

658 а.м.б  
Болякова О.К.

ГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России  
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему:  
**«Анализ эффективности диспансерного наблюдения  
на участке (поликлинике)»**

**Выполнил:**

Студент 5 курса 3 группы  
педиатрического факультета  
Гасанов Ильяс Маликович

г. Волгоград, 2018г.

## Оглавление

1. Введение.....	3
2. Цель научно-исследовательской работы:.....	4
3. Задачи научно-исследовательской работы.....	4
4. Основные определения и понятия .....	5
4.1. Организация диспансерного наблюдения детей и подростков .....	5
4.2 Принципы организации профилактических осмотров детей в условиях детской городской поликлиники. ....	9
5. Теоретическая часть НИР .....	14
6. Собственное исследование.....	16
7. Эпикриз на ребенка .....	18
8. Выводы .....	21
9. Список литературы .....	22

## 1. Введение

За последние годы в связи с улучшением диагностики на фоне создания целого ряда специализированных отделений (гастроэнтерологических, нефрологических, пульмонологических и др.) на амбулаторно-поликлиническом этапе одной из задач участкового педиатра является организация и осуществление диспансерного наблюдения за детьми и подростками с отклонениями в состоянии здоровья.

Диспансеризация в детской поликлинике обеспечивает:

- Раннее выявление детей группы риска по формированию хронической патологии.
- Динамичное наблюдение за детьми с выявленной хронической и врожденной патологией.
- Контроль над состоянием здоровья ребенка в соответствии с индивидуальными планами наблюдения, которые составляются педиатром на календарный год.
- Долечивание и продолжение поддерживающей терапии, начатой в стационаре.
- Проведение противорецидивных мероприятий.
- Выявление и санацию очагов хронической инфекции.
- Отбор детей для лечения в местных санаториях, курортах и санаториях республиканского значения.
- Организацию восстановительного лечения детей с хронической патологией в условиях детской поликлиники (отделение восстановительного лечения, дневные стационары).

## **2. Цель научно-исследовательской работы:**

изучить эффективность диспансерного наблюдения на участке (поликлинике) ГУЗ "КДЦ для детей №1" г. Волгограда.

## **3. Задачи научно-исследовательской работы**

1. Изучить и проанализировать научно-методическую литературу и нормативные документы;
2. Изучить организацию работы ГУЗ "КДЦ для детей №1»;
3. Оценить качество и эффективность диспансерного наблюдения на участке;
4. Проанализировать полученные результаты.

## 4. Основные определения и понятия

### 4.1. Организация диспансерного наблюдения детей и подростков

Одной из важнейших сторон деятельности участкового педиатра является диспансеризация детского населения, которая включает 3 этапа мероприятий:

1. Дородовый патронаж беременных женщин с целью антенатальной профилактики.

2. Периодические профилактические осмотры всех детей с целью укрепления и сохранения их здоровья, наблюдения за развитием и активное выявление начальных форм заболевания.

3. Динамическое наблюдение за больными детьми, взятыми на диспансерный учет и проведение оздоровительных мероприятий с ними.

Диспансеризация представляет собой систему организационных и лечебно-профилактических мероприятий, обеспечивающих динамический контроль за уровнем развития и состоянием здоровья детей с целью раннего выявления начальных отклонений, назначения своевременных оздоровительных, корригирующих, лечебных мероприятий по предупреждению заболеваний, а также обеспечение условий для оптимального развития детей; составляет основу профилактического обслуживания детского населения.

Диспансеризация - это активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья определённого контингента населения (в данном случае - детей) с целью раннего выявления заболеваний. Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье как «состояние полного телесного, душевного и социального благополучия».

Задачи диспансеризации - воспитание здорового ребенка, обеспечение оптимального физического и нервно-психического его развития, дальнейшее снижение заболеваемости и смертности детей. При проведении диспансеризации детского населения выделяют два этапа: осуществление

комплексных медицинских осмотров; организация лечебных и оздоровительных мероприятий детям с выявленной патологией.

Диспансерное (профилактическое) наблюдение в условиях детской поликлиники начинается сразу после выписки ребенка из родильного дома.

