Блюмберга-Щеткина: в месте наибольшей болезненности производят давление на переднюю брюшную стенку пальцами кисти до появления болей, затем резко отнимают руку от передней брюшной стенки. При этом боли усиливаются.

Симптом Воскресенского: если через натянутую рубашку быстро провести ладонью от правого реберного края до правой подвздошной области, то появляется болезненность под пальцами кисти в правой подвздошной области.

Симптом Ситковского: в положении больного на левом боку возникает боль в правой подвздошной области.

Симптом Бартомье-Михельсона: болезненность при пальпации правой подвздошной области в положении на левом боку.

Осложнения острого аппендицита

Причинами осложнений при остром аппендиците являются:

- позднее оперативное вмешательство вследствие позднего установления диагноза
- дефекты хирургической техники
- непредвиденные причины

Несвоевременное поступление больных, поздняя диагностика являются наиболее частыми причинами возникновения осложнений при остром аппендиците.

Ранний период (первые двое суток) характеризуется отсутствием осложнений, процесс обычно не выходит за пределы отростка, хотя могут наблюдаться деструктивные формы и даже перфорация, особенно часто у детей и стариков. В межуточном периоде (3-5 сутки) обычно возникают: перфорация отростка, местный перитонит, тромбоз вен брыжеечки отростка, аппендикулярный инфильтрат.

В позднем периоде (после 5 суток) наблюдаются: разлитой перитонит, аппендикулярные абсцессы (вследствие абсцедирования инфильтрата или в результате отграничения после перитонита), тромбоз воротной вены – пилефлебит, абсцессы печени, сепсис.

В клиническом течении острого аппендицита выделяют следующие осложнения:

- Перфорация
- Аппендикулярный инфильтрат
- Локальные абсцессы брюшной полости (межкишечный, тазовый, поддиафрагмальный, подпеченочный и др.)
- Перитонит
- Септический тромбоз воротной вены и ее притоков (пилефлебит)

Классификация осложнений в послеоперационном периоде.

Осложнения операционных ран: нагноение раны, эвентрация, серома, инфильтрат, лигатурный свищ

Осложнения со стороны брюшной полости: перитонит вследствие запущенного острого аппендицита на догоспитальном этапе лечения больного или возникший в результате несостоятельности швов культи червеобразного отростка, абсцессы и гнойники брюшной полости (чаще вследствие общего

перитонита), кишечные свищи, кровотечения (возможны как в зоне послеоперационной раны — подкожные, межмышечные, так и в брюшную полость), острая послеоперационная кишечная непроходимость

Осложнения со стороны других органов и систем: дыхательной, сердечно-сосудистой, мочевыделительной и др.

Перфорация

Перфорация – развивается обычно на 2-3 день от начала приступа при деструктивных формах аппендицита, характеризуется внезапным усилением боли, появлением выраженных перитонеальных симптомов, картиной местного перитонита, нарастанием лейкоцитоза. В некоторых случаях при наличии нерезких болей в раннем периоде момент перфорации указывается больными, как начало заболевания.

Аппендикулярный инфильтрат

Термином “аппендикулярный инфильтрат” принято обозначать конгломерат воспалительно-измененных органов и тканей, в центре которого находится подвергшийся частичной или полной деструкции червеобразный отросток. Аппендикулярный инфильтрат осложняет течение острого аппендицита в 1-3 % случаев. Главным образом он является результатом несвоевременного обращения больного к врачу и гораздо реже – результатом диагностической ошибки на догоспитальном или стационарном этапе. Типичная клиника аппендикулярного инфильтрата развивается, как правило, спустя 3-5 дней от начала заболевания.

Имевшиеся в первые дни болезни самостоятельные боли полностью стихают, самочувствие больных улучшается, хотя температура еще остается субфебрильной. Общее состояние больных при этом также улучшается. При объективном исследовании живота не удается выявить мышечного напряжения или других симптомов раздражения брюшины. В то же время в правой подвздошной области, где чаще всего локализуется инфильтрат, можно прощупать довольно плотное, малоблезненное и малоподвижное опухолевидное образование. Размеры инфильтрата могут быть различными, иногда он занимает всю правую подвздошную область.

Нередко оказываются положительными симптомы Ровзинга и Ситковского. Лейкоцитоз, как правило, умеренный с наличием нейтрофильного воспалительного сдвига.

