

ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Кафедра хирургических болезней  
педиатрического и стоматологического факультетов

**Научно-исследовательская работа на тему:**  
Ущемлённые грыжи

Выполнила: студентка 4 курса,  
педиатрического факультета,  
6 группы Пушкарская Л.С.

*Проверил:*  
*Кудренко Ю.В.*  
*и хор<sup>4</sup> Крт*

## Оглавление

Введение	3
Основная часть	5
Классификация	5
Этиология и патогенез	6
Симптомы ущемления грыжи	8
Диагностика	9
Предоперационная подготовка	11
Анастезиологическое обеспечение операции	11
Хирургическая тактика	12
Послеоперационный период	14
Заключение	15
Литература	16

## Введение

Грыжи остаются одной из самых распространенных хирургических патологий. Заболеваемость населения наружными грыжами живота составляет 4-7%. Ущемленная грыжа осложняет течение заболевания у 10-17% грыженосителей и находится на 4-5-м месте среди всех госпитализированных больных с острой хирургической патологией, а среди неотложных вмешательств, занимает 3-е место после аппендэктомии и холецистэктомии [1, 2]. Соотношение плановых грыжесечений к операциям, выполняемым при ущемленной грыже в экономически развитых странах Европы и Америки, составляет 15:1. В России это соотношение колеблется от 4:1 [3] до 5:1 [2], и это обстоятельство выглядит как отсутствие должной санитарно-просветительской деятельности учреждений здравоохранения и медицинской «грамотности» населения [3, 4, 5].

Статистика ведущих научно-исследовательских и лечебных учреждений страны свидетельствует, что несмотря на достигнутые успехи, результаты хирургического лечения больных ущемленными грыжами брюшной стенки не могут считаться удовлетворительными. Так, сохраняются высокие цифры послеоперационных осложнений, достигающие 50% [10]. Послеоперационная летальность колеблется в пределах 2,6-11,0%. В сравнении с плановыми грыжесечениями летальность при ущемленной грыже возрастает в 16,2 раза. Если у больных молодого и среднего возраста летальность составляет 2,8-3% [5,6], то в возрасте от 60-70 лет она достигает 5,6-7,4%, а в возрасте старше 70 лет 15-18%. Более трети больных с ущемленной грыжей госпитализируются позже 24 часов от начала заболевания, что также влияет на уровень общей и послеоперационной летальности [10].

Таким образом, актуальность темы хирургического лечения ущемленных грыж брюшной стенки сохраняется по многим позициям. Данная работа посвящена обоснованию общих принципов подхода к лечению этой сложной категории больных.

**Цель данной работы:** изучить и систематизировать данные об ущемленных грыжах, выделить основные симптомы, составить современный план диагностики и лечения заболевания.

**Для достижения поставленной цели сформулированы следующие задачи:**

1. Провести литературный поиск в электронных базах данных. В качестве доказательной базы использовать клинические рекомендации Министерства Здравоохранения РФ, публикации, вошедшие в Кохрановскую библиотеку, базы данных EMBASE, MEDLINE, PubMed, eLibrary.
2. Систематизировать полученные данные об ущемленных грыжах, этиологии и патогенезе их развития.
3. На основании данных литературы изучить методы диагностики и лечения ущемленных грыж.

## Основная часть

Ущемленная грыжа — врожденный или приобретенный дефект передней брюшной стенки, сопровождающийся выпячиванием париетальной брюшины и выхождением внутренних органов из брюшной полости с их ущемлением при сохраненной целостности кожи. [1,3]

## Классификация

По типу осложнения (механизму ущемления):

1. эластическое ущемление;
2. каловое ущемление.

По локализации поражения: наружные брюшные грыжи:

1. паховая, бедренная, пупочная, белой линии живота, послеоперационная, редкие (полулунной линии, мечевидного отростка, промежностные, запира- тельные, седалищные, поясничные и др.);
2. внутренние брюшные грыжи: диафрагмальная, дефект сальника или бры- жейки, брюшинные карманы.

