

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Волгоградский государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ОЦЕНКА *72* БАЛЛОВ
ВВ САМОХВАЛОВА



Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему

«Первая доврачебная помощь при кровотечении (носовом, желудочно-
кишечном).»

Выполнила:

Обучающаяся 3 курса 7 группы
педиатрического факультета

Абдуллаева Назлухан Аслановна

Волгоград 2018 г

Оглавление

Введение	3
Актуальность	3
Цель	4
Задачи	4
Основные определения и понятия	5
Теоретическая часть	6
Доврачебная помощь при носовом кровотечении	6
Доврачебная помощь при желудочно-кишечном кровотечении	10
Роль медицинского персонала	12
Собственное исследование	13
Вывод	16
Список использованной литературы	17

Введение

Актуальность

В повседневной жизни часто приходится оказывать медицинскую помощь людям, пострадавшим от несчастных случаев или внезапно заболевшим. Чтобы успешно справиться с поставленными задачами, каждый должен овладеть необходимыми знаниями и умениями по оказанию пострадавшим первой неотложной медицинской помощи.

Умение среднего медицинского персонала оценить тяжесть состояния пациента, выявить приоритетные проблемы, необходимо для оказания эффективной доврачебной помощи, что может в большей степени повлиять на дальнейшее течение и прогноз заболевания.

Кровотечением называют **излияние крови из поврежденных кровеносных сосудов**. Оно является одним из частых и опасных последствий ранений, травм и ожогов. В зависимости от вида поврежденного сосуда различают: артериальное, капиллярное и венозное кровотечения.

Кровотечение из носа может быть вызвано травмами слизистой оболочки в области носовой перегородки в ее передненижней части, некоторыми общими заболеваниями, такими как повышенное артериальное давление, болезни крови и др. Кровотечение из носа может быть послеоперационным.

Опасность кровотечения из носа заключается в том, что из-за обилия сосудов в этой зоне, оно может быть достаточно сильным.

Желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) – это вытекание крови из поврежденных заболеванием кровеносных сосудов в полости органов желудочно-кишечного тракта. Желудочно-кишечное кровотечение – часто встречающееся и серьезное осложнение широкого перечня патологий органов ЖКТ, представляющее угрозу для здоровья и даже жизни больного.

Цель:

Изучить методику оказания первой доврачебной помощи при кровотечении (носовом, желудочно-кишечном).

Задачи:

1. Изучить методику оказания первой доврачебной помощи при кровотечении из носа.
2. Изучить методику оказания первой доврачебной помощи при желудочно-кишечном кровотечении.
3. Ознакомиться с правилами оказания первой доврачебной помощи при кровотечении (носовом, желудочно-кишечном) в педиатрическом отделении ВОДКБ

Основные определения и понятия

Кровь представляет собой биологическую ткань, обеспечивающую нормальное существование организма. Количество крови у мужчин в среднем около 5 л, у женщин – 4,5 л; 55% объема крови составляет плазма, 45% – кровяные клетки, так называемые форменные элементы (эритроциты, лейкоциты и др.).

Кровь в организме человека выполняет сложные и многообразные функции. Она снабжает ткани и органы кислородом, питательными компонентами, уносит образующиеся в них углекислоту и продукты обмена, доставляет их к почкам и коже, через которые эти токсические вещества удаляются из организма. Жизненная, вегетативная, функция крови заключается в непрерывном поддержании постоянства внутренней среды организма, доставке тканям необходимых им гормонов, ферментов, витаминов, минеральных солей и энергетических веществ.

Организм человека без особых последствий переносит утрату только 500 мл крови. Истечение 1000 мл крови уже становится опасным, а потеря более 1000 мл крови угрожает жизни человека. Если утрачено более 2000 мл крови, сохранить жизнь обескровленному можно лишь при условии немедленного и быстрого восполнения кровопотери. Кровотечение из крупного артериального сосуда может привести к смерти уже через несколько минут. Поэтому любое кровотечение должно быть по возможности скоро и надежно остановлено. Необходимо учитывать, что дети и лица преклонного возраста, старше 70–75 лет, плохо переносят и сравнительно малую потерю крови.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ: Временная остановка наиболее опасного для жизни наружного артериального кровотечения достигается наложением жгута или закрутки, фиксированием конечности в положении максимального сгибания, прижатием артерии выше места ее повреждения пальцами. Сонная артерия прижимается ниже раны. Пальцевое прижатие артерий — самый доступный и быстрый способ временной остановки артериального кровотечения. Артерии прижимаются в местах, где они проходят вблизи кости или над ней

Носовое кровотечение - кровотечение из полости носа, которое обычно можно увидеть при истечении крови через ноздри.

Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК, кровотечения желудочно-кишечного тракта, кровотечения ЖКТ, синдром желудочно-кишечного кровотечения) — это кровотечения, которые происходят в просвет желудочно-кишечного тракта(ЖКТ).

Мелена - чёрный дёгтеобразный жидковатый стул.

Гематемезис – кровавая рвота

Теоретическая часть

Оказание первой доврачебной помощи при носовом кровотечении. Алгоритм действий. Метод лечения.

При кровотечении из носа следует:

1. Присесть и наклонить голову вперед
2. С помощью носового платка или салфетки аккуратно вытереть нос, не сморкаться.
3. Выдыхать воздух следует через рот, а вдыхать через нос.
4. Вложить в ноздрю, из которой идет кровь, ватную турундочку, смоченную раствором Перекиси водорода 3%. Через некоторое время аккуратно убрать турундочку.
5. Если носовое кровотечение не останавливается, следует обратиться за квалифицированной медицинской помощью.
6. принять меры по устранению опасных для жизни состояний (проведение реанимационных мероприятий, остановка кровотечения и т.д.);
7. не оставлять пострадавшего без внимания, постоянно контролировать его состояние, продолжать поддерживать жизненные функции его организма до прибытия медицинских работников.

Оказывающий помощь должен знать:

- основы работы в экстремальных условиях;
- признаки (симптомы) нарушений жизненно важных систем организма;
- правила, методы, приемы оказания ПДПП применительно к особенностям конкретного человека в зависимости от ситуации;
- способы транспортировки пострадавших и др.

Оказывающий помощь должен уметь:

- оценивать состояние пострадавшего, диагностировать вид, особенности поражения (травмы), определять вид необходимой первой медицинской помощи, последовательность проведения соответствующих мероприятий;

- правильно осуществлять весь комплекс экстренной реанимационной помощи, контролировать эффективность и при необходимости корректировать реанимационные мероприятия с учетом состояния пострадавшего;

- останавливать кровотечение путем наложения жгута, давящих повязок и др.;

- накладывать повязки, косынки, транспортные шины при переломах костей скелета, вывихах, тяжелых ушибах;

- оказывать помощь при поражениях электрическим током, в том числе в экстремальных условиях (на опорах ЛЭП и пр.), при утоплениях, тепловом, солнечном ударе, при острых отравлениях;

- использовать подручные средства при оказании ЦДПП, при переносе, погрузке, транспортировке пострадавшего;

- определить необходимость вызова скорой медицинской помощи, медицинского работника, эвакуировать пострадавшего попутным (неприспособленным) транспортом, пользоваться аптечкой скорой помощи [1].

Раны – повреждения тканей, вызванные механическим воздействием, сопровождающиеся нарушением целостности кожи или слизистых оболочек. В зависимости от механизма травмы и характера ранящего предмета, различают: резаные, колотые, рубленые, укушенные, ушибленные, огнестрельные и другие раны.

При небольших, поверхностных ранах кровотечение обычно капиллярное, останавливающееся самостоятельно или после наложения давящей повязки. При повреждении крупных сосудов кровотечение интенсивное и может угрожать жизни пострадавшего.

Опасность любого кровотечения состоит в том, что в результате него падает количество циркулирующей крови, ухудшаются сердечная деятельность и обеспечение тканей (особенно головного мозга), печени и почек кислородом. При обширной и длительной кровопотере развивается малокровие (анемия). Очень опасна кровопотеря у детей и лиц пожилого возраста, организм которых плохо приспосабливается к быстро уменьшающемуся объему циркулирующей крови. Большое значение имеет то, из сосуда какого калибра истекает кровь. Так, при повреждении мелких сосудов образующиеся кровяные сгустки (тромбы) закрывают их просвет, и кровотечение останавливается самостоятельно. Если же нарушена целостность крупного сосуда, например артерии, то кровь бьет струей, истекает быстро, что может привести к смертельному исходу буквально за несколько минут.