В диагностике аппендикулярного инфильтрата исключительную роль играет анамнез. Дифференциальный диагноз проводится с опухолями толстой кишки и забрюшинного пространства, заболеваниями правой почки, заболеваниями гениталий у женщин.

Исходом аппендикулярного инфильтрата может быть либо его рассасывание, либо абсцедирование. Это обуславливает своеобразие хирургической тактики, которая принципиально является консервативно-выжидательной: в первые дни постельный режим, щадящая диета, антибактериальная терапия, местно – холод; по стихании острых явлений – рассасывающая физиотерапия. При отсутствии тенденции к нагноению полное рассасывание аппендикулярного инфильтрата происходит спустя 3-5 недель от начала заболевания. Больным рекомендуют плановую аппендэктомию через 2-3 месяца после выписки из стационара.

Аппендикулярные абсцессы

Аппендикулярные абсцессы – развиваются в позднем периоде чаще являясь следствием нагноения аппендикулярного инфильтрата (до операции) или отграничение процесса при перитоните (чаще после операций). Развивается на 8-12 сутки после начала заболевания.

Общие признаки абсцедирования: ухудшение общего состояния, повышение температуры тела и ее гектический характер, иногда с ознобами, нарастание лейкоцитоза и сдвига лейкоцитарной формулы влево, лейкоцитарного индекса интоксикации.

При объективном исследовании отмечается пальпируемое в брюшной полости болезненное образование, умеренное напряжение мышц брюшной стенки, появляются симптомы раздражения брюшины. При осторожной пальпации обнаруживают инфильтрат с нечеткими границами, размеры которого постепенно увеличиваются.

Все они подлежат вскрытию, санации и дренированию по общим правилам хирургии (*ubi pus ibi evasuo*).

Их вскрывают вне-, или чрезбрюшинно кратчайшим путем над местом проекции абсцесса, проникая в полость его тупо и предупреждая попадание гноя в свободную брюшную полость. При обнаружении гангренозного отростка, последний удаляют.

Чаще же червеобразный отросток расплавлен. Полость абсцесса дренируют. Абсцессы брюшной полости аппендикулярного происхождения, помимо правой подвздошной ямки, могут локализоваться между петлями кишечника, в поддиафрагмальном пространстве и прямокишечно-маточном или прямокишечно-пузырном углублении (Дугласовом кармане), забрюшинно. Для абсцесса Дугласова кармана характерны учащенный болезненный стул, иррадиация болей в промежность, прямую кишку, дизурические явления.

При ректальном и влагалищном исследовании удается определить располагающийся впереди от прямой кишки болезненный инфильтрат с

участком размягчения. Распознавание абсцесса брюшной полости служит показанием к его неотложному вскрытию. Абсцесс Дугласова кармана вскрывается через прямую кишку у мужчин и через задний свод влагалища – у женщин.

В случае перфорации забрюшинно расположенного отростка гной непосредственно проникает в забрюшинное пространство. При ретроцекальной позиции отростка и образовании периаппендикулярного абсцесса не исключается возможность расплавления заднего листка париетальной брюшины и перехода воспаления на забрюшинную клетчатку. Появление других забрюшинных абсцессов можно объяснить распространением инфекции из воспаленного отростка по лимфатическим путям к ретроперитонеальным узлам.

Характерные признаки забрюшинного гнойника: лихорадка, боли в пояснице и по ходу гребня подвздошной кости, а также контрактура в тазобедренном суставе. Оперативный доступ к вскрытию забрюшинных гнойников осуществляется разрезом по Пирогову или косым поясничным разрезом. При ретроцекальном расположении отростка также могут наблюдаться псоас-абсцессы, паранефриты и забрюшинные флегмоны.

При возникновении псоас-абсцессов обычно на фоне высокой лихорадки имеет место общее тяжелое состояние больного, высокий лейкоцитоз; в поздних стадиях характерно положение больного с подтянутой к животу и согнутой в коленном суставе ногой.

Более трудным для: распознавания и лечения являются гнойники поддиафрагмальной области. Диагностика поддиафрагмальных гнойников затруднительна, особенно в начальных его формах и при малых размерах. Обычно после некоторого светлого промежутка после аппендэктомии вновь возникают симптомы гнойного очага. Боли ощущаются то в нижних отделах грудной клетки, то в верхнем квадранте живота. Иногда присоединяется болезненный сухой кашель, вызванный раздражением диафрагмального нерва. Затем боли сосредотачиваются в правом подреберье, особенно при глубоком вдохе, нередко отдают в правую лопатку и плечо.