Первый врачебно-сестринский патронаж к новорожденному организуется в 1-2-е сутки. Последующие патронажи к здоровому новорожденному осуществляется в регламентированные сроки, а по отношению к новорожденным с отклонениями в состоянии здоровья график наблюдения определяется индивидуально.

В течение первого месяца жизни медицинская помощь детям оказывается педиатром и специалистами только на дому.

Одной из важнейших задач, решаемых педиатром во время патронажей к новорожденному, является сбор подробных сведений о генеалогическом, биологическом и социальном анамнезе ребенка, прогнозирование на основе их анализа дальнейшего хода его развития, формирования состояния здоровья, выделение групп биологического и социального риска, составление индивидуальных программ диспансерного наблюдения и оздоровления.

Цель диспансеризации здоровых детей – сохранение и дальнейшее развитие здоровья, его укрепление, улучшение физического и нервно-психического развития, обеспечение своевременной психосоциальной адаптации, гармоничное развитие ведущих органов, систем и всего организма в целом.

Цель диспансеризации детей, имеющих группы риска, пограничное состояние здоровья, сниженную сопротивляемость к заболеваниям, травмам, к физическим факторам внешней среды – заключается в максимальном устранении имеющихся экзо - и эндогенных факторов риска, сохранение здоровья ребенка, воспитание гармонично развитой личности.

Цель диспансеризации больных детей состоит в снижении заболеваемости, предупреждении рецидивов заболевания, инвалидности, медикосоциальной адаптации к трудовой деятельности.

Диспансерное наблюдение за «неорганизованными» детьми и детьми старшего возраста участковый педиатр проводит на профилактических приемах в поликлинике в декретированные (регламентированные) сроки. После подробного клинического осмотра, проведения антропометрии, диагностики уровня нервно-психического развития, изучения особенностей поведения ребенка, анализа имеющихся факторов риска, сведений за прошедший период, данных лабораторных и других методов исследования, консультации специалистов педиатр дает заключение о состоянии здоровья ребенка.

Оно включает:

- диагноз (основное и сопутствующие заболевания, морфофункциональные отклонения);
- оценку физического развития;
- оценку нервно-психического развития;
- оценку поведения;
- установление группы здоровья.

На основании этого заключения назначаются консультации специалистов и разрабатываются рекомендации по:

- дальнейшему наблюдению;
- особенностям питания;
- физическому воспитанию;
- закаливанию;
- воспитательным воздействиям;
- проведению профилактических прививок;
- дальнейшему диспансерному наблюдению;
- лабораторным и инструментальным методам исследования;
- лечебно-профилактическим и оздоровительно-реабилитационным мероприятиям;
- санаторно-курортному лечению.

Приказом Минздравсоцразвития России № 307 от 28 апреля 2007 г.

утвержден стандарт диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни.

Регламентируется:

- количество и сроки дородового патронажа беременных;
- перечень врачей-специалистов, участвующих в диспансерном наблюдении детей;
- кратность и возрастные периоды обследования детей врачом-педиатром и врачами-специалистами, а также вид и объем предусмотренных стандартом диагностических исследований.

На первом году жизни кроме педиатра дети осматриваются неврологом, стоматологом, ортопедом, офтальмологом (другие специалисты — по показаниям), проводится исследование крови, мочи и кала - в три года, кроме перечисленных специалистов, детей обследует логопед. В 6 и 7 лет проводится дополнительный осмотр дерматологом, педагогом, психологом и, кроме анализов крови, мочи и кала, осуществляется определение глюкозы в моче, на основании базовой скрининг - программы проводится оценка состояния осанки, стопы, остроты зрения, слуха, динамометрия. Оценивается физическая подготовленность, определяется медицинская группа для занятий физкультурой. В 7 лет детям при плановой диспансеризации измеряется артериальное давление.

Для детей, готовящихся к поступлению в дошкольное учреждение и школу, в заключении дается прогноз адаптации и намечаются мероприятия, направленные на повышение адаптационных и защитных возможностей ребенка в период подготовки к изменению микросоциальных условий, при необходимости назначаются дополнительные обследования.