Хотя при очень тяжелых травмах, например отрыве конечности, кровотечение может быть небольшим, т.к. возникает спазм сосудов[2].

2. Этиология носовых кровотечений

Кровооснабжение слизистой оболочки полости носа осуществляют артерии из бассейнов наружной и внутренней сонных артерий, магистральными сосудами служат основно-носовая из системы наружной сонной, передняя и задняя решетчатые артерии (ветви Глазной артерии из бассейна внутренней сонной).

Основно-носовая артерия через одноименное отверстие проникает в полость носа и разветвляется на задние носовые латеральные и перегородочные артерии, кровоснабжающие задние отделы полости носа. Передние этмоидальные артерии проходят в полость носа через решетчатую пластинку, задние - через заднее решетчатое отверстие, они обеспечивают кровоснабжение области решетчатого лабиринта и переднего отдела полости носа. Отток крови осуществляется в переднюю лицевую и глазничную вены.

Посредственной причиной носового кровотечения служит нарушение целостности сосудов слизистой оболочки полости носа. Возможные причины носового кровотечения принято делить на местные и общие.

К местным процессам, приводящим к носовому кровотечению, относят:

1. все виды травм носа и внутриносовых структур (включая травму слизистой оболочки при попадании инородного тела, операционные травмы, травмы при лечебно-диагностических манипуляциях в полости носа - пункции и катетеризации околоносовых пазух, назотрахеальной интубации, назогастрального зондирования, эндоскопии и др.);

2. процессы, вызывающие полнокровие слизистой оболочки полости носа (острые и хронические риниты, синуситы, аденоидные вегетации);

3. дистрофические изменения слизистой оболочки полости носа (атрофические формы ринита, выраженное искривление носовой перегородки);

4. новообразования полости носа (ангиомы, злокачественные опухоли, специфические гранулемы).

Достаточно разнообразны возможные причины общего характера, способные привести к носовым кровотечениям:

1. заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь и симптоматические гипертонии, пороки сердца и аномалии сосудов с

повышением кровяного давления в сосудах головы и шеи, атеросклероз кровеносных сосудов);

2. коагулопатии, геморрагические диатезы и заболевания системы крови, гипо- и авитаминозы;

3. гипертермия в результате острых инфекционных заболеваний, тепловом и солнечном ударе, при перегревании;

4. патология в результате резких перепадов барометрического давления (патологические синдромы в летной, водолазной, альпинистской практике);

5. некоторые гормональные дисбалансы (ювенильные и викарные кровотечения, кровотечения при беременности).

Клиническая картина носового кровотечения включает:

- прямые признаки кровотечения;

- симптомы причинной патологии;

- признаки острой кровопотери.

Прямой признак носового кровотечения - визуально определяемое истечение крови из просвета ноздрей наружу и/или затекание крови из носоглотки в ротоглотку, что обнаруживаются при фарингоскопии. Симптомы причинной патологии разнообразны и отражают выраженность, стадию и форму заболевания или травмы. Возникающие признаки острой кровопотери зависят от особенностей кровотечения (локализация, интенсивность), объема потерянной крови, преморбидного состояния, возраста и пола пациента.

Носовые кровотечения по локализации могут быть «передними» и «задними». В переднем отделе перегородки носа с обеих сторон расположена зона Киссельбаха (кровооточивая зона носа), которая служит источником кровотечения в 90-95% случаев. Частота повреждений данной области обусловлена большим количеством анастомозирующих друг с другом капилляров, исходящих из бассейнов перегородочной, большой небной, передней решетчатой и верхней губной артерий. Слизистая оболочка данной области тонкая, практически лишена подслизистого слоя, что делает расположенные здесь сосуды уязвимыми как при внешнем механическом воздействии, так и при повышении местного внутрисосудистого давления.

«Переднее» кровотечение, не интенсивное по характеру, редко представляет угрозу для жизни и может остановиться самостоятельно (при отсутствии коагулопатии) или при применении простейших мер первой медицинской помощи.

