


ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

ГБ Сам
Таманова ОВ


Научно-исследовательская работа на тему
«Подходы к оздоровлению детей с
заболеваниями сердечно сосудистой
системы»



Выполнила:

Обучающаяся 5 курса 8 группы

педиатрического факультета

Гаджимурадлы Гюнай Джалал кызы

Волгоград 2018г

Содержание:

Введение.....	3
Цель.....	4
Задачи.....	4
Основные определения и понятия.....	6
• Врожденный порок сердца.....	5
• Классификация ВПС.....	7
Теоретическая часть научно-исследовательской работы.....	13
• I этап- стационарный.....	13
• II – санаторный.....	16
• III этап - адаптационный	17
Роль врача в подходе к оздоровлению детей с заболеванием сердечно сосудистой системы.....	18
Собственное исследование.....	19
Вывод.....	20
Литература.....	21

1. Введение.

Реабилитация больных с сердечнососудистыми заболеваниями это одна из самых актуальных задач современной медицины, т.к. данная патология занимает первое место среди других причин смертности населения. С каждым годом увеличивается количество детей, имеющих врожденные патологии.. Ежегодно в Российской Федерации рождается около 17500 детей с различными пороками сердца, что составляет 249 на 100 тысяч человек населения. Из числа всех врождённых пороков сердца 89 % обусловлено действием экзогенных факторов, к которым относят радиацию, вирусные инфекции, болезни матери в период беременности, лекарственные и химические вещества, тяжёлые металлы; 10 % обусловлены наследуемыми хромосомными аномалиями или могут быть следствием моногенных мутаций.

Данные литературы, посвящённые факторам риска возникновения сердечно сосудистой патологии у детей, представленные в работах отечественных исследователей, нередко являются противоречивыми и не до конца изученными. В одних исследованиях главными факторами выделяются воздействие химических веществ и производственных вредностей родителей в период зачатия и вынашивания беременности. Другими авторами приоритет в возникновении пороков сердца отводится вирусным инфекциям.

Чрезвычайно важны своевременная диагностика и проведения соответствующей хирургической коррекции. Если своевременного лечения не проводится, то на 1-м году жизни умирает около 55% детей с ВПС, а до 5-летнего возраста - 85%.

2.Цель научно-исследовательской работы

Исследовать возможности оздоровления детей с сердечнососудистыми заболеваниями.

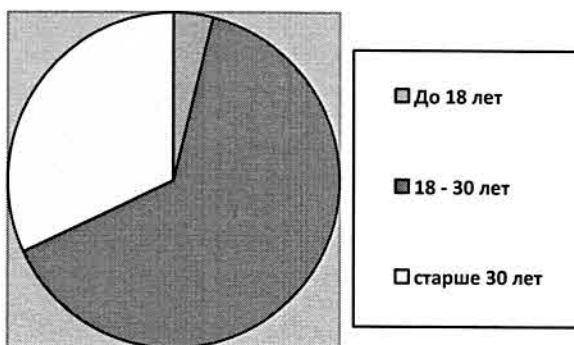
3.Задачи научно-исследовательской работы.

1. Исследование сердечно-сосудистых заболеваний и перечень физических упражнений для детей с данной патологией.
2. Изучить основные подходы к оздоровлению детей с сердечнососудистыми заболеваниями.
3. Обосновать необходимость реабилитации детей с сердечнососудистыми заболеваниями в условиях амбулаторно-поликлинической помощи.
4. Оценить эффективность реабилитации у детей с сердечнососудистыми заболеваниями.