При выявлении во время плановой диспансеризации у детей хронических заболеваний, врожденных пороков развития, они подлежат диспансерному наблюдению у различных специалистов по учетной форме 030/у, в сроки, которые зависят от вида патологии. Тем не менее, такие дети



продолжают наблюдаться педиатром в плановом порядке в декретированные сроки.

#### **4.2 Принципы организации профилактических осмотров детей в условиях детской городской поликлиники.**

Ответственным за проведение диспансеризации детей как неорганизованных, так и организованных является участковая бригада в составе участкового врача и участковой медицинской сестры территориального педиатрического участка, на котором проживает данный ребёнок.

Диспансеризация детей «декретированных» возрастов осуществляется бригадой специалистов, утверждённой приказом главного врача, в составе: отоларинголог, офтальмолог, хирург-ортопед, стоматолог. Другими специалистами дети консультируются по направлению участкового педиатра, по показаниям.

В дни проведения профилактических осмотров детей «декретированных» возрастов участковый педиатр, чьи дети проходят диспансеризацию, освобождается от основной работы и включается в состав бригады.

Диспансеризация детей при оформлении в детские дошкольные учреждения проводится в течение всего года по обращаемости. Диспансеризация неорганизованных детей при оформлении в школу осуществляется также по обращаемости, а организованных — по плану-графику, утверждённому главным врачом.

В соответствии с данным планом-графиком бригада специалистов проводит профилактические осмотры детей в дошкольном учреждении с 16.00 до 19.00. К этому времени ранее предупреждённые родители приходят в дошкольное учреждение за своими детьми и приносят с собой форму 112/у (находится у родителей на руках). Таким образом, осмотр ребёнка проводится в присутствии родителей, что позволяет повысить его

эффективность и исключить необходимость повторной явки родителей с детьми в поликлинику. Данные специализированного осмотра записываются как в форму 026/у, так и 112/у (одновременно, параллельно, аналогичным образом специалисты консультируют и детей других возрастных групп детского сада, находящихся на диспансерном учёте). После завершения осмотра в полном объёме (с лабораторными и дополнительными обследованиями), проведениями всего комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий в соответствии с назначениями специалистов в детское дошкольное учреждение приходит участковый педиатр и заканчивает оформление форме 026/у в школу (оформляется эпикриз с заключением, в котором представлены: оценка физического развития, группа здоровья, рекомендации по физкультурной группе, профилактическим прививкам и обеспечению дальнейшего динамического наблюдения за состоянием здоровья ребёнка). Аналогичная запись делается и в форме 112/у, куда и вносятся все данные о сделанных в дошкольном учреждении профилактических прививках. После завершения диспансеризации формы 026/у и ф. 112/у представляются на экспертную оценку зав. отделением или зам. Главного врача по лечебной части поликлиники и, при отсутствии замечаний, ставится вторая подпись, штамп и печать учреждения.

Профилактические осмотры школьников при переходе к предметному обучению (с 5-х классов) проводятся в детской городской поликлинике в утренние часы по графику, утверждённому главным врачом поликлиники по согласованию с директором школы.

Учащихся школы на диспансеризацию приводит фельдшер (медицинская сестра) школы и классный руководитель. Фельдшер (мед. сестра) школы приносит в поликлинику форму 026/у; предупреждённые заранее учащиеся 5-х классов приходят на диспансеризацию с формой 112/у.

После осмотра детей специалистами, проведения лабораторных, а по показаниям и рентгенологических исследований, дети осматриваются участковым педиатром, который в день диспансеризации детей своего

территориального педиатрического участка освобождается от основной работы и включается в состав диспансерной бригады. После завершения осмотра оформляется эпикриз с записью в формы 112/у, 026/у и 131/у. Данные о проведённых в школе профилактических прививках из формы 026/у переносятся в форму 112/у (образцы эпикризов для детей I, II и III групп здоровья прилагаются).

