

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического
факультетов

НИР НА ТЕМУ:

«Диагностика и лечение абсцессов брюшной полости»

Выполнил: студентка

Кон В. В.

Педиатрический факультет

4 курс, 7 группа

*Проверил:
Кузнецко Ю.В.
"Хор" СМ*

Оглавление

Введение.....	3
Причины возникновения абсцессов брюшной полости	3
Классификация абсцессов брюшной полости	4
Список литературы	15

Введение

В широком смысле к абсцессам брюшной полости оперативная гастроэнтерология относит внутрибрюшинные (интраперитонеальные), забрюшинные (ретроперитонеальные) и интраорганные (внутриорганные) абсцессы. Внутрибрюшинные и забрюшинные гнойники, как правило, располагаются в области анатомических каналов, карманов, сумок брюшной полости и клеточных пространствах ретроперитонеальной клетчатки. Внутриорганные абсцессы брюшной полости чаще образуются в паренхиме печени, поджелудочной железы или стенках органов.

Пластические свойства брюшины, а также наличие сращений между ее париетальным листком, сальником и органами, способствуют отграничению воспаления и формированию своеобразной пиогенной капсулы, препятствующей распространению гнойного процесса. Поэтому абсцесс брюшной полости еще называют «отграниченным перитонитом».

Причины возникновения абсцессов брюшной полости

В большинстве случаев формирование абсцессов брюшной полости связано с вторичным перитонитом, развивающимся вследствие попадания в свободную брюшную полость кишечного содержимого при перфоративном аппендиците; крови, выпота и гноя при дренировании гематом, несостоятельности анастомозов, послеоперационном панкреонекрозе, травмах и т. д.

В 75% случаев абсцессы брюшной полости располагаются внутри- или забрюшинно; в 25% - внутриоргано. Обычно абсцесс брюшной полости формируется спустя несколько недель после развития перитонита. Типичными местами локализации абсцессов брюшной полости служат большой сальник, брыжейка, малый таз, поясничная область, поддиафрагмальное пространство, поверхность или толща тканей паренхиматозных органов.

Причиной абсцесса брюшной полости могут выступать гнойные воспаления женских гениталий – острый сальпингит, аднексит, параметрит, пиовар, пиосальпинкс, tuboовариальный абсцесс. Встречаются абсцессы брюшной полости, обусловленные панкреатитом: в этом случае их развитие связано с действием ферментов поджелудочной железы на окружающую клетчатку, вызывающим выраженную воспалительную реакцию. В некоторых случаях абсцесс брюшной полости развивается как осложнение острого холецистита или прободения язвы желудка и 12-перстной кишки, болезни Крона.

Псоас-абсцесс (или абсцесс подвздошно-поясничной мышцы) может являться следствием остеомиелита позвоночника, туберкулезного спондилита, паранефрита. Пиогенная флора абсцессов брюшной полости чаще полимикробная, сочетающая аэробные (кишечную палочку, протей, стафилококки, стрептококки и др.) и анаэробные (кlostридии, бактероиды, фузобактерии) микробные ассоциации.

Классификация абсцессов брюшной полости

По ведущему этиофактору различают микробные (бактериальные), паразитарные и некротические (абактериальные) абсцессы брюшной полости. В соответствии с патогенетическим механизмом выделяют посттравматические, послеоперационные, перфоративные, метастатические абсцессы брюшной полости.

По расположению относительно брюшины абсцессы брюшной полости делятся на забрюшинные, внутрибрюшинные и сочетанные; по количеству гнойников - одиночные или множественные. По локализации встречаются поддиафрагмальные, межкишечные, аппендикулярные, тазовые (абсцессы дугласова пространства), пристеночные и внутриорганные абсцессы (внутрибрыжеечные, абсцессы поджелудочной железы, печени, селезенки).

Поддиафрагмальный абсцесс локализуется в правом или левом поддиафрагмальном пространстве и является осложнением различных острых хирургических заболеваний органов брюшной полости: аппендицита, острого холецистита, перфоративной язвы желудка и ДПК, острого панкреатита и др.