Иногда больная сторона грудной клетки отстаёт в дыхательных движениях. В более выраженных случаях имеется выпячивание подложечной области, сглаженность межреберий. В некоторых случаях возникает отек нижнего отдела грудной клетки. Живот остается мягким, редко определяется легкое напряжение в области правого подреберья. Печень, если и выступает из-под реберной дуги, не болезненна.

Имеются высокая температура, ознобы, изменения крови, соответствующие острому гнойному процессу.

При рентгенологическом обследовании выявляется высокое стояние диафрагмы, ограничение её движения. Наличие газового пузыря с горизонтальным уровнем жидкости под диафрагмой – почти патогномичный признак поддиафрагмального абсцесса.

Решающее значение имеет пробный прокол. Для опорожнения поддиафрагмального пространства существуют чрез- и внеплевральные подходы. Опорожнение поддиафрагмальных абсцессов без вскрытия полости плевры лучше переносится больными, устраняет опасность гнойного плеврита и не оставляет плевральных тяжелых сращений.

Поэтому при возможности следует пользоваться внеплевральными способами оперативного лечения гнойников поддиафрагмального пространства.

Перитониты аппендикулярного происхождения

Перитониты аппендикулярного происхождения занимают первое место среди перитонитов различной этиологии и являются основной причиной смерти больных острым аппендицитом.

Причинами таких перитонитов являются поздняя госпитализация, атипичность и стертость клинических проявлений острого аппендицита. Перитонит после аппендэктомии не дает бурной клинической картины, поэтому своевременная диагностика и лечение иногда запаздывают. В борьбе с послеоперационным перитонитом фактор времени имеет первостепенное значение для прогноза.

При этом в клинической картине перитонита самым постоянным является симптом боли. Боль, которая держится в животе дольше вторых-третьих суток после операции, всегда должна настораживать хирургов. Почти всегда встречается тошнота, рвота и отрыжка. А далее в зависимости от иммунной реакции организма и вирулентности микрофлоры разыгрывается той или иной степени тяжести клиническая картина перитонита.

Все же перитонит чаще прогрессирует в результате плохой санации брюшной полости и при недостаточном лечении уже имевшегося до операции перитонита, а также при прорезывании швов в инфильтрированной стенке слепой кишки, прошивании всех слоев стенки её, несостоятельности культи отростка и других технических дефектах.

Пилефлебит

На втором месте среди непосредственных причин смерти при остром аппендиците, по данным многих авторов, стоит сепсис. Источником его

служат гнойники и флегмоны, а также септические тромбозы крупных сосудистых стволов, осложнявшие деструктивный аппендицит. Тяжелым осложнением острого аппендицита является пилефлебит – гнойный тромбофлебит вен портальной системы. Тромбофлебит начинается в венах червеобразного отростка и по подвздошно-ободочной вене распространяется на брыжеечную и воротную вены, а иногда образуются и абсцессы печени. Общее состояние больных при пилефлебите всегда тяжелое. Больные жалуются на боли в животе, слабость, плохой сон, отсутствие аппетита. Боли возникают в правом подреберье, подложечной области, изредка они иррадиируют в спину, правое плечо. Лицо бледное, осунувшееся, с желтушной окраской, с запавшими глазами.