В отличие от «передних», при «задних» носовых кровотечениях (повреждение достаточно крупных сосудистых стволков, которые преимущественно локалируются в стенках глубоких отделов полости носа) объем кровопотери быстро нарастает, что представляет угрозу для жизни. Самостоятельно подобные кровотечения останавливаются крайне редко и требуют специальных методов остановки.

В зависимости от объема степени кровопотери при носовых кровотечениях подразделяют на незначительную, легкую, среднетяжелую, тяжелую или массивную.

Незначительный объем кровопотери составляет от нескольких капель до нескольких десятков миллилитров. Подобное кровотечение не приводит к развитию каких-либо метаболических сдвигов в организме и в большинстве случаев не дает патологических симптомов. Однако в детском возрасте и у лиц с лабильной психикой оно может сопровождаться реакциями психогенного (истерика) или вегетососудистого (обморок) характера.

При легкой степени объем кровопотери составляет до 10-12% объема циркулирующей крови (500-700 мл у взрослого человека). Больные жалуются на слабость, шум, звон в ушах, мелькание мушек перед глазами, жажду, головокружение, учащенное сердцебиение. Может появиться небольшая бледность кожного покрова и видимых слизистых оболочек.

При нарастании кровопотери до 15-20% объема циркулирующей крови (1000-1400 мл для взрослого человека) диагностируется средняя степень тяжести. Усиливается субъективная симптоматика, появляются тахикардия, снижение артериального давления, одышка и признаки периферического вазоспазма (акроцианоз).

Кровопотеря свыше 20% объема циркулирующей крови приводит к развитию геморрагического шока (заторможенность и другие нарушения сознания, выраженная тахикардия, нитевидный пульс, резкое падение артериального давления и др.).

Доврачебная помощь при желудочно-кишечном кровотечении

Признаком желудочно-кишечного кровотечения является кровавая рвота или кровавый кал.

Кровавая рвота возникает при кровотечении из сосудов пищевода или желудка. При этом в рвотные массы либо содержится неизмененная кровь, либо имеют цвет «кофейной гущи», обусловленный наличием солянокислого гематина.

образующегося из гемоглобина под воздействием соляной кислоты желудочного сока.

В зависимости от локализации источника кровотечения кал может иметь разнообразную окраску - от чёрного дёгтеобразного до алого.

Чёрный цвет кала обусловлен наличием сульфидов, образующихся при действии на кровь различных ферментов и бактерий. Чем выше источник кровотечения, тем более изменённой оказывается кровь, выделяемая с испражнениями. При кровотечении из язвы желудка и/или двенадцатиперстной кишки стул дёгтеобразный: при кишечном кровотечении каловые массы окрашены тёмной или алой кровью. Если же источник кровотечения расположен ниже, кровь изменена меньше, а при кровотечениях из расширенных вен прямой кишки при геморрое или из трещины заднепроходного отверстия неизменённая кровь бывает примешана к нормальному калу.

Основные причины желудочно-кишечного кровотечения следующие.

1. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.
2. Разрыв слизистой оболочки желудка и пищевода после обильной рвоты (синдром Маллори-Вейса).
3. Опухоли пищевода, желудка и кишечника.
4. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и др.).
5. Инфекционные болезни (дизентерия, брюшной тиф и др.).
6. Тромбоз брыжеечных сосудов.
7. Варикозно расширенные вены - пищевода и кардиального отдела желудка при портальной гипертензии (повышении давления в системе воротной вены), подслизистого слоя конечного отдела прямой кишки при геморрое.
8. Болезни крови - лейкозы (опухолевые заболевания крови), геморрагические диатезы (заболевания, характеризующиеся повышенной кровоточивостью).
9. Ятрогенные - применение ряда лекарственных препаратов, например ацетилсалициловой кислоты, преднизолона, гепарина и др.

Наиболее достоверными клиническими признаками желудочно-кишечного кровотечения выступают гематемезис и мелена. У больного с желудочно-кишечным кровотечением могут появиться слабость, головокружение, шум в ушах, одышка, обморочное состояние, резкая бледность кожи и слизистых оболочек, частый, слабого наполнения пульс, снижение АД.