Клиника и диагностика: первым и основным симптомом ПДА является боль. Боли при ПДА имеют, как правило, локализованный характер. Большинство больных отмечают острые боли, «резкие», «жгучие». В начале болезни боли бывают умеренными, реже сильными. Нередки жалобы на тянущие боли в правой половине грудной клетки, отдающие в шею. Боль сопутствует ПДА почти на всем протяжении болезни. Боль может ослабевать и/или усиливаться при движении, кашле, дыхании, напряжении.

Характерная иррадиация — в надплечье, лопатку, ключицу с одноименной ПДА стороны. Это — следствие раздражения окончаний n.phrenici, волокна которого распространяются в сухожильном центре, поэтому иррадиация чаще наблюдается при локализации ПДА под центром диафрагмы.

Температура тела у больных ПДА, как правило, повышена. Гектическая лихорадка иногда единственный симптом развивающегося ПДА. По данным Э.И.Бакурадзе, лихорадка — ведущий симптом ПДА (Белгородский В.М., 1964). Она сопровождается ознобами, потливостью, бледностью лица, сухостью языка, чувством тяжести в нижних отделах грудной клетки. Пульс у этих больных, как правило, учащен.

Осмотр и пальпация позволяют установить изменения, могущие говорить о ПДА. На первом месте — вынужденное положение больного. В кровати больные занимают высокое приподнятое положение на спине, часто с согнутыми ногами. Иногда больные лежат на больном боку. При перемещениях больные избегают лишних движений туловищем, держась прямо или, например, при правостороннем ПДА, согнувшись вперед и вправо.

Немало симптомов, причем наиболее характерных, определяется при исследовании грудной клетки. Уже при ее осмотре можно обнаружить расширение грудной клетки. Langenbuch (1897) сравнил ее форму с колоколом (правда, сейчас таких резких изменений никто не описывает). Менее значительные изменения встречаются довольно часто.

Отмечаются сглаженность межреберных промежутков, расширение их; выпячивание их соответственно ПДА; выпячивание ложных ребер на больной стороне (оно более выражено при скоплении гноя в периферических отделах ПДП).

В начале заболевания при осмотре живота не удастся обнаружить никаких симптомов ПДА. Позже появляются характерные симптомы — вздутие подреберной области при правостороннем ПДА и парадоксальное дыхание, при котором подложечная область втягивается при вдохе и выпячивается при выдохе. В некоторых случаях определяются изменения кожи и подкожной жировой клетчатки.

В поздних стадиях кожа становится слегка желтоватой и сухой на ощупь. Иногда наблюдается полоса припухлости и отечности на боковой поверхности нижней половины грудной клетки; этот симптом стоит в связи с нарушением кровообращения в этой области.

Ощупывание грудной клетки и живота около диафрагмы обнаруживает мышечное напряжение, соответствующее локализации ПДА (более ясное со стороны брюшной стенки). Иногда можно прощупать край ПДА, когда он

опускается из-под диафрагмы по задней поверхности передней брюшной стенки. Пальпация со стороны спины при заднем ПДА обнаруживает сглаженность и напряжение верхней части поясничных ямок. В отличие от паранефрита пальпация поясничной области спереди будет безболезненной (точнее, области почки).

Наиболее важный симптом ПДА, получаемый при пальпации — чувствительность и особенно болезненность в области его расположения. При этом иногда отмечается разлитая зона болезненности, соответствующая расположению абсцесса. Для выявления болезненности рекомендуется производить сжатие грудной клетки. Для топической диагностики необходимо выявить зону болезненности, соответствующую ПДА. Характерна болезненность в области реберной дуги (напротив IX — XI ребер), отмеченная впервые М.М.Крюковым (1901 г). Этот симптом называется ныне симптомом Крюкова.

Иногда имеются зоны выраженной болезненности на шее у места прикрепления ножек грудино-ключично-сосцевидной мышцы, в надплечье.

При лабораторной диагностике специфических для ПДА изменений в анализах нет. В анализах крови отмечаются изменения, характерные для общегнойных процессов (анемия, лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение оседания эритроцитов, диспротеинемия, появление С-реактивного белка и др.). Причем важно, что эти изменения сохраняются при антибиотикотерапии. Некоторую информацию о генезе ПДА можно получить при исследовании пунктатов (обнаружение тирозина, гематоидина, желчных пигментов)

Рентгенограмма: высокое стояние правого купола диафрагмы, утрата его куполообразной формы, уплощение и резкое ограничение подвижности. наличие уровня жидкости с газовым пузырем над ним.