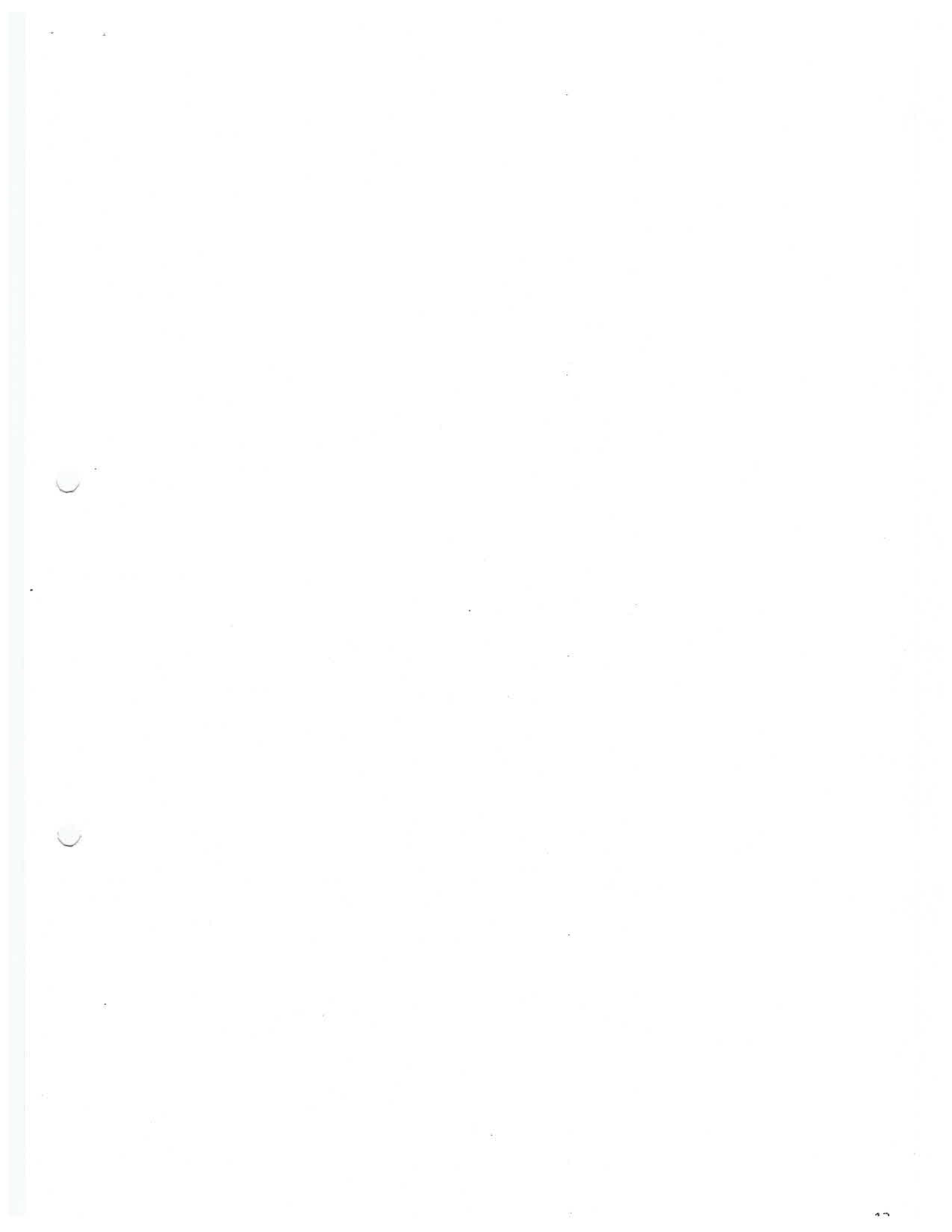
Самым постоянным симптомом пилефлебита являются потрясающие ознобы, с повышением температуры тела до 40^о Пульс частый, слабый. Дыхание затруднено. Живот малоболезненный, иногда вздут. Печень почти всегда увеличена, чувствительна при пальпации. Селезенка может быть увеличена. Лейкоцитоз высокий.

Лечение пилефлебита связано с большими трудностями и заключается в устранении либо рациональном дренировании первичного очага инфекции, реканализации пупочной вены с введением в нее антибиотиков резерва, кортикостероидов и антикоагулянтов, применением дезинтоксикационных средств.

При образовании абсцессов в печени их обязательно вскрывают. Следует отметить, что абсцессы при пилефлебите, как правило, множественные и мелкие, что обуславливает трудности их хирургического лечения и плохой прогноз.

Осложнения со стороны операционной раны

Осложнения со стороны операционной раны являются наиболее частыми, но сравнительно безопасными. Инфильтрат, нагноение раны, расхождение ее краев встречаются наиболее часто и напрямую связаны с глубиной деструктивных изменений в червеобразном отростке и способом зашивания кожи и подкожной клетчатки (глухой шов). Решающее значение в возникновении нагноения ран имеет занос патогенных микробов в рану во время операции. Помимо соблюдения асептики, имеют значение техника операции, щажение тканей во время её выполнения и общее состояние больного. В случаях, когда можно ожидать нагноения раны следует накладывать редкие швы на кожу, не зашивать кожу и подкожную клетчатку, применяя при хорошем состоянии раны наложение в ближайшие дни первично отсроченных швов.



Прободная язва желудка и 12-перстной кишки

Клиника. Внезапные острые «кинжальные» боли в подложечной области, наступающие среди полного здоровья, в силу чего больной принимает вынужденное положение на спине, или неподвижность во время ходьбы и при выполнении работы.