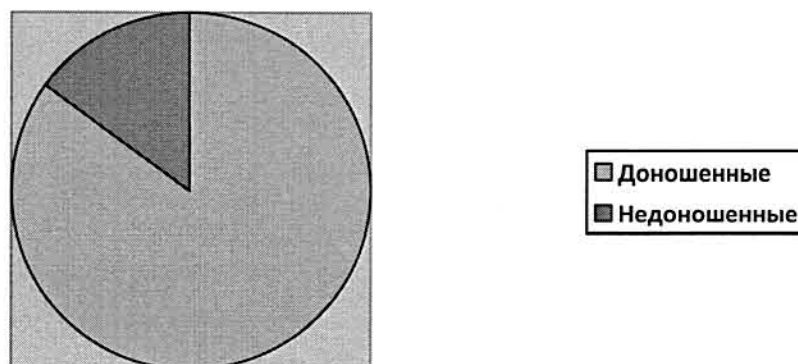
Врожденным пороком сердца (ВПС) называют анатомический дефект в структуре сердца или магистральных сосудов, который присутствует с момента рождения. Врожденные пороки возникают вследствие нарушения эмбрионального развития сердечно-сосудистой системы, либо формируются как результат негативного воздействия неблагоприятных факторов на организм новорожденного, например, респираторные расстройства.

Общая структура ВПР. В общей структуре ВПР изолированных пороков - 91,5%, множественных пороков развития - 6,4%, хромосомных аномалий - 2,1%.

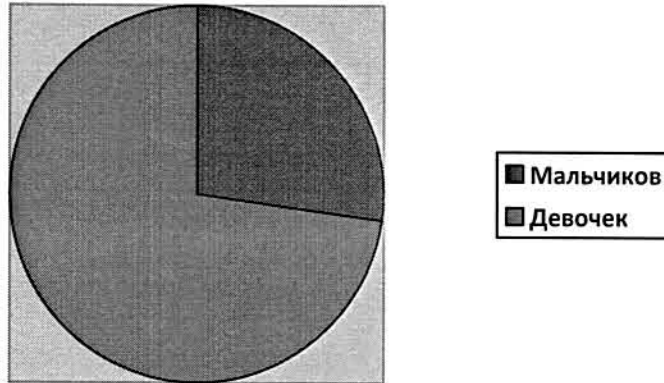
Распределение детей с ВПР по возрасту матери. Анализируя частоту ВПР по возрасту матери, установлено, что 4% детей с ВПР от матерей в возрасте до 18 лет, 64% от матерей в возрасте 18-30 лет, 32% от матерей в возрасте старше 30 лет



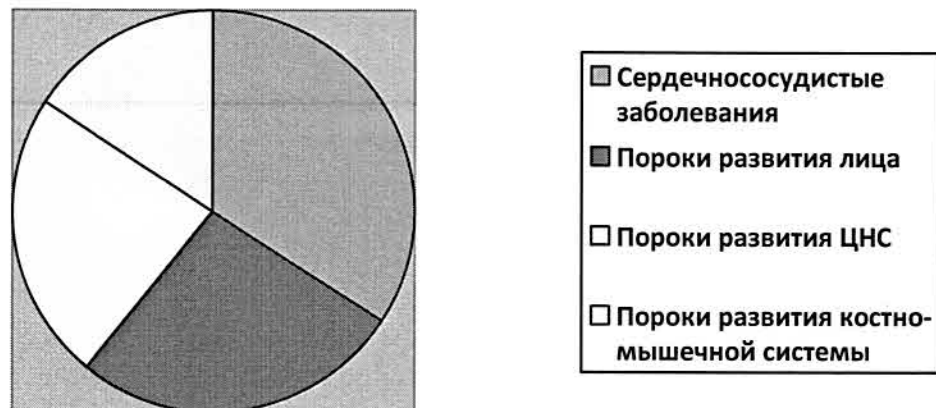
Распределение детей с ВПР по их гестационному сроку. По гестационному сроку количество ВПР распределились следующим образом: доношенных - 85%, недоношенных-15%.



Распределение ВПР по половой принадлежности ребенка. По половой принадлежности детей: мальчиков- 25,5%, девочек - 68%, пол не определен - 6,5%. Вредные привычки В ходе исследования было выявлено, что 57,4% женщин во время беременности имели вредные привычки (курение) или принимали лекарственные препараты.



Структура ВПР за года. Структура ВПР распределилась следующим образом: 1 место занимают пороки развития сердечно-сосудистой системы - 24%, 2 место - пороки развития лица (расщелина губы/неба) - 18,5%, 3 место - пороки развития ЦНС - 16,5%, 4 место - пороки развития костно-мышечной системы - 11,0.