Лечение: хирургическое вскрытие и дренирование гнойника. Оперативное лечение представляет значительные трудности в связи с опасностью вскрытия свободной полости плевры или брюшины и инфицированию их. Имеется два доступа к поддиафрагмальному пространству: чрезбрюшинный; внебрюшинный доступ по А. В. Мельникову или со стороны спины с резекцией ребер. Последний предпочтительнее, так как удается избежать

массивного бактериального обсеменения брюшной полости. При использовании этого метода разрез производится по ходу XI-XII ребер от паравертебральной до средне-подмышечной линии. Переходная складка плевры тупым путем отслаивается от диафрагмы кверху, после чего вскрывается диафрагма и опорожняется гнойник.

Межкишечные абсцессы развиваются на ограниченном участке брюшины, замкнутом петлями кишечника (чаще тонкой кишки), его брыжейкой, иногда сальником. Они развиваются в результате деструктивного аппендицита, прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, после перенесенного разлитого гнойного перитонита.

Клиника и диагностика: тупые боли в животе умеренной интенсивности, периодическое вздутие живота. По вечерам возникает повышение температуры тела до 38 °С и выше. Живот остается мягким, признаков раздражения брюшины нет, лишь при близкой локализации гнойника к передней брюшной стенке и при его больших размерах определяется защитное напряжение мышц передней брюшной стенки. умеренный лейкоцитоз, увеличение СОЭ. При достаточно больших размерах абсцесса рентгенологически выявляют очаг затемнения, значительно реже с уровнем жидкости и газа. Диагностика межкишечных абсцессов достаточно трудна. Определенную помощь может оказать ультразвуковое исследование.

Лечение хирургическое: вскрытие и дренирование полости гнойника. Доступ осуществляют строго в месте проекции абсцесса на брюшную стенку.

Аппендикулярный абсцесс – осложнение деструктивных форм острого аппендицита (выявляют примерно в 2% всех видов острого аппендицита). Первоначально формируется аппендикулярный инфильтрат, который затем либо рассасывается под влиянием консервативной терапии, либо, несмотря на соответствующее лечение, абсцедирует.

Клиника и диагностика: в начале заболевания отмечается более или менее выраженный типичный болевой синдром острого аппендицита. В результате поздней обращаемости или неправильной догоспитальной диагностики острого аппендицита заболевание может идти по двум путям: прогрессирования перитонита и отграничения воспалительного процесса. В последнем случае через 23 дня болевой синдром уменьшается, температура снижается. При пальпации в правой подвздошной области определяется инфильтрат. С 5 7го дня вновь повышается температура, усиливаются боль в правой подвздошной области, диспепсические явления. Боль нарастает при кашле, ходьбе, тряской езде. При осмотре язык влажный, обложен. Живот отстает при дыхании в правом нижнем квадранте, здесь же может определяться выбухание. При пальпации некоторое напряжение мышц, болезненность в этой зоне (иногда очень выраженная), слабopоложительные симптомы раздражения брюшины. При глубокой пальпации определяется резко болезненный, неподвижный инфильтрат (флюктуации практически никогда не бывает). Могут быть нерезко выраженные явления паралитической кишечной непроходимости при обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости можно выявить уровни жидкости и пневматоз кишечника в правой половине живота. При ректальном или вагинальном исследовании болезненность, иногда можно пальпировать нижний полюс образования. В крови высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. При динамическом наблюдении отмечается нарастание лейкоцитоза, температура принимает гектический характер. Постепенно нарастает болевой синдром, увеличиваются инфильтрат и болезненность в правой подвздошной области. Размер гнояника и точную его локализацию устанавливают при ультразвуковом исследовании.