Боли быстро распространяются по всему животу, который прекращает участвовать в акте дыхания, становится резко болезненным при попытке пальпации, напряженным «доскообразный живот». Рвота однократная, рефлексорная после появления болей, или может отсутствовать.

Всякое движение усиливает боли. Лицо страдальческое, руки приложены к животу в желании уменьшить нестерпимую боль, пульс в первые часы замедлен (брадикардия).

Типичная картина прободения позволяет поставить диагноз сразу после внешнего осмотра.

В диагностике можно прибегнуть к помощи следующих симптомов:

Симптом Элекера: боли из брюшной полости иррадиируют в область левой ключицы и лопатки (при прободении язвы желудка) или правой ключицы и лопатки (при прободении язвы 12-перстной кишки).

Симптом Спигарного: исчезновение печеночной тупости – высокий тимпанит над печенью.

Симптом Куленкампа: при ректальном исследовании определяется болезненность дугласового пространства в силу скопления там желудочного содержимого.

Симптом Блюмберга-Щеткина: резкий отрыв руки от передней брюшной стенки, после плавного давления до появления болей, резко усиливает боль до вскрикивания больного.

Ущемленная грыжа

Клиника. Грыжа, которая раньше вправлялась в брюшную полость или неправлялась, но была безболезненной, стала напряженной, неправляемой болезненной.

Со временем или в момент ущемления появляется рвота, в начале желудочным содержимым, а затем с примесью желчи, развивается клиника острой кишечной непроходимости.

Если над грыжевым выпячиванием перкуторно определяется высокий тимпанит и шум плеска – надо думать об ущемлении петли кишки, если перкуторно определяется тупость и рвота не усиливается – можно думать об ущемлении сальника, мочевого пузыря или стенки слепой кишки.

Наличие рвоты, повышенной температуры, покраснение кожи над грыжевым выпячиванием говорит о запущенной осложненной ущемленной грыже.

Для диагностики можно воспользоваться следующими симптомами:

Симптом Гаушина-Ромберга: боль по ходу запирающего нерва (передняя и внутренняя поверхность бедра) с иррадиацией в переднюю брюшную стенку говорит об ущемлении грыжи запирающего канала.

Симптом Хаушипа: режущая острая боль в ноге на стороне ущемленной бедренной грыжи.

Острый холецистит

Клиника. Боль в правом подреберье с иррадиацией в лопатку, поясницу, правое плечо, надключичную область носит приступообразный острый характер – при остром калькулезном холецистите, постепенно нарастающий – при бескаменной холецистите.

Чаще встречается тошнота, реже рвота, однако рвота может быть частой при холецистопанкреатите, когда боли иррадируют больше в спину и носят опоясывающий характер. Наличие желтухи вслед за острым приступом боли чаще говорит о калькулезном холецистите.

Высокая температура характерна больше для бескаменного холецистита, осложненного эмпиемой пузыря, холангитом или абсцессом печени. При пальпации живота определяются боли в правом подреберье с мышечной защитой передней брюшной стенки.

Помогают в диагностике симптомы:

Симптом Грекова-Ортнера: боль возникающая при поколачивании ребром кисти по правому подреберью или перкуссией в проекции желчного пузыря.

Симптом Мерфи: кисть правой руки положить на правое подреберье так, чтобы большой палец находился ниже реберного края в проекции желчного пузыря, при глубоком вдохе возникает острая боль или усиление болей под большим пальцем и прерывается акт вдоха.

Симптом Мюси-Георгиевского: болезненность при пальцевом давлении над ключицей справа между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Симптом Пекарского: болезненность при давлении на мечевидный отросток.

Острый панкреатит

Клиника. Болезнь начинается остро, когда появляются сильные боли в эпигастрии с иррадиацией в спину, левое надплечье, левое подреберье, часто носят опоясывающий характер (живот как бы затянут поясом).

Рвота бывает многократной, изнуряющей, не приносящей облегчения. Страдальческое выражение лица, иногда с наличием цианоза. Больные беспокойны в поисках положения для уменьшения болей.

Отмечается повышение температуры до 380-390С, вздутие живота в эпигастрии, отсутствие перистальтики кишечника.

В распознавании диагноза могут помочь симптомы:

Симптом Воскресенского: отсутствие пульсации брюшной аорты над пупком.

Симптом Кёрте: поперечная резистентность и болезненность на 6-7 см. выше пупка.

Симптом Мейо-Робсона: болезненность при пальцевом давлении в левом реберно-позвоночном углу.