По ущемлённому органу (содержимому грыжевого мешка):

1. большой сальник;
2. органы желудочно-кишечного тракта (желудок, тонкая кишка, ободочная кишка, червеобразный отросток);
3. паренхиматозные органы (печень, селезёнка);
4. матка и её придатки;
5. мочевого пузырь.

Особые виды ущемления:

1. ретроградное (W-образное);
2. пристеночное (рихтеровское);
3. грыжа Литтре (ущемлённый дивертикул Меккеля).

Последствия (осложнения) неликвидированного ущемления:

1. острая кишечная непроходимость;



2. гнойный перитонит;
3. каловая флегмона грыжевого мешка. [4]

### Этиология и патогенез

С точки зрения механизма возникновения этого осложнения грыж, существует два принципиально различных типа ущемления: эластическое и каловое. Эластическое ущемление возникает после внезапного выхода большого объёма брюшных органов через узкие грыжевые ворота в момент резкого повышения внутрибрюшного давления под воздействием сильного физического напряжения. Вышедшие органы самостоятельно не вправляются обратно в брюшную полость. Вследствие сдавления (странгуляции) в узком кольце грыжевых ворот возникает ишемия ущемлённых органов, что приводит к выраженному болевому синдрому. Боль вызывает стойкий спазм мышц передней брюшной стенки, который усугубляет ущемление. [4]

Неликвидированное эластическое ущемление приводит к быстрому (в течение нескольких часов, минимум 2 ч) некрозу грыжевого содержимого. При каловом ущемлении сдавление грыжевого содержимого возникает в результате резкого переполнения приводящего отдела кишечной петли, находящейся в грыжевом мешке. Отводящий отдел этой петли резко уплощается и сдавливается в грыжевых воротах вместе с прилежащей брыжейкой. В результате развивается странгуляция, подобная наблюдаемой при эластическом ущемлении. Однако для развития некроза кишки при каловом ущемлении необходим более длительный срок (несколько суток). Непременное условие возникновения эластического ущемления - наличие узких грыжевых ворот, в то время как каловое ущемление часто возникает при широких грыжевых воротах. [5,6]

При каловом ущемлении физическое усилие имеет меньшее значение, чем при эластической странгуляции; гораздо важнее нарушение кишечной моторики, замедление перистальтики, что часто бывает у пациентов пожилого и старческого возраста. При каловом ущемлении имеют значение перегибы, скручивание кишки, находящейся в грыжевом мешке, и её сращение со стенками

грыжевого мешка. Каловое ущемление обычно возникает как осложнение длительно существующей невправимой грыжи. Ущемляться могут различные органы. Чаще всего ущемлённой оказывается тонкая кишка или участок большого сальника, реже - толстая кишка. Очень редко ущемляются органы, расположенные мезоперитонеально: например, слепая кишка, мочевого пузыря, матка и её придатки. [7] Наиболее опасно ущемление кишки из-за возможности её омертвления и развития тяжёлой странгуляционной кишечной непроходимости, что обуславливает прогрессирующую интоксикацию. В момент ущемления в грыжевом мешке образуется замкнутая полость, содержащая орган или органы, кровоснабжение которых нарушено.

На месте сжатия кишечной петли, сальника и других органов образуется странгуляционная борозда, которая хорошо заметна даже после ликвидации ущемления. Её обычно хорошо видно как в области приводящего и отводящего отделов кишки, так и в соответствующих участках брыжейки. Первоначально в результате нарушения кровоснабжения в кишке возникает венозный стаз, который вскоре вызывает отёк всех слоев кишечной стенки. Одновременно происходит пропотевание плазмы и диapedез форменных элементов крови как внутрь просвета ущемлённой кишки, так и в полость грыжевого мешка. [6] В замкнутом просвете ишемизированной кишки начинается разложение кишечного содержимого, характеризующееся образованием токсинов.