Классификация ВПС:

Врожденный порок сердца бледного типа - с артериовенозным шунтом(сброс крови слева направо):

- дефект меж предсердной перегородки,
- дефект межжелудочковой перегородки,
- открытый артериальный проток.

Врожденный порок сердца синего типа - с веноартериальным шунтом (сброс крови справа налево):

- Тетрада Фалло,
- транспозиция магистральных сосудов.

Врожденный порок сердца без шунта, но с препятствием кровотоку:

- стенозы аорты и легочной артерии.

Врожденный порок сердца без сброса крови, и без стеноза:

- недостаточность митрального и трехстворчатого клапана

Клиническая картина

- Врожденные пороки сердца бледного типа

К этой группе относятся дефекты меж предсердной и межжелудочковой перегородок, открытый артериальный проток. При каждом из данных пороков имеется анастомоз между левыми и правыми отделами сердца или магистральных сосудов. Так как давление в левых отделах сердца и аорте значительно больше, чем в правых, то сброс крови происходит слева направо. То есть, часть артериальной крови смешивается с венозной кровью и снова идет в малый круг кровообращения. Это приводит к перегрузке малого (легочного) круга кровообращения. Поэтому основным клиническим проявлением этих пороков будет одышка при физических нагрузках. Бледность проявляется только при значительном объеме шунтирования. С возрастом проявляются симптомы сердечной недостаточности по обоим кругам.

Диагностика основывается на данных эхокардиографии, или УЗИ сердца.

При *открытом артериальном протоке* показано только хирургическое лечение.

При *дефекте межжелудочковой перегородки* в нижней (мышечной) ее части возможно самопроизвольное закрытие дефекта или значительное уменьшение его размеров. Если же отверстие располагается в верхней, мембранозной, части коррекция возможна только хирургическая.

Лечение *дефекта межпредсердной перегородки* также хирургическое. В некоторых случаях, когда дефект межпредсердной перегородки является открытым овальным окном, данный порок может так и не проявиться сердечной недостаточностью. Поэтому незакрытые овального окна относят к группе малых аномалий развития.

- Врожденные пороки сердца синего типа

Эта группа получила своё название из-за цианотичного цвета кожи детей страдающих такими пороками. Синюшный цвет кожи обусловлен попаданием венозной крови из правых отделов в большой круг кровообращения.

Тетрада Фалло — сложный врожденный порок сердца. При классическом варианте обнаруживают четыре признака: дефект межжелудочковой перегородки, стеноз выводного отдела правого желудочка, декстрапозиция (неправильное расположение) аорты и гипертрофия миокарда правого желудочка. Так как декстрапозиция аорты является вторичной, связанной с высоким расположением дефекта межжелудочковой перегородки, то часто говорят об отхождении аорты от левого и правого желудочков.

Основным симптомом является цианоз, который достигает своего максимума к году жизни. Одним из постоянных признаков является одышка, которая при Тетраде Фалло характеризуется аритмичным глубоким дыханием с нормальной частотой. Довольно быстро формируются «барабанные палочки» и «часовые стекла» - утолщение ногтевых фаланг пальцев рук вместе с увеличением размеров и ногтевой пластинки. Самым тяжелым проявлением Тетрада Фалло являются одышечно-цианотические приступы. Механизм их возникновения связан со спазмом выносящего отдела правого желудочка, в результате которого почти вся кровь, обедненная кислородом, из правого

желудочка попадает в аорту. Следствием этого является сильнейшая гипоксия мозга, проявляющаяся беспокойством, страхом, потерей сознания и судорогами. Отсутствие поступления крови к легким проявляется резким приступом одышки. Возможен летальный исход.

Лечение. Всем детям с Тетрадой Фалло показано оперативное лечение, которое проводится в два этапа. В предоперационный период проводится профилактика бактериальных осложнений антибиотиками.

Полная транспозиция магистральных сосудов

При этом врожденном пороке сердца кровь из правого желудочка поступает в аорту, а из левого - в легочную артерию. Выраженная одышка и цианоз проявляются сразу после рождения. Без хирургического лечения продолжительность жизни больных обычно не превышает двух лет.