Первая помощь при желудочном кровотечении

Проявление признаков желудочного кровотечения является основанием для вызова скорой и оказания первой помощи – пациент должен быть доставлен в стационар или отделение, специализирующееся на заболеваниях и острых состояниях при патологиях желудочно-кишечного тракта. До приезда бригады медиков необходимо оказать человеку первую посильную помощь. Первая неотложная помощь при желудочном кровотечении имеет свой алгоритм действий: Обеспечьте больному полный покой, уложив его в горизонтальное положение на спину и слегка приподняв ноги – под них можно подложить валик. До любых диагностических мероприятий не давайте человеку еду и питье – стимуляция работы ЖКТ в данной ситуации может привести к ухудшению состояния и появлению дополнительных осложнений. После выявления предполагаемой локализации ЖКК, приложите туда лед либо холодный предмет для сужения сосудов и недопущения слишком быстрого развития воспалительно-отечного процесса. Процедура занимает 20 минут с 3-х минутными перерывами, при необходимости (до приезда скорой помощи) её можно повторить, спустя 30-40 минут после первого мероприятия. Если человек находится в сознании, то предложите ему употребить несколько таблеток Дицинона. Промывка желудка или клизма вне стационара в случае ЖКК строго запрещена. При обмороке у больного, не пытайтесь привести его в чувство, дав пощипать нашатырный спирт. Если человек не реагирует – скорее всего, он находится в коматозном состоянии и требует постоянного мониторинга жизненных показателей пульса и дыхания. В случае отсутствия последних – переходите к непрямому массажу сердца и искусственному дыханию, поддерживая жизнеспособность больного до приезда бригады медиков. После прибытия скорой помощи помогите уложить больного на носилки, зафиксировав положение тела лицом вверх, после чего тот будет доставлен в больницу.

Роль медицинского персонала

Оказание доврачебной помощи в стационаре выполняет процедурная или палатная медицинская сестра. Она проводит первичную диагностику неотложного состояния, вызывает врача и выполняет мероприятия по оказанию первой помощи: обеспечение проходимости дыхательных путей, придание необходимого положения больному. В дальнейшем она следует назначениям врача. Выполняет необходимые манипуляции – постановку внутримышечных, внутривенных инъекций. Также медицинская сестра контролирует соблюдение личной гигиены пациентов,

Врач назначает необходимую терапию и следит за состоянием пациентов

Собственное исследование

При прохождении практики в педиатрическом отделении ВОДКБ в качестве помощника процедурной медицинской сестры, я провела собственное исследование по поводу оказания доврачебной помощи при кровотечении (носовом, желудочно-кишечном).

В процедурном кабинете имеется приказ о порядке оказания доврачебной медицинской помощи. В соответствии с этим приказом, в кабинете находится «Набор №2» для оказания медицинской помощи при неотложных состояниях в условиях медицинского учреждения. В состав набора входят:

1. Адреналина гидрохлорид (эпинефрин) 0,1 % - 1
2. Никетамид (кордиамин) 2 мл
3. Фенилэфрин (мезатон) 1% - 1 мл
4. Парацетамол таблетки по 0,5
5. Либексин №10
6. Прокаинамид (новокаинамид) 10%-5 мл
7. Кордарон 5мл
8. Клемастин (гавегил) 2-мл
9. Хлоропирамин (супрастин) 2%- 1 мл
10. Атропин 0,1%-1мл
11. Фенотерол (беротек, партусистен) – аэрозоль
12. Эуфиллин (аминофиллин) 2,4 % -10мл
13. Кордафен (нифедипин) 10мл
14. Гидрокортизон 0,025 (0,05) с растворителем
15. Преднизолон 30 мл
16. Фуросемид (лазикс) 1%-2 мл
17. Метамизол натрий (анальгин) 50% - 2 мл
18. Строфантин К 0,05% - 1 мл

19. Дроперидин (по-шта) 2% - 2 мл
20. Папаверина гидрохлорид 2% - 2 мл.
21. Бендазол (дибазол, глинофен) 1%
22. Магния сульфат 25% - 10 мл
23. Аминокапроновая кислота 5% - 100мл.
24. 5% раствор аскорбиновой кислоты 2мл
25. Этамзилат (дицинон) 12,5% 2мл.
26. Рибоксин 5мл
27. Натрия хлорид (Рингера-Локка) 0,9% 200 мл
28. Реополиглюкин 200мл
29. Полиглюкин 200мл
30. Глюкоза 40% - 10мл
31. Окситоцин 5 ед.
32. Генарин 5000ед/мл
33. Аспирин таблетки по 0,5 ед.
34. Эпизонпрост 1 мл
35. Хлористый кальций 10%-10 мл
36. Спирт нашатырный 10%-1 мл