Ущемлённая петля кишки довольно быстро, в течение нескольких часов (при эластическом ущемлении), некротизируется, начиная со слизистой оболочки. Об этом необходимо помнить, оценивая её жизнеспособность. Жидкость, которая скапливается при ущемлении в замкнутой полости грыжевого мешка (за счёт трансудации и экссудации), получила название грыжевой воды. Сначала она прозрачна и бесцветна (серозный трансудат), но по мере попадания форменных элементов крови и их разрушения грыжевая вода приобретает розовую, а затем и красно-бурую окраску. Некротизированная стенка кишки перестаёт служить барьером для выхода микробной флоры за её пределы, вследствие этого экссудат приобретает гнойный характер с колибациллярным запахом. Подобное гнойное воспаление, развившееся на поздних стадиях ущемле-



ния, распространяющееся на окружающие грыжу ткани, получило укоренившееся, но не совсем точное название «флегмона грыжевого мешка». [3,4]

При ущемлении страдает не только часть кишки, находящаяся в грыжевом мешке, но и её приводящий отдел, расположенный в брюшной полости. В результате развития кишечной непроходимости в этом отделе скапливается кишечное содержимое, которое растягивает кишку, и её стенка резко истончается. Далее возникают все расстройства, характерные для этого патологического состояния. Возникшая в результате ущемления странгуляционная непроходимость, как известно, - одна из наиболее тяжёлых видов непроходимости кишечника, особенно при ущемлении тонкой кишки. В этом случае ранняя многократная рвота быстро приводит к обезвоживанию организма, потере жизненно важных электролитов и белков. Кроме того, сдавление нервных элементов брюшной кишки ведёт к возникновению тяжёлого болевого шока, продолжающегося вплоть до некроза кишки и ущемлённого отдела брюшной кишки. Эти изменения вместе с поражением приводящего отдела кишки чреватой опасностью развития не только флегмоны грыжевого мешка, но и гнойного перитонита.

Перечисленные факторы определяют высокий уровень летальности, который сохраняется при ущемлённых грыжах, что свидетельствует о необходимости не только раннего оперативного вмешательства, но и проведения корригирующего послеоперационного лечения. [4]

### **Симптомы ущемления грыжи**

Ущемление грыжи характеризуется следующими признаками: резкой локальной или разлитой болью в животе, невозможностью вправить грыжу, напряжённостью и болезненностью грыжевого выпячивания, отсутствием симптома «кашлевого толчка».

Главным сигналом ущемления грыжи служит боль, развивающаяся на высоте физического усилия или напряжения и не стихающая в покое. Боль настолько интенсивная, что пациент зачастую не может удержаться от стонов; его



поведение становится беспокойным. В объективном статусе отмечается бледность кожных покровов, явления болевого шока - тахикардия и гипотония.

В зависимости от вида ущемленной грыжи боль может иррадиировать в эпигастральную область, центр живота, пах, бедро. При возникновении кишечной непроходимости боль принимает спастический характер. Болевой синдром, как правило, выражен в течение нескольких часов, до тех пор, пока не разовьется некроз ущемленного органа и не произойдет гибель нервных элементов. При каловом ущемлении болевой синдром и интоксикация выражены слабее, медленнее развивается некроз кишки. [2]

При ущемлении грыжи может возникать однократная рвота, которая вначале имеет рефлекторный механизм. С развитием кишечной непроходимости рвота становится постоянной и приобретает каловый характер. В ситуациях частичного ущемления грыжи явления непроходимости, как правило, не возникают. В этом случае, кроме боли, могут беспокоить тенезмы, задержка газов, дизурические расстройства (учащенные болезненные мочеиспускания, гематурия).

Длительно существующее ущемление грыжи может приводить к образованию флегмоны грыжевого мешка, которая распознается по характерным местным симптомам: отеку и гиперемии кожных покровов, болезненности грыжевого выпячивания и флюктуации над ним. Это состояние сопровождается общей симптоматикой - высокой лихорадкой, усилением интоксикации. Исходом вовремя не устраненного ущемления грыжи служит разлитой перитонит, вызванный переходом воспаления на брюшину или перфорацией растянутого отдела ущемленной кишки.