Если же ребёнок нуждается в дополнительных обследованиях, консультации других специалистов, то участковый педиатр оставляет у себя форму 131/у и только после проведения всего комплекса диагностических и лечебно-оздоровительных мероприятий ребёнок с матерью приглашается на приём к участковому врачу, оформляется эпикриз с заключением, в котором представлены оценка физического развития ребёнка, группа здоровья, рекомендации по физкультурной группе, профилактическим прививкам и динамическому наблюдению за состоянием здоровья ребёнка.

Профилактические осмотры у учащихся 9-х классов (14–15 лет) осуществляются совместно со специалистами и подростковым терапевтом поликлиники для взрослых. Для этого совместным приказом (по детской и взрослой поликлиникам) утверждается состав смешанной бригады специалистов, день и порядок диспансеризации подростков. Первичная медицинская документация на подростков (форма 112/у) находится в поликлинике и заранее подготавливается для передачи во взрослую сеть.

За 1–2 года до предстоящей совместной диспансеризации подростков участковыми медицинскими сёстрами проводятся лечебные патронажи на дому (образцы лечебных патронажей прилагаются) с целью уточнения состояния здоровья детей, проверки выполнения диагностических исследований и лечебно-оздоровительных мероприятий по назначению участкового врача.

При необходимости участковая медсестра даёт направления на лабораторные обследования и на консультацию к специалистам, оформляет в форму 112/у запись о проведённом лечебном патронаже, после чего ф. 112/у

и передаёт участковому педиатру. Участковый педиатр подготавливает первичную медицинскую документацию (ф. 112/у, ф. 026/у) для передачи во взрослую сеть. После совместной диспансеризации, если у подросткового терапевта нет претензий к участковому врачу, подросток считается переданным во взрослую сеть. Если ребёнку требуются дополнительные обследования, консультации и т.д., то по окончании диспансеризации участковый педиатр выполняет эти совместные назначения и только после этого окончательно оформленная первичная медицинская документация передаётся подростковому терапевту поликлиники для взрослых.

В диспансеризации детей декретированных возрастов принимает участие средний медперсонал образовательных учреждений. Для организации профилактических осмотров детей на основе скрининг-тестов с целью более рационального использования времени специалистов, повышения качества и эффективности диспансеризации в детской поликлинике за счёт перераспределения штатных должностей создан кабинет доврачебного приёма с графиком работы в две смены.

У детей до 3-летнего возраста ф. 131/у хранится в кабинете участкового педиатра и обследование этого контингента по скрининг - программе при профилактических осмотрах осуществляется в кабинете здорового ребёнка (КЗР).

У детей от 3-х до 15-летнего возраста ф. 131/у централизована в кабинете доврачебного приёма и разложена по участкам. На каждом педиатрическом участке две ячейки (одна для ф. 131/у детей, подлежащих диспансеризации, другая— прошедших её).

Диспансеризация детей недекретированных возрастов осуществляется самоотком, по направлению среднего медицинского персонала дошкольных учреждений и школ, а также активному вызову участковой медицинской сестры.

Медицинские сестры дошкольных учреждений за месяц до дня рождения ребёнка начинают требовать от родителей справку от участкового

педиатра о данных диспансеризации ребёнка за текущий год, предварительно дав направление на лабораторные анализы и на консультацию к специалистам при наличии у ребёнка отклонений в состоянии здоровья. В случае обращения родителей с ребёнком к участковому врачу после перенесённых острых заболеваний или за справками в бассейн, спортивные секции и т.д. такой ребёнок направляется в кабинет доврачебного приёма, после чего проводится профилактический врачебный осмотр.

Таким образом, практически каждый ребёнок 1 раз в год посещает кабинет доврачебного приёма, где ему проводится обследование скрининг - тестами.