Лечение: оперативное. Перед операцией необходима премедикация антибиотиками и метронидазолом. Под общим обезболиванием производят вскрытие гнояника, лучше использовать внебрюшинный доступ. Полость промывают антисептиками и дренируют двухпросветными дренажами для активной аспирации содержимого с промыванием в послеоперационном периоде. От введения тампонов в рану лучше воздержаться. В послеоперационном периоде дезинтоксикационная терапия, антибиотики (аминогликозиды) в сочетании с метронидазолом.

Осложнения: сепсис, пилефлебит, абсцессы печени, прорыв гнойника в свободную брюшную полость с развитием разлитого перитонита.

Абсцесс дугласова пространства обусловлен большей частью перфоративным аппендицитом, перфорацией дивертикула ободочной кишки, он является остаточным гнойником при лечении диффузных форм перитонита. В связи с тем, что гнойник не имеет непосредственного контакта с передней брюшной стенкой, при пальпации брюшной стенки патологических признаков и симптомов выявить практически не удастся.

Клиника и диагностика: организация абсцесса дугласова пространства, как правило, происходит через 5-10 суток после операции по поводу первичного гнойного заболевания. В первую очередь появляются общие неспецифические симптомы, характеризующиеся внезапным развитием озноба, повышением температуры тела до фебрильных значений, тахикардией, тошнотой, головной болью. На этом фоне отмечаются ощущения распирания и резкие боли внизу живота, усиливающиеся при ходьбе, движениях, физиологических отправлениях.

При абсцессе дугласова пространства пациентов могут беспокоить учащенные и болезненные мочеиспускания, тенезмы, жидкий стул с примесью слизи и крови, недержание газов и кала. Обширные гнойники, окруженные массивным инфильтратом, иногда приводят к сдавлению прямой кишки, вызывая механическую кишечную непроходимость.

Дальнейшее прогрессирование абсцесса дугласова пространства может осложниться прорывом гнойника в свободную брюшную полость или полые органы - мочевого пузыря, матку, прямую кишку. Длительное течение тазового абсцесса приводит к развитию тромбофлебита тазовых вен и тромбоэмболической болезни.

При сборе анамнестических данных учитываются недавно перенесенные операции и заболевания, что позволяет заподозрить вероятность абсцесса

дугласова пространства. Пальпаторно определяется болезненность в области малого таза, локальное напряжение мышц, положительный симптом Щёткина — Блюмберга. При ректальном или влагалищном исследовании выявляется болезненный тугоэластический инфильтрат с размягчением и флюктуацией в центре. У женщин абсцесс дугласова пространства пальпируется выше шейки матки, определяется нависание заднего свода влагалища.

Для дифференциальной диагностики с tuboовариальным абсцессом у женщин проводится УЗИ малого таза; для исключения абсцесса предстательной железы у мужчин – УЗИ простаты. В сложно дифференцируемых случаях может потребоваться выполнение компьютерной томографии. Для окончательного распознавания абсцесса дугласова пространства прибегают к диагностической пункции гнойника под ультразвуковым наведением через прямую кишку либо задний свод влагалища. Полученное гнойное содержимое подвергается бактериологическому исследованию.

Лечение: на инфильтративной стадии назначаются микроклизмы, антибиотики; после окончательного формирования абсцесса, о котором судят по размягчению инфильтрата и появлению флюктуации, производится вскрытие гнойника. Абсцессы дугласова пространства вскрывают через стенку прямой кишки или через задний свод влагалища. Вначале выполняется пункция гнойника толстой иглой.

После получения гноя, для обеспечения его свободного оттока из полости абсцесса, отверстие по ходу иглы рассекается, расширяется тупым путем, и в него устанавливается двухпросветный дренаж (или катетер с раздутой манжеткой). Проводится послеоперационная санация гнойной полости.

Для вскрытия абсцесса дугласова пространства у женщин может применяться задняя кольпотомия. При невозможности вскрытия абсцесса трансректально или трансвагинально, используется оперативный доступ в подвздошной области с последующим введением дренажа в малый таз.

Внутриорганные абсцессы

Абсцесс печени.