### **Диагностика**

При наличии грыжевого анамнеза и типичной клиники диагностика ущемления грыжи не представляет сложности. При физикальном обследовании пациента обращают внимание на наличие напряженного болезненного грыжевого выпячивания, которое не исчезает при смене положения тела. Патогномо-

ничным признаком ущемления грыжи служит отсутствие передаточного кашлевого толчка, что связано с полным отграничением грыжевого мешка от брюшной полости ущемляющим кольцом. Перистальтика над ущемленной грыжей не выслушивается; иногда отмечаются симптомы непроходимости кишечника (симптом Валя, шум плеска и др.). Нередко наблюдается асимметрия живота, положительные перитонеальные симптомы. [2]

При наличии кишечной непроходимости обзорная рентгенография брюшной полости выявляет чаши Клойбера. С целью дифференциальной диагностики проводится УЗИ органов брюшной полости. Ущемление бедренной и паховой грыжи следует отличать от гидроцеле, сперматоцеле, орхиэпидидимита, пахового лимфаденита. [4,5]

### ***Минимум диагностических исследований для исключения ущемленной грыжи***

Лабораторная диагностика: содержание лейкоцитов, эритроцитов, гемоглобина и определение гематокрита в периферической крови (общий анализ крови), анализ мочи (физикохимические свойства, микроскопия осадка). Специальные исследования: определение ЧСС (частоты пульса), АД и температуры тела.

### ***Минимум диагностических исследований при госпитализации больного***

Лабораторная диагностика: содержание лейкоцитов, эритроцитов, гемоглобина и определение гематокрита в периферической крови (общий анализ крови), биохимический анализ крови (глюкоза, билирубин, креатинин), определение группы крови и Rh-фактора, кардиолипиновая реакция (RW), длительность кровотечения и свертываемость крови (по показаниям), анализ мочи (физикохимические свойства, микроскопия осадка).

### ***Специальные исследования:***

- Определение ЧСС (частоты пульса), АД и температуры тела, ЭКГ (лицам старше 40 лет и по клиническим показаниям), рентгенография легких (по клиническим показаниям), УЗИ грыжевого мешка и брюшной полости, об-

зорная рентгенография брюшной полости (при подозрении на ОКН), КТ и МРТ — по показаниям.

- Предельный срок нахождения больного в приемном покое при ясной клинической картине — не более 1 часа, при неясной симптоматике и необходимости дообследования — не более 2 часов. Если наличие ущемленной грыжи не удастся исключить, пациент должен быть госпитализирован в хирургический стационар и немедленно оперирован. При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи больной подлежит госпитализации в хирургический стационар. На момент госпитализации должен быть формулирован развернутый диагноз с указанием основной нозологической единицы, всех выявленных на этот момент осложнений и сопутствующих заболеваний. [6]

### **Предоперационная подготовка**

Перед операцией производится опорожнение мочевого пузыря, гигиеническая обработка зоны предстоящей операции, выведение желудочного содержимого толстым зондом (по показаниям). Медикаментозная предоперационная подготовка проводится по общим правилам. Основаниями для нее являются: острая кишечная непроходимость, распространенный перитонит, сопутствующие заболевания в стадиях суб- и декомпенсации, прочие органные и системные дисфункции. Предпочтительно проведение предоперационной подготовки на операционном столе. Ее продолжительность, как правило, не должна превышать 1,5 — 2 часов. Антибиотикопрофилактика, профилактика ВТЭО и инфекционных послеоперационных осложнений производится по общим правилам. [8]

### **Анестезиологическое обеспечение операции**

При ущемленной грыже операция может быть выполнена под местным обезболиванием, однако предпочтение отдается общей анестезии. Наличие некроза ущемленного органа, острой кишечной непроходимости, перитонита или флегмоны грыжевого мешка, как правило, требует общего обезболивания. [10]