Данные обследования регистрируются в ф.ф. 131/у и 112/у. Если ребёнок школьного возраста не прошёл обследование в течение учебного года, то обменную карту в летний оздоровительный лагерь в школе ему не выдают, и он вынужден получать её в поликлинике, предварительно пройдя диспансеризацию. После обследования в кабинете доврачебного приёма родители с ребёнком попадают к участковому педиатру, который и проводит углубленный медицинский осмотр ребёнка (с оценкой его физического развития, определением группы здоровья и т.д.) в соответствии со стандартом (табл. 4, 5, 6). После педиатрического осмотра ф. 131/у возвращается в кабинет доврачебного приёма и хранится в ячейке прошедших диспансеризацию в отчётном году, а в дошкольное учреждение и школу передаётся справка на каждого ребёнка о результатах диспансеризации с рекомендациями.

## 5. Теоретическая часть НИР

### Организация работы детской поликлиники в ГУЗ "КДЦ для детей №1" г.Волгограда

На первом этапе работы, на основании нормативных документов ГУЗ "КДЦ для детей №1" мы изучили организацию работы детской поликлиники.

В структуре «Клинико-диагностического центра для детей №1» выделяют:

- детскую поликлинику на 18003 детского населения с 0 до 17 лет 11 месяцев 29 дней, в состав которой входит дневной стационар на 60 коек (по гастропрофилю – 26; по нефропрофилю – 24; по ЛОР-профилю – 10);
- и круглосуточное педиатрическое отделение на 45 коек, в которое включен дневной стационар на 5 коек по профилю воздушно-капельные инфекции.

Режим работы детской поликлиники:

- рабочие дни с 8.00 до 20.00
- суббота с 8.00 до 16.00
- прием больных в выходные и праздничные дни: с 9.00 до 11.00
- прием вызовов в выходные и праздничные дни: с 9.00 до 12.00
- обслуживание вызовов с 11 часов

В настоящее время детская поликлиника обеспечивает в районе своей деятельности:

1) организацию и проведение комплекса профилактических мероприятий среди детского населения путем:

- наблюдения за новорожденными, проведения профилактических осмотров и диспансеризации детей;
- проведения профилактических прививок в установленные Министерством здравоохранения сроки;
- проведения лекций, бесед, конференций для родителей, занятий в школе матерей и т.д.;

2) лечебно-консультативную помощь детям на дому и в поликлинике, в том числе квалифицированную специализированную медицинскую помощь;

3) направление детей на лечение в стационары, на восстановительное лечение в санатории; проводит отбор детей в оздоровительные учреждения;

4) противоэпидемические мероприятия;

5) лечебно-профилактическую работу в детских организованных коллективах.

Структура детской поликлиники строится в соответствии с поставленными перед ней задачами и включает:

- фильтр с отдельным входом и изоляторы с боксами;
- кабинеты врачей-педиатров и врачей «узких» специальностей;
- кабинет по профилактической работе с детьми (кабинет здорового ребенка);
- лечебно-диагностические кабинеты;
- прививочный кабинет;
- регистратура, гардероб и другие вспомогательные помещения, холлы для ожидания;
- административно-хозяйственная часть.

## 6. Собственное исследование.

Анализ результатов диспансерного наблюдения в детской поликлинике, для оценки качества и эффективности работы.

На втором этапе для оценки эффективности диспансерного наблюдения на участке использовались данные детей состоящих на «Д» учете. Было разобрано 51 отдельных случаев на одном участке.

В результате проведенного исследования были получены следующие данные:

Распределение по возрасту выявило преобладание детей старше школьного возраста (от 13 до 17 лет) – 48%;

Дети до 1 года-10%;