- Врожденные пороки с препятствием кровотоку

Стеноз (сужение) аорты.

Сужение устья аорты создает препятствие току крови из левого желудочка в аорту. Сужение может быть на уровне аортального клапана, выше или ниже него. Малый круг кровообращения при этом ВПС страдает от перегруженности, а большой - от недостатка крови.

Симптомами заболевания являются бледность кожи, тахикардия, одышка, сердцебиение, боль в области сердца, головная боль и головокружение, обмороки

Указанные симптомы резко усиливаются при физической нагрузке, поэтому детям нельзя заниматься спортом и выполнять тяжелые физические нагрузки, так как они могут привести не только к обострению симптомов, но и к смерти ребенка.

Лечение. Стеноз аорты лечится хирургически. Лечение назначают при выраженности симптомов.

Коарктация аорты

Коарктация аорты — сегментарное сужение просвета аорты. Протяженность участка стеноза может быть различной, но начинается, как правило, выше места отхождения левой подключичной артерии. Таким образом, в верхней половине тела наблюдается повышенное артериальное давление, ниже - пониженное АД и признаки ишемии тканей. При выраженной артериальной гипертензии в верхней половине тела наблюдают головную боль, тошноту, рвоту, изменение зрения, частые носовые кровотечения. Недостаточность кровоснабжения нижней половины вызывает онемение нижних конечностей, чувство ползания мурашек, слабость при ходьбе, боли в ногах, постоянно холодные ноги. При измерении артериального давления на ногах обнаруживают его снижение. Указанные симптомы резко усиливаются при физической нагрузке.

Диагностика. Диагностика коарктации аорты обычно не представляет трудности и основывается на данных клинической картины и инструментальных методов - ЭКГ, эхокардиографии (Эхо КГ). Однако, иногда данный врожденный порок сердца остается нераспознанным, т. к. первые месяцы - год жизни дети могут расти и развиваться нормально.

Лечение. Лечение коарктации только хирургическое. Без такого лечения дети обычно не доживают до 2-3 летнего возраста.

Изолированный стеноз легочной артерии

Стеноз легочной артерии характеризуется препятствием току крови из правого желудочка в малый круг кровообращения.

При небольшом стенозе рост и развитие ребенка не нарушаются, а клинические симптомы могут проявиться во взрослом возрасте. При выраженном стенозе у ребенка рано возникает одышка, боли в сердце, сердцебиение, а позже - отеки на ногах, скопление жидкости в полостях. Такое течение порока требует оперативного лечения.

- *Приобретенный порок:*

Ревматизм

Ревматизм – иммунопатологический процесс, развивающийся преимущественно в соединительной ткани сосудов и сердца в связи с

инфекцией В – гемолитическим стрептококком группы А. У большинства детей при ревматизме наступает выздоровление, но при длительной и массивной стрептококковой инфекции развивается хроническая ревматическая болезнь со склонностью к рецидивированию ревмокардита.

Ранняя реабилитация направлена на восстановление функций пораженных органов с учетом активности процесса. Назначают противоревматическое лечение (пенициллин, нестероидные противовоспалительные препараты, стероидные гормоны при тяжелых формах болезни, витамины С, А, Е), охранительный режим, психотерапию.

Применяют УФО в эритемной дозировке с индивидуально подобранной биодозой. При полиартритах эритему локализуют в области суставов; если явления полиартрита отсутствуют, то воздействия УФ-лучами проводят на рефлекторно-сегментарные зоны.

Противопоказаниями для УФО являются геморрагический синдром, пороки сердца с недостаточностью кровообращения. Применяется электрофорез кальция по методике общего воздействия Вермея, что способствует выравниванию соотношения электролитов крови, улучшению тонуса сердечной мышцы, уменьшению проницаемости сосудов.

Рекомендуется электросон при небольшой частоте импульсов, что улучшает психоэмоциональное состояние. При хорее применяют теплые пресные или хвойные ванны в чередовании с электросном. При стабилизации активности ревматизма назначают лечебную физкультуру.

Поздняя реабилитация проводится в местных кардиологических санаториях в активной фазе ревматизма с пороком и без порока сердца.