## Хирургическая тактика

1. Ущемленная грыжа, а также обоснованное подозрение на ее возникновение при наличии неврправимой или многокамерной послеоперационной грыже являются абсолютными показаниями к хирургическому лечению
2. Операцию необходимо выполнять не позднее 2х часов с момента поступления пациента.
3. При самопроизвольном разущемлении грыжи до операции: — Без признаков ишемии ущемленного органа или нарушений кишечной проходимости больные подлежат динамическому наблюдению и плановой операции не ранее чем через 2 — 3 суток.
4. При наличии признаков ишемии разущемившейся кишечной петли при лапароскопии, имеющих обратимый характер, целесообразно повторить лапароскопию через 6 — 8 часов.
5. Сомнения в обратимости выявленных при лапароскопии признаков ишемических изменений, тем более явные признаки гангрены разущемившейся петли — показание к неотложной лапаротомии.
6. Первым этапом операции при ущемленной грыже должна быть герниотомия, оценка грыжевых вод и жизнеспособности ущемленного органа. Для этого грыжевой мешок должен быть вскрыт и ревизован до рассечения грыжевых ворот.
7. Если в грыжевом мешке находятся 2 или более петли кишки, то необходимо извлечь и осмотреть промежуточную петлю, которая располагается между ними и находится в брюшной полости ( риск ретроградного ущемления).
8. В случае преждевременного разущемления и самопроизвольного вправления содержимого грыжи в процессе выполнения операции необходимо продолжить вмешательство, извлечь и оценить жизнеспособность ранее ущемленного органа (органов). При отсутствии возможности полноценной ревизии из локального доступа необходима лапароскопия или срединная лапаротомия.

9. Оценка жизнеспособности должна выполняться после фиксации и полного освобождения ущемленного органа и его брыжейки от сдавлений (рассечение ущемляющего кольца, сдавливающих штрангов, ликвидация натяжения и перегибов брыжейки).
10. Жизнеспособная кишка быстро принимает нормальный вид и розовую окраску, серозная оболочка остается блестящей, перистальтика и пульсация сосудов брыжейки сохранены.
11. При сомнении в жизнеспособности кишки в ее брыжейку можно ввести раствор местного анестетика.
12. Бесспорные признаки некроза кишки (темная окраска, тусклая серозная оболочка, дряблая стенка, отсутствие перистальтики и пульсации сосудов брыжейки), равно как и сомнения в ее жизнеспособности (в том числе глубокие изменения в области странгуляционной борозды) являются показанием к резекции.
13. Удалению подлежат: участок явного некроза, зоны сомнительной жизнеспособности, 40 см неизмененного отдела приводящей кишки и 15 — 20 см неизмененного отрезка отводящей.
14. Предпочтительный способ анастомозирования петель тонкой кишки — «бок в бок».
15. Предпочтительным способом завершения ущемленной грыжи без резекции кишки является ненатяжная пластика с использованием синтетических сеток (паховая грыжа по Лихтенштейну).

При отсутствии условий для ненатяжной пластики пахового канала с имплантацией сетки (резекция кишки, инфицированность тканей, отсутствие соответствующих расходных материалов и т.п.) следует отдавать предпочтение ненатяжной пластике пахового канала по Шолдайсу.

При больших и гигантских послеоперационных грыжах у тучных и пожилых пациентов, герниопластика у которых представляет значительный риск (компаратментсиндром в послеоперационном периоде), допустимо рассечение

всех перемычек с ушиванием брюшины, подкожной клетчатки и кожи без восстановления мышечноапоневротического каркаса брюшной стенки.

При интраоперационном обсеменении герниотомной раны целесообразно восстановление мышечноапоневротического каркаса и дренирование подкожной клетчатки, использование редких наводящих или отсроченных швов для закрытия кожной раны.

Видеолапароскопическое лечение больных ущемленной грыжей допустимо в условиях специализированных хирургических стационаров, располагающих соответствующим оборудованием и квалифицированными хирургами, обладающими достаточным опытом неотложных и эндовидеохирургических операций. [7]

### **Послеоперационный период**

- Назначение наркотических анальгетиков в день операции.
- Инфузионнотрансфузионная и медикаментозная терапия по показаниям.
- Профилактика тромбоэмболических осложнений.
- Бандаж
- Дыхательная гимнастика

Сроки пребывания больных в стационаре, амбулаторное лечение, ВТЭК, реабилитация Средние сроки пребывания больных в стационаре при ущемленной пупочной грыже 5 — 7 суток, паховой (бедренной) — 7 — 10 суток, вентральной грыже — 10 — 12 суток. Средние сроки нетрудоспособности 3 — 6 недель в зависимости от патологии, перенесенной операции и вида трудовой деятельности. Через 3 — 6 месяцев после неотложных операций без пластики грыжевых ворот в плановом порядке показана ликвидация грыжевых ворот и восстановление каркасной функции брюшной стенки. [5]