2-5 лет- 17 %

6-12 лет- 25%

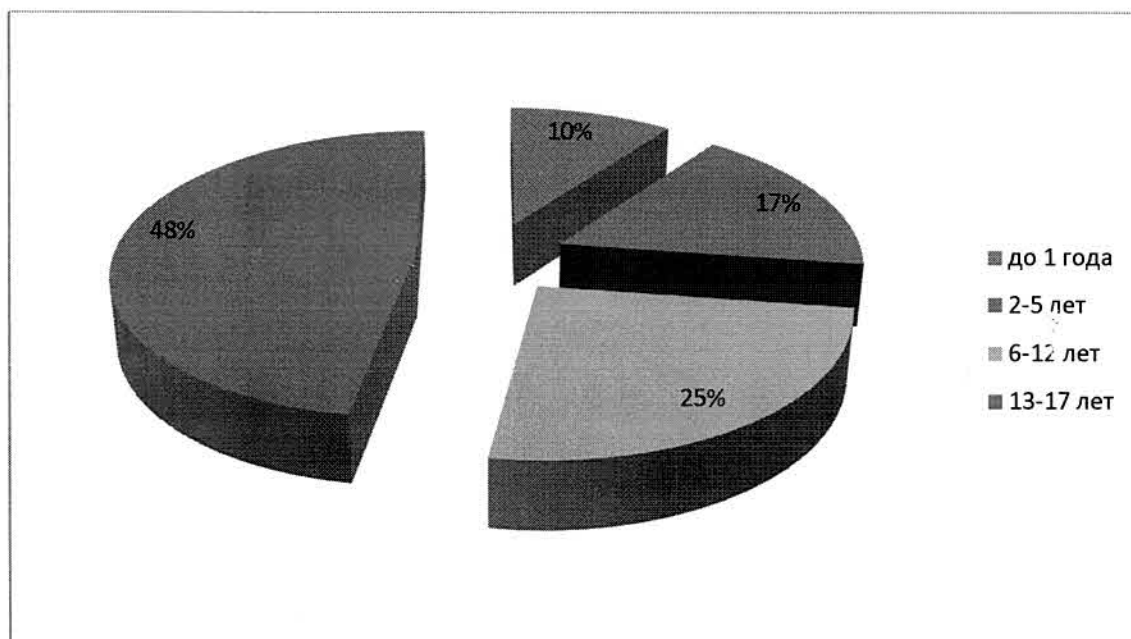


Рисунок 1 - Распределение по возрасту

Структура заболеваемости детей состоящих на «Д» учете, выглядела следующим образом: наибольшее количество детей проходило лечение по поводу хронического пиелонефрита - 35%; сахарного диабета-11%; функциональной диспепсии, ДЖВП-9%; бронхиальной астмы-15%; хронич.



Гастродуоденит-5%; ВПС-9%; острый лейкоз-1%; Хронич. 2х сторон.  
Тугоухость-1%; пороки ЦНС при рожд.-5%; туберкулезный склероз-1%.



Рисунок 2 - Структура заболеваемости детей состоящих на «Д» учете.

## 7. Эпикриз на ребенка

*Эпикриз на ребенка, стоящего на «Д» учете по форме 30 10.11.2000г.*

*Алексеев Илья, 13 лет.*

*Адрес: г. Волгоград, ул. 64 Армии 111, кв.89.*

*Состоит на «Д» учете с мая 1999 года с диагнозом: ВСД по ваготоническому типу, перманентное течение. Хронический эрозивный гастрит, хронический дуоденит. Дуодено-гастральный рефлюкс. Диагноз установлен в стационаре.*

*Последнее обострение в марте 2000г., находился в стационаре с улучшением. Достигнута клиничко-эндоскопическая ремиссия (эпителизация эрозий).*

*В течении года проводилась противорецидивная терапия в отделении восстановительного лечения (апрель, май, август, сентябрь, октябрь 2000г.) – диета №5, антациды, репаренты, седативные препараты, физиотерапия. Обострения не было*

По данным обследования: *ОАК, ОАМ-без патологии, кал на яйца глист, соскоб на энтеробиоз отрицательный; копрограмма-гастритический тип; УЗИ печени, поджелудочной железы – в норме; ЭКГ-возрастная норма.*

Осмотрен специалистами:

*-стоматолог-санация зубов;*

*-ЛОР-врач -здоров;*

*-кардиолог-ВДС по ваготоническому типу*

*-невропатолог- ВДС по ваготоническому типу.*

Эффективность диспансеризации: *клиничко-эндоскопическая ремиссия*

*Объективно: жалоб нет, состояние удовлетворительное.*

*Вес-39 кг (IV коридор). Рост-150см (IV коридор.)*

*О гр.-76 см (IV коридор). АД-100/5- мм.рт.ст.*

*Мальчик правильного телосложения, пониженного питания, кожа чистая, обычной окраски. Дермографизм стойкий, разлитой, красный. Зев*