Расходные материалы:

1. Стерильные спиртовые салфетки или спирт (кожный антисептик, разрешенный к применению в РФ).
2. Перчатки
3. Одноразовые шприцы по потребности
4. Лейкопластырь бактерицидный разных размеров
5. Лейкопластырь 2 см x 5 м, 1 см x 500 см

6. Система для инфузионной терапии

Медицинская аппаратура и инструментарий:

1. Термометр медицинский

2. Устройство для проведения искусственного дыхания "Рот в рот"

3. Аппарат дыхательный ручной

4. Воздуховод

5. Роторасширитель

6. Языкодержатель

7. Жгут для внутривенных инфузий

8. Жгут кровоостанавливающий.

После получения назначений от врача, медицинская сестра должна обеспечить пациентов медикаментами и произвести необходимые манипуляции.

При носовом кровотечении медицинская сестра должна помочь больному принять положение сидя и дать емкость для вытекающей крови, научить пациента правильно дышать (вдох — через нос, выдох — через рот), прижать крыло носа пальцем со стороны кровотечения, при необходимости (если предыдущие меры не помогли) ввести в носовой ход смоченный в 3% растворе перекиси водорода ватный тампон и приложить холод к переносице.

После кровотечения медицинская сестра должна аккуратно смазать полость носа вазелиновым маслом.

При желудочно-кишечном кровотечении медицинская сестра должна сообщить врачу о состоянии пациента и оказать доврачебную помощь: помочь пациенту лечь в постель, не разрешать пациенту разговаривать, есть, пить, положить на область живота пузырь со льдом, следить за состоянием больного (оценить пульс и измерить АД), при появлении рвоты предотвратить аспирацию рвотными массами, контролировать объем кровопотери, выполнять назначения врача.

Вывод

В практической деятельности медицинская сестра нередко встречается с острыми состояниями, требующими проведения неотложной терапии, успех которой зависит от своевременности и правильности установленного диагноза и проведения лечебных мероприятий. Диагностика неотложных состояний является одной из наиболее важных и ответственных задач в практической деятельности медицинской сестры.

К проведению неотложных лечебно-диагностических мероприятий предъявляют следующие требования: медицинская сестра должна знать симптомы наиболее распространенных и особенно острых, угрожающих жизни пациента заболеваний и состояний; все диагностические мероприятия необходимо осуществлять параллельно с лечебными; начинать оказывать неотложную помощь пациенту на месте возникновения ургентного состояния и при необходимости продолжать во время его транспортировки в палату интенсивной терапии.

Список использованной литературы

1. Организация сестринской службы. Авторы: Наталья Каенмовекая, Валентина Ефремова, 2011 г. 3. Основы сестринского дела. Авторы: Тамара Обуховец, Ольга Чернова, 2016г.
2. Общий уход за больными. Авторы Владислав Муранко, Евгений Шуганов, 2015г.
3. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи. Автор Тамара Обуховец, 2015г.
4. Сестринское дело и манипуляционная техника Автор: Яромич И.В., 2013г
5. Справочник медсестры. Практическое руководство Авторы: Храмова Елена, Плисов Владимир, 2014 г.

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная программой практики «Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (помощник процедурной медицинской сестры, научно-исследовательская работа)» обучающегося 3 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия 7 группы

Абдуллаева Назлухан Асламовна

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведённого анализа выявлены непринципиальные недостатки.

Все разделы отражают вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует низкое знание современного состояния изучаемой проблемы.

Обзор литературы основан на анализе нескольких литературных источников, отражает актуальные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на низкий уровень знаний автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы. Сформулированные выводы вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым языком, материалы изложены несвязно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал недостаточно обширен.

Выводы соответствуют полученным результатам, анализ недостаточно глубокий.

Работа представляет собой завершенное научное исследование.

Руководитель практики:



В.В. Самохвалова