## Заключение

Улучшение результатов хирургического лечения ущемленных грыж брюшной стенки тесно связано с необходимостью соблюдения общих принципов подхода к проблеме. Хирургическая тактика при ущемленной грыже брюшной стенки диктует необходимость выработки чётких и коротких путей к достижению главной цели - спасению жизни больного и ликвидации грыжи. Необходимо использовать рациональные протоколы диагностики и лечения ущемленной грыжи, в которых должны быть отражены:

- 1) алгоритм предоперационного периода (диагностика, подготовка к операции, выбор обезболивания);
- 2) алгоритм хирургического вмешательства (устранение ущемления и его осложнений, показания к пластике брюшной стенки, выбор объема и способа пластики);
- 3) алгоритм ведения послеоперационного периода.

## Литература

1. Андреева Л. С. Неотложная доврачебная помощь в терапии и хирургии [Текст] / Андреева Л. С., Френзель А. А. . - Ростов н/Д : Феникс , 1999 . - 320 с.
2. Борисов А.Е., Кубачев К.Г., Кукушкин А.В., Заркуа Н.Э., Зайцев Д.А. Диафрагмальные грыжи. Диагностика и хирургическое лечение / Борисов А.Е., Кубачев К.Г., Кукушкин А.В., Заркуа Н.Э., Зайцев Д.А. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2012. Т. 171. № 6. С. 038-042.
3. Виницкая И. М. Первая медицинская помощь при основных хирургических заболеваниях и травмах : учебник [Текст] / Виницкая И. М., Котовская Е. Б. // Юж. федер. ун-т . - Ростов н/Д : Феникс , 2009 . - 378 с.: ил. . - Высшее образование
4. Ермолов А.С., Лебедев А.Г., Ильичев В.А., Раскатова Е.В., Драйер М.Н. Комбинированная пластика ущемленных грыж передней брюшной стенки / Ермолов А.С., Лебедев А.Г., Ильичев В.А., Раскатова Е.В., Драйер М.Н. // Медицинский алфавит. 2011. Т. 1. № 3. С. 16-19.
5. Захидова С.Х. Ненатяжная герниопластика при ущемленных вентральных грыжах / Захидова С.Х. // Академический журнал Западной Сибири. 2013. Т. 9. № 3 (46). С. 36-37.
6. Зорькин А. А. Лечение ущемленных грыж брюшной стенки. //Хирург: ежемесячный научно-практический журнал. 2005. № 8 . С. 6-8.
7. Ромашкин-Тиманов М.В., Барсукова И.М., Терещичев А.А Ущемленные наружные грыжи живота. Тактика врача на догоспитальном этапе скорой медицинской помощи / Ромашкин-Тиманов М.В., Барсукова И.М., Терещичев А.А // Скорая медицинская помощь. 2015. Т. 16. № 4. С. 57-61.
8. Стяжкина С.Н., Казанцева Е.Г., Бирюкова Е.В. Ущемленные послеоперационные вентральные грыжи / Стяжкина С.Н., Казанцева Е.Г., Бирюкова Е.В. // Наука, техника и образование. 2016. № 4 (22). С. 93-96.
9. Суковатых Б.С., Нетяга А.А., Валуйская Н.М., Праведникова Н.В. Дифференцированный подход к выбору способа пластики дефекта брюшной стенки у больных ущемленными вентральными грыжами / Суковатых Б.С., Нетяга А.А., Валуйская Н.М., Праведникова Н.В. / Хирург. 2010. № 7. С. 36-40.
10. Шапошников Ю.Ю., Мустафин Р.Д. Сравнительная оценка традиционных и современных способов герниопластики при ущемленных паховых грыжах / Шапошников Ю.Ю., Мустафин Р.Д. // Уральский медицинский журнал. 2010. № 4 (69). С. 5-7.

## 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 6 группы  
Пушкарской Л.С.**

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.