В санатории на фоне лечения используется весь комплекс санаторных факторов реабилитации, saniруют очаги инфекции. Санаторная реабилитация предусматривает полное выздоровление ребенка .

Восстановительное лечение осуществляется в поликлинике с целью профилактики рецидивов болезни с постоянной круглогодичной бициллинопрофилактикой. Через 8—12 месяцев после окончания острого периода при отсутствии признаков активности и недостаточности кровообращения показано курортное лечение. Оно может проводиться на курортах, в лагерях отдыха курортного типа, в поликлинике. При этом

используются природные факторы, минеральные воды, лечебные грязи, ЛФК, закаливающие процедуры.

Дальнейшее динамическое наблюдение за детьми, больными ревматизмом, осуществляют участковый педиатр и кардиоревматолог в течение 2 лет ежеквартально, в дальнейшем – 2 раза в год. Осмотр лор-врачом и стоматологом необходим 2 раза в год, остальными специалистами – по показаниям. Два раза в год дети, находящиеся на динамическом наблюдении, могут госпитализироваться для обследования, уточнения диагноза и клинической реабилитации. Бициллинопрофилактика проводится в течение 3–5 лет.

Критериями эффективности реабилитации являются отсутствие повторных атак и формирования порока сердца, адаптация к физической нагрузке.

5. Теоретическая часть научно-исследовательской работы

Существуют три этапа реабилитации больного ребенка: стационарный, санаторный и адаптационный.

I этап. Стационарное лечение – основной и самый важный этап терапии. Он включает:

- создание ребенку индивидуального лечебно-двигательного режима с включения занятий лечебной гимнастикой и других форм;
- проведение этиопатогенетической медикаментозной терапии (противовоспалительную и антибактериальную);
- санацию очагов хронической стрептококковой инфекции.

Физической реабилитации для детей в активной фазе ревматизма этого этапа делится на три периода: щадящий, функциональный и тренировочный.

Периоды физической реабилитации определяются степенью активности ревматического процесса, клиническими заболеваниями и функциональными возможностями сердечнососудистой системы.

Чрезвычайно важным является правильная организация двигательного режима. Больные ревмокардитом II - III степени активности должны находиться в течение 1-2 нед на строгом постельном режиме, а затем еще 2 - 3 нед - на постельном режиме с возможным участием в настольных играх в кровати. В этот период показаны дыхательная гимнастика и пассивные движения. Спустя 05-1 мес. (с учетом результатов функциональных проб) детей переводят на щадящий режим с разрешением пользоваться столовой, туалетом; расширяется комплекс лечебной физкультуры.

Основные задачи физической реабилитации для детей в активной фазе ревматизма:

Организация двигательного режима детей .

1. Облегчение работы сердца путем активизации экстрокардиальных факторов кровообращения и функции дыхания.
2. Воспитание правильного дыхания диафрагмального типа.
3. Активизация обменных процессов в миокарде.

Физическая реабилитация в первом щадящем периоде проводится в двух формах: занятия лечебной гимнастикой и утренней гигиенической гимнастикой.

Занятия лечебной гимнастикой направлены на облегчение деятельности сердечно-сосудистой системы, повышение обмена веществ и тонуса организма больного, улучшение психоэмоционального состояния ребенка (отвлечение от мыслей о заболевании), улучшение кровообращения в суставах, рассасывание экссудата в них, что ведет к уменьшению болей в суставах. Занятия лечебной гимнастикой назначают на фоне субфебрильной температуры, на фоне сохраняющейся припухлости в суставах и боли в них. При сильных болях в суставах на 1—2 дня движения в этих суставах прекращают. Обычно через несколько дней занятий больные суставы значительно меньше реагируют на нагрузку, боль успокаивается и комплекс физических упражнений соответственно расширяется.

В щадящем периоде занятия проводятся в исходном положении – лежа. Длительность занятия 10—15 мин. Комплекс лечебной гимнастики состоит из 8—10 активных упражнений, простых по форме и легких для выполнения. Включаются дыхательные упражнения всех типов и паузы отдыха в виде релаксации мышц. Темп выполнения медленный, в ритм глубокому дыханию.