Пиогенные абсцессы после широкого применения антибиотикотерапии стали более редким заболеванием. Возникают в результате восходящей бипиарной инфекции; гематогенного распространения инфекции по портальной венозной системе или через печеночную артерию при сепсисе; прямого распространения инфекции при воспалительных заболеваниях органов брюшной полости; травм печени. В большинстве случаев абсцессы печени являются осложнением тяжелого, чаще гнойного, холангита, возникающего при желчнокаменной болезни или раке внепеченочных желчных протоков. Другими причинами являются сепсис, пилефлебит, который может быть осложнением деструктивного аппендицита, дивертикулита ободочной кишки, неспецифического язвенного колита.

Пиогенные абсцессы могут быть одиночными, но чаще встречаются множественные. Одиночный абсцесс чаще располагается в правой доле.

Бактериальную флору в абсцессе обнаруживают примерно в 50% случаев. При сепсисе чаще высевают золотистый стафилококк, гемолитический стрептококк, при билиарных абсцессах чаще обнаруживают кишечную палочку или смешанную флору. В последние годы большое внимание уделяют анаэробной флоре, которую возможно обнаружить лишь при посеве гноя на специальную среду.

Клиника и диагностика: абсцесс печени всегда вторичное заболевание. На фоне клинических проявлений основного заболевания температура приобретает интермиттирующий или гектический характер, появляются озноб, потливость, тошнота, снижается аппетит. Боль является поздним симптомом и чаще встречается при одиночных крупных абсцессах. Часто увеличивается печень и появляется болезненность ее края при пальпации. Иногда возникает иктеричность кожи и склер. В анализе крови высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, анемия. При посеве крови возбудитель заболевания выявляется примерно в 30%, чаще при абсцессах

септического происхождения. При обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости обнаруживают высокое стояние и ограничение подвижности правого купола диафрагмы, возможно скопление жидкости в плевральном синусе. При газообразующей флоре на фоне тени печени может определяться уровень жидкости, иногда обнаруживается деформация верхнего контура печени. В диагностике помогают ультразвуковое исследование печени, компьютерная рентгеновская томография, ангиография, а также сканирование печени с технецием⁹⁹.

Лечение: антибиотикотерапия в соответствии с чувствительностью микрофлоры. Для создания большей концентрации антибиотика в печени возможно введение катетера в печеночную артерию (по Сельдингеру) или в пупочную вену после ее выделения и инструментального бужирования с целью дилатации. При одиночных больших или нескольких крупных абсцессах показано оперативное лечение вскрытие и дренирование гнойника. Доступ лапаротомия или тораколапаротомия. Наиболее щадящим и в то же время эффективным методом лечения (особенно при множественных абсцессах) является чрескожное дренирование гнойника под контролем компьютерного томографа или ультразвукового сканера.

Осложнения: сепсис, поддиафрагмальный абсцесс, прорыв абсцесса в свободную брюшную или в плевральную полость, эмпиема плевры, гнойный перикардит.

Прогноз всегда очень серьезный. При одиночных крупных абсцессах в случае своевременного дренирования выздоравливают до 90% больных. Множественные абсцессы и недренированные одиночные почти всегда приводят к смерти.

Абсцесс селезенки – ограниченное от окружающих тканей скопление гнойного экссудата в селезенке. Представляет собой обособленную полость, заполненную гнойным содержимым. В абдоминальной хирургии в качестве самостоятельной патологии встречается в 0,5-1% случаев. Заболевание чаще возникает вторично при нагноении гематом и инфарктов селезенки, при метастазировании инфекции из других органов по кровеносному руслу. Одиночные абсцессы могут достигать гигантских размеров, содержать до 3-5

литров гноя. Множественные гнойники в селезенке имеют многокамерное строение, отличаются небольшими размерами, но имеют тенденцию к слиянию с образованием одной большой гнойной полости. Абсцессы могут располагаться в одном из полюсов селезенки или занимать всю площадь органа.