спокоен. Язык обложен у корня беловатым налетом. Зубы санированы. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД-24 в мин. Тоны сердца-ясные, ритмичные. ЧСС-62 в мин. Живот мягкий болезненности при пальпации нет. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

*Заключение:*

*Физическое развитие мезосоматическое, гармоничное.*

*НПР без отклонений.*

*Резистентность хорошая*

*Диагноз: ВСД по ваготоническому типу, перманентное течение.*

*Хронический эрозивный гастрит. Хронический дуоденит. Дуодено-гастральный рефлюкс. Стадия клинико-эндоскопической ремиссии.*

*Группа здоровья III.*

*Рекомендации:*

*1. Режим обций*

*2. Диета с ограничением жареного, копченого, острого, газированных напитков (№5)*

*3. Липамид 0,025\*3 раза*

*-витамин Е 5% кап. 3 раза, курс 14 дней*

*-отвар овса ¼ ст. ложки 3 р. в день-3 нед.*

*4. Физкультурная группа-подготовительная (до 03.2001г.).*

План диспансерного наблюдения на 2001г. ( III гр. Клинического наблюдения)

*Осмотр педиатра: февраль-май-август.*

*Осмотр стоматолога, ЛОРа, кардиолога, гастроэнтеролога: май-октябрь, невролога-октябрь.*

*ОАК, ОАМ, кал на яйца глист, соскоб на энтеробиоз-в октябре, копрограмма: май-октябрь, по показаниям –чаще.*

*ЭКГ в октябреЮ ФГДС в октябре, по показаниям-раньше.*

*Противорецидивная терапия: март-апрель, октябрь-ноябрьб  
-соблюдение диеты №5;*

- слабоминерализованная вода в возрастной дозе (3-4 нед);
- седативные травы в течение 1 года с ежемесячной сменой травы;
- ВЭК-ферменты по показаниям;
- физиотерапия.

Стационарное обследование по показаниям. Санаторно-курортное лечение.

Физкультурная группа-подготовительная до 03.2001, затем основная при отсутствии обострений. Вакцинация согласно плану.

## **8. Выводы**

Анализ результатов исследования показывает эффективность диспансерного наблюдения на участке детской поликлиники ГУЗ «КДЦ №1 для детей», проводя лечебно-диагностические, профилактические и реабилитационные мероприятия.

## 9. Список литературы

1. «Организация диспансерного наблюдения детей и подростков на педиатрическом участке» (под общей редакцией д.м.н. Галактионовой М.Ю.) Учебное пособие для студентов 6 курса, обучающихся по специальности 060103-пед. г. Красноярск 2010г.
2. «Диспансерное наблюдение за недоношенными детьми на первом году жизни в детской поликлинике» Закиров И.И., Сафина А.И. Вестник современной клинической медицины. 2013.
3. «Диагностика, лечение и диспансерное наблюдение детей школьного возраста с некоторой соматической и эндокринной патологией» (пособие для студентов, интернов и клинических ординаторов) Клименов Л. Н. Барнаул, 2006.
4. «Диспансерное наблюдение здоровых детей раннего возраста врачом общей практики» Смирнова Н.Н. пособие для врачей общей практики. Санкт-Петербург, 2012.
5. «Диспансерное наблюдение и реабилитация детей с хронической патологией в условиях поликлиники» Методическое пособие для студентов старших курсов и врачей-интернов. Ставропольская государственная медицинская академия. Ставрополь, 2011г.
6. «Диспансерное наблюдение» Румянцев П.О., Румянцева У.В., Чеботарева И.В. Современные подходы к диагностике и лечению. Москва, 2013.
7. «Диспансерное наблюдение детей, перенесших менингококковую инфекцию» Рычкова О.А., Кашуба Э.А., Дроздова Т.Г., Бельтикова А.А. 2011г.

## 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 3 группы

Тасанов Ильяс Маликович

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 проведенного анализа выявлены принципиальные 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:



О.В. Полякова