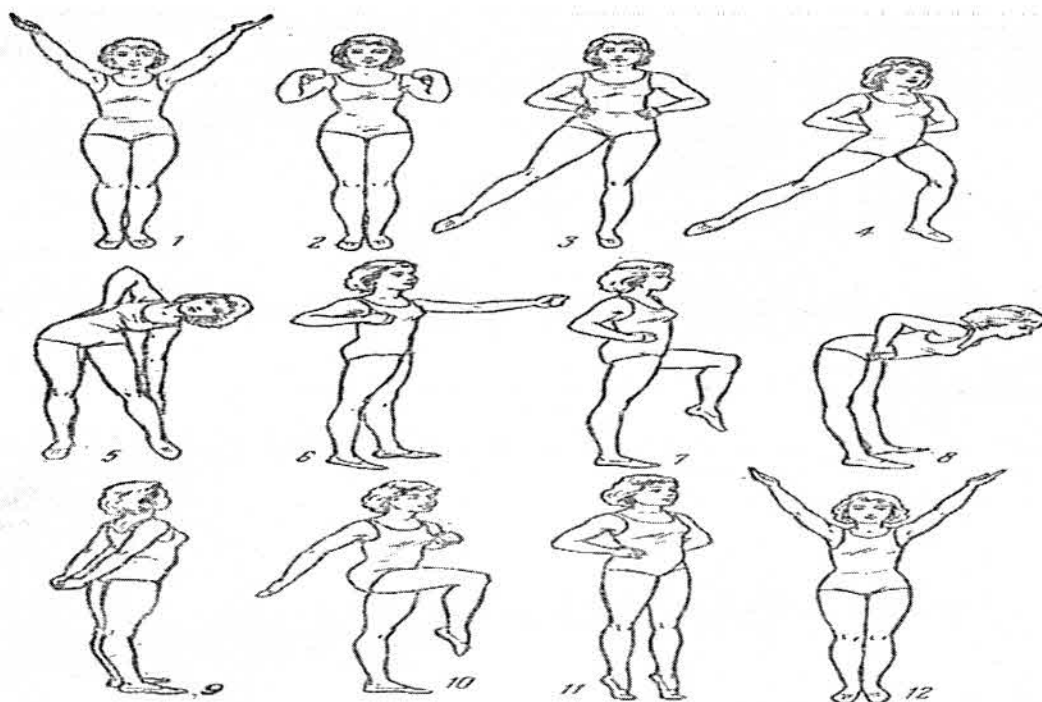
В подостром функциональном периоде при снижении температуры, улучшении общего состояния и сохранении незначительных болей в суставах физические упражнения проводятся в исходном положении лежа, сидя и стоя (к концу периода). К первоначальным задачам прибавляют новые — постепенное восстановление адаптации сердечно-сосудистой системы к легким физическим упражнениям, укрепление и тренировка дыхательного аппарата, укрепление мышечной системы. Упражнения простые по форме, но с несколько большей нагрузкой, чем в щадящем периоде, должны охватывать все мышечные группы и все суставы. При невозможности больного совершать активные движения в пораженном суставе, выполняются пассивные упражнения, которые производятся с возможно большей амплитудой, по всем осям сустава. В комплекс лечебной гимнастики включают упражнения с гимнастической палкой, гантелями с малыми весами, набивными мячами. Допускаются спокойные игры с мячом. Занятия проводятся в медленном и среднем темпе в течение 20—25 мин.

В третьем тренировочном периоде при нормализации температуры и незначительных болевых явлениях в суставах, целесообразно проводить занятия лечебной гимнастикой групповым

способом. Основная задача лечебной гимнастики заключается в приспособлении сердечно-сосудистой системы к условиям повышающейся физической нагрузки, усовершенствование основных движений и двигательных навыков. В занятия включают ходьбу обыкновенную и с различными положениями рук и ног; упражнения для верхних и нижних конечностей (выпады, приседания и др.); повороты и наклоны туловища; упражнения с гимнастикой палкой, легкими гантелями, набивными мячами; упражнения на сопротивление; упражнения на гимнастической стенке, гимнастических скамейках; малоподвижные игры и эстафеты. Для отдельных суставов возможны пассивные движения. Занятия проводятся из исходных положений сидя и стоя. Гимнастические упражнения чередуются с динамическими дыхательными упражнениями. Общая продолжительность урока 25—35 мин. Комплекс включает 12—15 упражнений с количеством повторений каждого упражнения 8—10 раз. Во время упражнений во все периоды заболевания следят за правильностью дыхания.