Клиника и диагностика: клиническая картина переменна, зависит от масштаба поражения и локализации гнойного очага. Патологический процесс может иметь ярко выраженный характер и стремительное развитие. В этом случае течение заболевания характеризуется выраженной слабостью, повышением температуры тела (до 39-40° С), ознобом, головокружением. Возникают диспепсические явления (тошнота, рвота, диарея). Болезненные ощущения разной интенсивности локализуются в области левого подреберья, часто иррадиируют в левую лопатку, руку, ключицу и усиливаются при дыхании. При больших размерах гнойника может наблюдаться выпячивание брюшной стенки слева, спленомегалия. Абсцедирование может протекать без специфических признаков и иметь стертую клиническую картину. Прорыв гнойника сопровождается перитонеальными симптомами (адинамией, холодным потом, акроцианозом, дефансом мышц брюшной стенки)

У пациентов отмечается болезненность в подреберье слева, пальпируется увеличенная селезенка.

Проводится УЗИ селезенки, в ходе которого абсцесс определяется как гипэхогенная или анэхогенная округлая тень. На обзорной рентгенографии брюшной полости визуализируется затемнение под диафрагмой слева. Компьютерная томография (КТ селезенки) позволяет получить точную информацию о размерах, локализации гнойника, дополнительных образованиях и выпоте в брюшной или плевральной полости. Для выявления очага воспаления проводят радионуклидную сцинтиграфию (с цитратом ^{67}Ga).

При абсцессе в анализе крови отмечается лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, анемия, гипопропротеинемия.

Дифференциальную диагностику абсцесса проводят с острыми воспалительными заболеваниями соседних органов: левосторонним паранефритом, воспалением нисходящей ободочной и сигмовидной кишки (колитом, сигмоидитом), поддиафрагмальным абсцессом слева. Гематомы и

инфаркты селезенки сопровождаются схожей симптоматикой. Прорыв гнойника дифференцируют с прободной язвой, панкреонекрозом и перитонитом другого генеза.

Лечение: при подтверждении диагноза показано срочное хирургическое вмешательство. Тактика оперативного лечения зависит от локализации и величины гнойного очага, наличия осложнений и общего состояния пациента. В настоящее время применяют следующие виды хирургической тактики:

– чрескожное дренирование и санация гнойника. Под контролем УЗИ пункционной иглой удаляют гнойное содержимое и вводят в полость абсцесса лекарственные средства. Для определения патогенной микрофлоры проводят исследование полученного гноя. Манипуляцию выполняют при одиночных абсцессах до 4-5 см и противопоказаниях к проведению лапаротомии (тяжелое соматическое состояние пациента, заболевания свертывающей системы крови).

– спленэктомия с ревизией брюшной полости. Удаление селезенки вместе с абсцессом осуществляется при больших одиночных или множественных гнойниках, неэффективности малоинвазивных методов лечения, развитии кровотечений и перитонита. В некоторых случаях проводят аутотрансплантацию с возвращением части органа в брюшную полость для сохранения иммунной функции.

Выбор оперативного подхода зависит от местоположения абсцесса селезенки. Локализация гнойника в верхней части органа предполагает трансторакальный доступ, в нижней части - чрезбрюшинный. Всем больным в послеоперационном периоде назначают антибактериальные и обезболивающие препараты. При прорыве гнойника дополнительно показана массивная противовоспалительная и дезинтоксикационная терапия. В период реабилитации (1-2 месяца) следует воздержаться от занятий спортом, тяжелой физической нагрузки, принятия горячих ванн.

Список литературы

1. Алиев С.А. Диагностика и лечение поддиафрагмальных абсцессов// Хирургия, - 2013 г. - №3 с.47-49
2. Гринев М.В., Тельников В.И. Абсцессы брюшинной полости после аппендэктомии // Клиническая хирургия – 2014 г. - № 4 с.8-10
3. Гулевский Б.А., Слепуха А.Г., Казакова Е.Е., Слепушкина А.И. Послеоперационные поддиафрагмальные абсцессы и их лечение // Вестник хирургии, - 2013 г. - № 10 т. 141 – с. 102-105
4. Дубов Э. Я., Червонекис А. В. Ультразвуковая диагностика при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости // Хирургия – 2015 г. - №1 с. 89-91
5. Калинин Н.Н., Быстрицкий А.Л. Закрытое автоматическое программированное аспирационно-промывное дренирование в лечении внутрибрюшных процессов // Хирургия – 2014 г. - № 12 с. 43-46

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 7 группы
Кон В.В.**

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.