Симптом Халстеда: цианоз передней брюшной стенки.

Симптом Блюмберга-Щеткина: описан выше.

Желудочно-кишечные кровотечения

Клиника. Клиническое течение характерно либо профузным внезапным кровотечением, иногда у больного появляется слабость, головокружение, затемнение сознания в силу острого падения артериального давления, а затем обильная рвота свежими сгустками крови, имеет тенденцию повторяться при продолжающемся кровотечении, либо исподволь возникшим чувством слабости, головокружением, желтыми кругами перед глазами, тошнотой, повторной необильной рвотой цвета кофейной гущи, черного цвета (дегтеобразным) оформленным или жидким стулом.

При этом всегда отмечается повышение частоты пульса, бледность кожных покровов, падение артериального давления, потливость.

Для диагностики достаточно вышеописанной клинической картины.

Острый аппендицит – воспаление червеобразного отростка слепой кишки – обыденное для общих хирургов заболевание, требующее экстренной операции. Острый аппендицит сосуществовал с людьми с момента их возникновения.

В 1711 г. Листер указывал об абсцессах в правой подвздошной области, вероятно возникших на почве острого аппендицита. Через 100 лет, после этого, Дюпюитрен причиной этих абсцессов счел воспаление слепой кишки, тифлит, пара- или перитифлит. Производилось консервативное лечение или вскрытие гнойника.

Ошибочное мнение Дюпюитрена существовало почти 50 лет. Термин "аппендицит" впервые предложил американский хирург Фитц, руководивший комиссией по изучению причин возникновения подвздошных абсцессов. Впервые аппендэктомия выполнена в 1884 г. Кронлейн в Германии и Магомед в Великобритании, спустя четыре года – К.Домбровский в России.

Мак-Берней в 1889 г. описал клинику заболевания и разработал рациональный доступ к червеобразному отростку. С этого времени диагностика и лечение острого аппендицита стали обязанностью общих хирургов.

Заключение

Итак, несмотря на несомненный прогресс в диагностике и лечении острой хирургической патологии брюшной полости на протяжении последних 50 лет, осложнений немало, они грозные и нередко ведут к летальному исходу. Для успешного лечения и профилактики этих осложнений надо помнить положение: ранняя диагностика, ранняя госпитализация, ранняя операция.

Список использованной литературы:

1. Ахмеддинов Н. Материалы 3-конгресса ассоциации хирургов им. Н. И. Пирогова. М. 2001. С.158–160. «Нужна ли аппендэктомия при остром катаральном аппендиците?».
2. В. П. Башилов, Е. И. Брехов, Ю. Я. Малов, О.Ю, Василенко. Сравнительная оценка различных методов в лечении больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом. Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова, 2005. 40–45.
3. Бараев Т. Н. Хирургия, 2000. № 9. С. 62–63. «По поводу статьи...».
4. Вилявин Г. Д. Хирургия, 1991. № 5. С.12–14. «Лечение разлитого аппендикулярного перитонита».
5. Ермолов А. С., Иванов П. А., Турко А. П. и др. Основные причины летальности при остром холецистите в стационарах Москвы. В кн.: Анализ летальности при остром холецистите по материалам стационаров г. Москвы. М.1999;5–11.
6. Жерлов Г.К, Истомин Н. П., Кейян С. В. К вопросу о хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Материалы всероссийской конференции хирургов «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки». Саратов 2003; 181.
7. Затевахин И. И., Цициашвили М. Ш., Дзарасова Г. Ж. Острый холецистит: диагностика и лечение. Вест. РГМУ 2000; 3:21–26.
8. Моисеев А. Ю. Хирургия, 1990. № 3. С.119–122. «Факторы риска нагноения раны после аппендэктомии».
9. Хирургические болезни. Под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко, М.2006.

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 9 группы
Мурадян А.А.**

Научно-исследовательская работа представлена для отчета по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) соответствует направлению практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. Данная научно-исследовательская работа была представлена студентом в предусмотренные учебным планом сроки.

Цель и задачи работы соответствуют теме исследования, но полностью ее не раскрывают. Теоретические положения и выводы автора обоснованы, логичны и соответствуют ходу теоретических размышлений в рамках изучаемой проблемы. Учащимся изучены основные источники литературы по проблеме, дан краткий их анализ, однако, отсутствует сравнительный анализ литературных источников по данной проблеме. Качество оформления научного исследования частично соответствуют требованиям.

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

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

Кухтенко Ю.В.