Комплекс упражнений для больных с полной компенсацией порока сердца (режим тренировочный):

- 1 - поднятие рук в стороны вверх - вдох, опустить руки - выдох;
- 2 - руки сжатые в кулаки к плечам, опустить вниз, 4-6 раз;
- 3 - отвести ногу в сторону, 4-6 раз;
- 4 - сгибание ноги в колене, полувыпад в сторону;
- 5 - наклоны туловища со скольжением рук вдоль тела при наклоне - вдох, выпрямление - выдох;
- 6 - выпрямление руки вперед и сгибание в локте; дыхание произвольное, 3-4 раза;
- 7 - поднятие ноги, согнутой в колене - вдох, опустить - выдох, 3-4 раза;
- 8 - наклон корпуса вперед - выдох при выпрямлении - вдох, 3-4 раза;
- 9 - отвести руки назад - вдох, расслабить руки - выдох, 3-4 раза;
- 10 - ходьба с высоким подниманием колена с постепенным замедлением ходьбы до обычной;
- 11 - ходьба на носочках, спокойное дыхание;
- 12 - поднятие рук вверх, мягко, вдох: расслабленно опустить вниз - выдох, 4-5 раз.



II этап. Долечивание в местном кардиоревматологическом санатории или дома в течение 2 - 3 мес. Продолжается лечение, начатое в стационаре, ребенок находится на тренирующем режиме.

При проведении занятий лечебной гимнастикой исходить из функциональных возможностей сердца. Увеличение нагрузки должно быть очень осторожным, постепенным и контролироваться показателями функциональной устойчивости сердца (данные ЧСС, частоты дыхания, электрокардиографии, функциональной пробы и др.).

Необходимо проводить осторожное закаливание организма больного, избегая при этом сильных охлаждений, которые могут вызвать рецидив заболевания.

При лечении больного в хронической стадии грязевыми аппликациями активные и пассивные упражнения проводятся спустя 10—30 мин. после процедуры. При приеме общих грязевых ванн или полуванн необходимо дать отдых больному от получаса до часа и после этого провести занятие, давая нагрузку преимущественно на пораженные суставы и строго учитывая каждый раз общее состояние больного.

В дни приема грязевых процедур необходимо несколько ограничивать общий двигательный режим, допуская прогулки, экскурсии и возможные спортивные игры не раньше 2—3 час. после грязелечения.

При выраженных мышечных атрофиях и ослаблениях мышечного тонуса рекомендуется как общий, так и местный массаж.

III этап – диспансерное наблюдение в поликлинике включает необходимые оздоровительные мероприятия и лечебную физкультуру.

Для детей, перенесших острую ревматическую атаку 4 — 6 месяцев назад к лечебной гимнастике добавляются ежедневные прогулки по определенному маршруту с периодическими остановками через 20 — 30 минут

В зимнее время года всем детям рекомендуются лыжные прогулки около дома. Продолжительность прогулки для младших детей 20 — 30 минут, для старших не более 1 часа.

В дальнейшем продолжительность ходьбы на лыжах увеличивают от 40 минут до 1,5 часов.

После прогулки, игр (малоподвижные и средней подвижности) и других форм ЛФК ребенок не должен чувствовать себя утомленным. Регулярные занятия лечебной гимнастикой способствуют урежению сердечных сокращений, снижают артериальное давление, создавая наиболее благоприятные условия для работы сердца.

Нередко ревматизм у детей приводит к возникновению порока сердца. Лечение которого может быть консервативным и оперативным.

Методы физической реабилитации детей при пороках сердца не отличаются от таковой для взрослых и характеризуются только тем, что при реабилитации детей важное место занимают игры и игровой метод, которые используются в любой части занятия.

Роль врача в подходе к оздоровлению детей с заболеванием сердечно-сосудистой системы направлено на выявление заболевания на ранних стадиях и проведения мер направленных на устранения факторов риска.

А в случаи развития заболевание или перехода в хроническую форму, предпринимает меры по уменьшению скорости прогрессирования и рецидивирования .

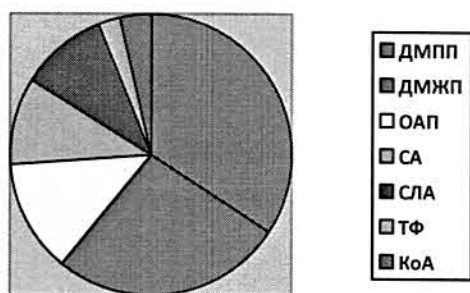
В случае выявления заболевания кардиологического характера, специалистами иного профиля обязаны направлять больного на дополнительное консультирование кардиологов.

В свою очередь кардиолог определяет весь объем лечение и реабилитации основанных на принципах «индивидуального подхода к пациенту»

При необходимости врач кардиолог обязан направить больного в более специализированное учреждение.

6.Собственное исследование.

За время прохождения практики в ГУЗ «Детская поликлиника №6» помощник участкового педиатра, было выявлено несколько случаев с ВПС. Мною было проведено исследования о структуре встречаемости ВПС в данной поликлинике, таким образом я сделала вывод, что преобладают следующие ВПС: дефект межпредсердной перегородки (27,3%), дефект межжелудочковой перегородки (21,2%), открытый артериальный проток (10,4), стеноз аорты(8%) стеноз легочного артерии (8%). Реже встречаются тетрада Фалло (2%) , коарктация аорты (2.8%).



Также диспансеризацию детей с ВПС в данной поликлинике проводит участковый педиатр или кардиолог. Дети первого месяца жизни наблюдаются еженедельно, в первом полугодии- 2 раза в месяц, во втором – ежемесячно, после первого года жизни – 2 раза в год.

А реабилитация детей с ВПС проводится в 70-80% случаев.

7.Выводы.

Таким образом можно сделать вывод, что заболевания сердечно - сосудистой системы у детей в настоящее время выявляются в 2,2-3 раза чаще, чем десятилетие назад, причем ведущая роль принадлежит функциональной патологии сердца и сосудов. А также у большинства детей после проведенного курса реабилитационных мероприятий отмечалось улучшение сократительной способности миокарда, снижение кислородного запроса, улучшение микроциркуляции, а также нормализация гемодинамических показателей обеспечения органов и тканей, что является достаточно весомым вкладом в снижение ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности. С целью обеспечения преемственности на последующих этапах реабилитации, при выписке каждый ребенок получает подробные рекомендации по дальнейшему проведению медицинской, медико-социальной, психолого-педагогической и медико-профессиональной реабилитации на амбулаторном этапе реабилитации.

Список литературы.

1. Д. Дж. Тэйлор. Основы кардиологии. Пер. с англ. Р. Г. Оганов. - М.: МЕДпресс-информ, 2014.
2. Кардиология : национальное руководство / под ред. Е. В. Шляхто. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
3. Белоконь Н.А., Кубергер М.Б. Болезни сердца и сосудов у детей: В 2 томах.-М.:Медицина,2013
4. Латфуллин И. А.Кардиология: учебное пособие. - М.: МЕДпресс-информ, 2015.
5. Бураковский В. И. Врожденные пороки сердца // Сердечно-сосудистая хирургия; под ред. В. И. Бураковского, Л. А. Бокерия. — М., 2013

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная рабочей программой производственной практики «Производственная клиническая практика (помощник врача детской поликлиники, научно-исследовательская работа)» обучающегося 5 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия 8 группы

Таджимурдали Тюнай Джалап кызы

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

В ходе проведенного анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, четко и ясно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные и нерешенные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан глубокий анализ, свидетельствующий о научной зрелости автора. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал обширен, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала, обоснованы и подтверждены результатами статистического анализа.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова