

Ут. Директор  
Гасанова Р.К.  
①

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему:

**«Дневной стационар как форма оказания помощи больным».**

Выполнила:

Обучающаяся 5 курса 10 группы

педиатрического факультета

Ф.И.О. Гасанова Ругия Ильхам кызы

Волгоград 2018

## Содержание

I.	Введение.....	2
II.	Цель научно-исследовательской работы .....	3
III.	Задачи научно-исследовательской работы.....	3
IV.	Основные определения и понятия .....	4
V.	Теоретическая часть научно-исследовательской работы.....	6
VI.	Роль врача дневного стационара .....	14
VII.	Собственное исследование .....	17
VIII.	Вывод .....	22
IX.	Список литературы.....	23

## **Введение**

В последние десятилетие обозначились неблагоприятные процессы в состоянии здоровья детей школьного возраста и подростков. Этому в немалой степени способствовали экономические трудности, ослабление внимания к социальным проблемам, неудовлетворительное состояние окружающей среды, деформация семейных факторов.

Известно, что появление дневных стационаров стало ответом на необходимость обеспечить удовлетворение потребности населения в высококачественной медицинской помощи, на требование разработки и внедрения прогрессивных форм и методов организации работы больничных и внебольничных учреждений здравоохранения, рациональное использование имеющихся материально-технических ресурсов и кадрового потенциала. Одной из таких форм являются нетрадиционные формы госпитализации; дневные стационары при поликлиниках, диспансерах, стационарах.

### **Цель научно-исследовательской работы**

Цель: изучить работу дневного стационара при организации и оказании медицинской помощи детскому населению в амбулаторных условиях.

### **Задачи научно-исследовательской работы**

- 1). Углублённое, комплексное обследование детей с выявленной патологией во время целевой диспансеризации.
- 2). Проведение реабилитационных мероприятий по результатам диспансеризации и последующего углублённого обследования.
- 3). Выхаживание детей после стационарного лечения.
- 4). Лечение и реабилитация часто-длительно болеющих детей.

### **Основные определения и понятия:**

В «Положении об организации деятельности дневного стационара в лечебно-профилактических учреждениях», утверждённом приказом Минздрава России от 09.12.1999 года № 438 , дано следующие определение дневного стационара:

**Дневной стационар** является структурным подразделением лечебнопрофилактического учреждения, в том числе амбулаторно-поликлинических, больничных учреждений, клиник медицинских научно-исследовательских и образовательных учреждений и предназначен для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных.

В литературе встречаются понятия «**дневной стационар**» и «**стационар дневного пребывания**». Различие этих понятий состоит в том, что термин «дневной стационар» указывает на размещение данного структурного подразделения в амбулаторно-поликлиническом учреждении, а «стационар дневного пребывания»- в больницах.

В современных условиях функционируют следующие виды стационарозамещающих форм медицинской помощи детям;

- 1). Дневные стационары поликлиники - форма оказания медицинской помощи силами амбулаторно-поликлинического учреждения, когда назначенный больному комплекс лечебно-диагностических мероприятий проводится в дневное время в специально оборудованных помещениях

(палатах) поликлиники. При этом используется весь потенциал учреждения.

2). Стационары дневного пребывания в больничном учреждении – форма медицинского обеспечения, при котором больные проходят обследование и лечение в стационарном отделении лечебно-профилактического учреждения в дневное время без круглосуточного наблюдения.

3). Стационары на дому – форма оказания медицинской помощи силами амбулаторно-поликлинического учреждения на дому у больного с применением максимально возможного комплекса диагностических и лечебных мероприятий при ежедневном динамическом наблюдении за состоянием пациентов.

4). Стационар одного дня - кратковременная госпитализация больного, когда все манипуляции проводятся в течение одного дня. Это могут быть малые хирургические операции, инвазивные методы исследования и др.

## Теоретическая часть научно-исследовательской работ

В научной литературе последних лет представлены описания деятельности детских дневных стационаров различного профиля.

Существует широкая сеть детских стационаров неврологического профиля, структура заболеваемости в которых разнообразна: детский церебральный паралич, эписиндром, нейроциркуляторная дистония, неврозы, резидуальная энцефалопатия, последствия черепно-мозговых травм. Важным моментом является соблюдение преемственности в лечебных мероприятиях между стационаром и поликлинической службой. При этом базовый курс терапии дети получают в круглосуточном стационаре, а реабилитационные курсы, включающие медикаментозную терапию, массаж, физиотерапию, занятия с логопедом и психологом, в стационаре дневного пребывания .

Детские стационары психиатрического профиля занимаются такими проблемами детского возраста, как энурез.

Высокий удельный вес пациентов с гастроэнтерологической патологией заставляет увеличивать количество коек гастроэнтерологического профиля в дневных стационарах..

Развивается сеть детских дневных стационаров кардиологического профиля, как ресурсосберегающая форма оказания специализированной медицинской помощи детям. Организация в структуре детских многопрофильных лечебно-профилактических учреждений специализированных кардиологических отделений дневного пребывания позволяет обеспечить высококвалифицированную медицинскую помощь детям с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, при этом увеличить количество обследованных и пролеченных больных, в том числе с тяжёлыми формами

заболеваний, экономить денежные средства, что особенно важно в условиях дефицита финансирования учреждений здравоохранения в последние годы .

В условиях дневного стационара производятся диагностические исследования, в т.ч. инвазивные, лечебные мероприятия, а также в необходимых случаях долечивание после выписки из стационаров.

### **СТРУКТУРА И ШТАТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА.**

В структуру дневного стационара входят:

- 1) Палаты для детей дошкольного и школьного возраста;
- 2) Игровая (самая любимая комната малышей);
- 3) Процедурный кабинет;
- 4) Кабинет релаксации, аэрофитотерапии;
- 5) Пост медсестры в холле;
- 6) Массажный кабинет;
- 7) Комната персонала;
- 8) Ординаторская.

Для осуществления функций дневного стационара используются все клинические и пароклинические подразделения поликлиники. В штат дневного стационара входят :

Старшая медицинская сестра 1,0 ставки на 10 коек,  
Постовая мед.сестра 1,0 ставки на 10 коек;  
Санитарка 1,0 ставки на 10 коек.

Врач дневного стационара вводится в штатное расписание ведомостью замены и составляет план обследования и лечения пациентов, организует современное направление на консультацию к другим специалистам. Больные после лечения и после инвазивных методов диагностики наблюдаются до их выписки лечащим врачом.

Руководителем дневного стационара является главный врач поликлиники, а старшей сестрой - главная медицинская сестра поликлиники.



## **ФИНАНСИРОВАНИЕ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**

Финансирование дневного стационара осуществляется за счет бюджета соответствующего уровня в пределах средств, выделяемых поликлинике, а также из средств фонда обязательного медицинского страхования, а также за счет договора добровольного медицинского страхования и других источников в соответствии с действующим законодательством РФ.

### **ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К НАПРАВЛЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ В ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР**

**Общими показаниями** для лечения пациента в дневном стационаре :

- ❖ Невозможность госпитализировать пациента в круглосуточный стационар по зависящим от пациента причинам.
- ❖ Пациенты, находящиеся на амбулаторном лечении, требующее медицинского наблюдения во время лечебной процедуры (вазоактивные препараты, гипосенсибилизирующая и десенсибилизирующая терапия, внутрисуставные инъекции).
- ❖ Необходимость внутривенного капельного введения препаратов: в этом случае необходимо динамическое наблюдение. Например, сердечные гликозиды, глюкокортикостероиды, противоаритмические лекарственные средства.
- ❖ Необходимость наблюдения за пациентом в ходе мелких вмешательств или диагностических процедур (например, эндоскопия).
- ❖ Необходимость проведения диагностических мероприятий, требующих продолжительной подготовки (внутривенная пиелография, бронхоскопия, биопсия слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта).

- ❖ Возникновение у пациента во время пребывания в поликлинике неотложных состояний (таких как гипертонический криз, коллапс, приступ стенокардии); - до стабилизации состояния и прибытия скорой помощи.

**Общими противопоказаниями** для направления пациента в дневной стационар и его лечения в дневном стационаре являются:

- Общее тяжелое состояние пациента, вследствие чего он нуждается в круглосуточном врачебном наблюдении и медицинском уходе.
- Необходимость круглосуточного парентерального введения лекарственных препаратов.
- Необходимость соблюдения пациентом по состоянию здоровья строгого постельного режима.
- Значительное ухудшение состояния здоровья пациента в ночное время.
- Наличие у пациента заболевания (заболеваний), при которых пребывание на открытом воздухе по пути в дневной стационар и из него может вызвать ухудшение состояния здоровья.
- Острые заболевания.
- Наличие у пациента некоторых форм социально-обусловленных заболеваний (открытые формы туберкулеза, заразные кожные заболевания и др.).
- Медицинский отбор и направление пациентов в дневной стационар должны осуществляться участковым педиатром в строгом соответствии с показаниями и противопоказаниями.

## **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ДГП.**

- медицинская карта стационарного больного (форма 003-у);
- журнал приема больных и отказов в госпитализации (форма 001у);
- температурный лист (форма 004-у);
- лист врачебных назначений.
- книга выдачи листков нетрудоспособности (форма 036-у);
- карта лечащегося в кабинете лечебной физкультуры (форма 042-у);
- карта больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете) (форма 044-у);
- журнал учета процедур (форма 029-у);
- извещение о побочном действии лекарственного препарата (форма 093-у);
- лист регистрации переливания трансфузионных сред (форма 005у);
- журнал регистрации переливания трансфузионных сред (форма 009-у);
- статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066-у);
- листок учета движения больных и коечного фонда стационара (форма 007-у);
- журнал учета санитарно-просветительной работы (форма 038-0-у).

### **ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ В РАБОТЕ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**

Успех лечебно-диагностического процесса в целом и конечный результат лечения каждого конкретного пациента во многом зависят от взаимодействия и преемственности в работе всех лечебно-профилактических учреждений и их структурных подразделений, в том числе и дневных стационаров.

а) Преемственность дневных стационаров с участковой службой.

При направлении пациента в дневной стационар лечащий врач (участковый врач, врач узкой специальности) определяет показания для направления пациента в дневной стационар, о чем делается соответствующая запись в медицинской карте амбулаторного больного.

Врач формулирует клинический диагноз, обосновывает целесообразность и необходимость лечения именно в дневном стационаре, уточняет перечень диагностических исследований, которые необходимо провести до госпитализации пациента в дневной стационар без ущерба состоянию его здоровья, определяется дата госпитализации в дневной стационар.

Лечащий врач поликлиники выдает пациенту «Направление в дневной стационар», в котором указывается фамилия, имя, отчество пациента, его домашний адрес, клинический диагноз (основной, сопутствующий, осложнения), дата госпитализации, фамилия, инициалы и подпись направившего врача.

При госпитализации пациента в дневной стационар передается «Медицинская карта амбулаторного больного», где содержится информация об истории настоящего заболевания, проведенных диагностических исследованиях и консультациях смежных специалистов.

При выписке пациента из дневного стационара в порядке преемственности заполняется «Выписка из медицинской карты стационарного больного», в которой указываются основные этапы проведенного лечения, достигнутые результаты и рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению пациента в амбулаторных условиях или подобная подробная запись делается в «Медицинской карте амбулаторного больного», если таковая имеется в дневном стационаре. «Медицинская карта амбулаторного больного» после выписки из дневного стационара вклеивается в амбулаторную карту.

б) Преемственность дневного стационара со службой скорой медицинской помощи.

Вызванная в дневной стационар бригада скорой медицинской помощи в своей деятельности может пользоваться той медицинской документацией, которая имеется на каждого пациента, что, бесспорно, поможет облегчить ее работу.

По завершении работы врач или фельдшер службы скорой медицинской помощи заполняет «Карту вызова», которая остается в службе скорой медицинской помощи.

В медицинской документации пациента в дневном стационаре лечащим врачом должна быть сделана запись о характере неотложного состояния, оказанной медицинской помощи с указанием наименования лекарственных препаратов, их дозы и формы введения, а также достигнутого результата. При выписке из дневного стационара пациента, которому была оказана скорая медицинская помощь, в его документации, передаваемой во внебольничное лечебное учреждение, обязательно делается такая же запись.

Если служба скорой медицинской помощи транспортирует пациента из дневного стационара в больницу, то, если позволяют условия и время, крайне желательно подготовить «Выписку из медицинской карты стационарного больного».

в) Преемственность дневного стационара со стационарными учреждениями. При направлении пациента в дневной стационар в порядке перевода сразу из круглосуточного стационара больницы преемственность в наблюдении и лечении осуществляется путем передачи подробной «Выписки из медицинской карты стационарного больного», в которой указываются клинический диагноз, проведенные в больнице диагностические исследования и консультации специалистов, проведенная комплексная терапия и ее объем, рекомендуемые к продолжению в дневном стационаре лечебные мероприятия. «Выписка из медицинской карты стационарного больного» подписывается заведующим отделением стационара и лечащим врачом и может выступать в качестве направления в дневной стационар или она может быть дополнена отдельным бланком направления.

Подобная же «Выписка из медицинской карты стационарного больного» заполняется при переводе пациента из дневного стационара в стационарное отделение больницы.

Четко налаженная преемственность в работе дневного стационара создает условия для спокойного, эффективного и надежного обслуживания пациентов

## **Роль врача дневного стационара**

### ***1. Задачами врача дневного стационара является:***

- оказание квалифицированной стационарной лечебно-диагностической помощи населению, госпитализированному в дневной стационар.

оздоровление больных диспансерной группы, часто и длительно болеющих лиц

### ***2. Врач дневного стационара обязан:***

- Проводить прием больных, направленных врачами поликлиники и стационара, обеспечивать диагностику и лечение госпитализированных с учетом всех возможностей дневного стационара.

- Осуществлять ежедневные врачебные осмотры с целью оценки состояния здоровья пациентов и коррекция лечения.

- Использовать в своей работе современные методы профилактики, диагностики заболеваний и лечения больных.

- Соблюдать принципы медицинской этики и идионтологией.

- Осуществлять экспертизу временной нетрудоспособности пациентов в соответствии с действующим положением о ней и своевременно направлять больных на ВК.

- Оформлять медицинские карты больных дневного стационара и контролировать ведение медицинской документации медсестрой.

- Осуществлять контроль и руководство работой среднего и младшего медицинского персонала.

- Систематически повышать свою квалификацию и уровень знаний среднего и младшего медицинского персонала дневного стационара,

### ***3. Оценка работы и ответственность***

Оценка работы врача дневного стационара проводится заведующим отделением на основании качественных и количественных показателей его работы, соблюдения им требований нормативных документов.

Врач дневного стационара несет ответственность как за некачественную работу и ошибочные действия, так и за бездействие и непринятие решений, которые входят в сферу его обязанностей и компетенции, в соответствии с действующим законодательством.

### ***4. Порядок работы в дневном стационаре***

Ребёнок вместе с мамой или другим членом семьи, осуществляющим уход, должны являться в дневной стационар к определенному часу. Для больных, получающие лечение в 1-смену- к 8-30 утра (это в основном дошкольники). Для пациентом 2-ой смены- к 14-00 ( как правило это пациенты школьного возраста).

Врач дневного стационара, знакомясь с пациентом при поступлении, определяет перечень диагностических процедур и лечебных мероприятий, которые будут ему проводиться, составляет алгоритм прохождения этих процедур и мероприятий. Указанный алгоритм должен учитывать совместимость лекарственных препаратов или последовательность процедур без ущерба для здоровья больного с максимально возможным эффектом.

Больные, находящиеся в дневном стационаре, должны ежедневно (а иногда и несколько раз в день) осматриваться врачом, который следит за состоянием их здоровья, анализирует и корректирует проводимое лечение, назначает и организует необходимые обследования и консультации врачей других специальностей.



Медицинские сестры дневного стационара следят за соблюдением вышеназванного алгоритма, направляют пациента, а при необходимости сопровождают больного ребёнка в нужный кабинет или подразделение поликлиники.

В промежутках между процедурами дети под присмотром взрослых играют в игровой комнате.

В условиях дневного стационара возможно лечение не только основного, но и сопутствующих заболеваний

Выписка пациента из дневного стационара проводится по окончании обследования или лечения. Врач дневного стационара при выписке обязательно проводит беседу с родителями ребёнка-пациента дневного стационара, обсудив вместе с ними достигнутый результат лечения и наметив дальнейшую тактику (режим, питание, лечение) в домашних условиях, назначает дата последующего наблюдения по катамнезу.

Досрочная выписка пациента из дневного стационара по инициативе медицинских работников или по желанию родителей пациентов обязательно фиксируется в медицинской карте стационарного больного, о факте его выписки сообщается на участок.

## Собственное исследование

Исследование производилось на основе данных ГУЗ КДЦ для детей №1 Волгограда за 12 месяцев 2014 год.

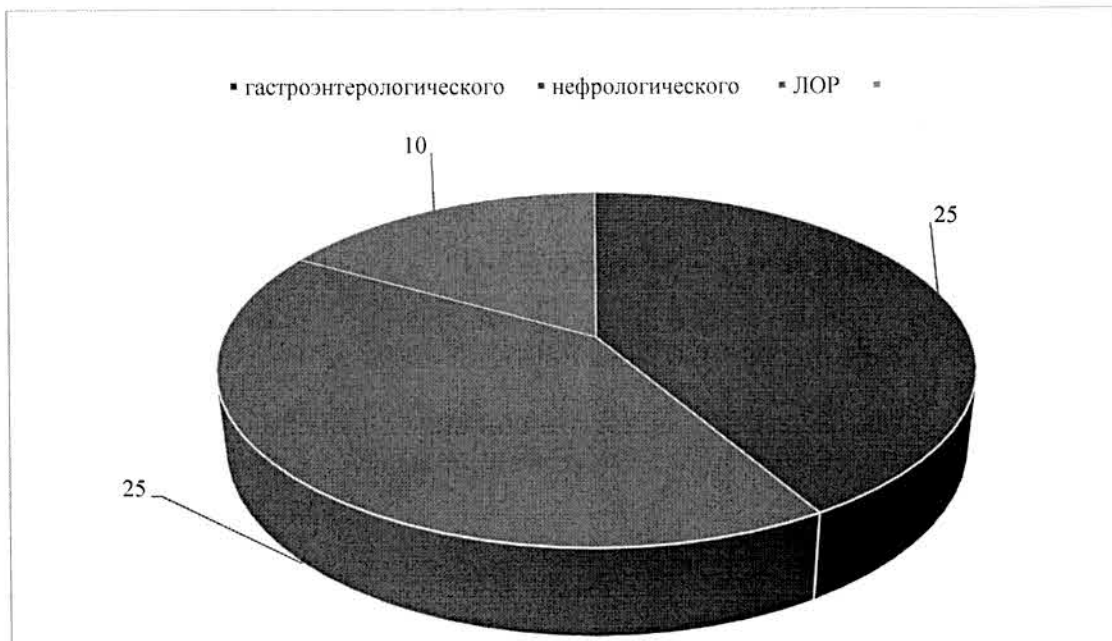


Рисунок 1 ГУЗ КДЦ №1 Волгограда. Дневной стационар. Профиль коек

По данным диаграммы видно , 25 коек гастроэнтерологического, 25 нефрологического и 10 коек ЛОР-профиля.

Среднее пребывание на койке по отоларингологическому стандарту

Таблица №2

	2016			2017		
	Бол.	Дни лечения	Ср. пр.	Бол.	Дни лечения	Ср. пр.
отиты	180	1544	8,6	145	1231	8,4
тугоухость	2	18	9,0	1	8	8,0
острый синусит	160	1321	8,2	123	1253	10,2
о. фронтит	0	0	0	0	0	0
о. пансинусит	0	0	0	1	12	12,0
хр. синусит	0	0	0	0	0	0
фурункул носа	2	17	8,5	1	6	6,0
хр. болезни миндалин и аденоидов	27	242	9,0	3	10	3,3
хр.тонзиллит	-	-	-	18	158	8,7
гипертрофия аденоидов	44	226	5,1	55	291	5,2
перитонзиллярный абсцесс	0	0	0	0	0	0
вазомоторный ринит	0	0	0	1	10	10,0
травма уха, носа	2	8	4,0	0	0	0
евстахеит	0	0	0	1	8	8,0
абсцесс мочки уха	1	9	9,0	0	0	0
инородное тело носа	3	10	3,3	1	2	2,0
Аллергический ринит	1	3	3,0	1	9	9,0
закр.перелом костей носа	2	8	4,0			
ИТОГО	424	3406	8,0	351	2998	8,5

Среднее пребывание на койке по гастростандарту

Таблица №3

Диагноз	201 <del>6</del>			201 <del>7</del>		
	Бол.	Дни лечения	Ср. пр.	Бол.	Дни лечения	Ср. пр.
ФРЖ	1074	9127	8,5	964	9566	9,9
ДГ рефлюкс, эзофагит	0	0	0	0	0	0
язвенная болезнь желудка	12	104	8,7	4	41	10,2
язвенная болезнь 12 пк	-	-	-	11	113	10,2
хр. гастродуоденит	175	1536	8,8	248	2561	10,3
хр. гастрит	114	1003	8,8	54	526	9,7
реактивный панкреатит	0	0	0	4	38	9,5
ДЖВП	3	27	9,0	2	20	10,0
ИТОГО	1378	11797	8,6	1285	12865	9,9

Среднее пребывание на койке по нефростандарту

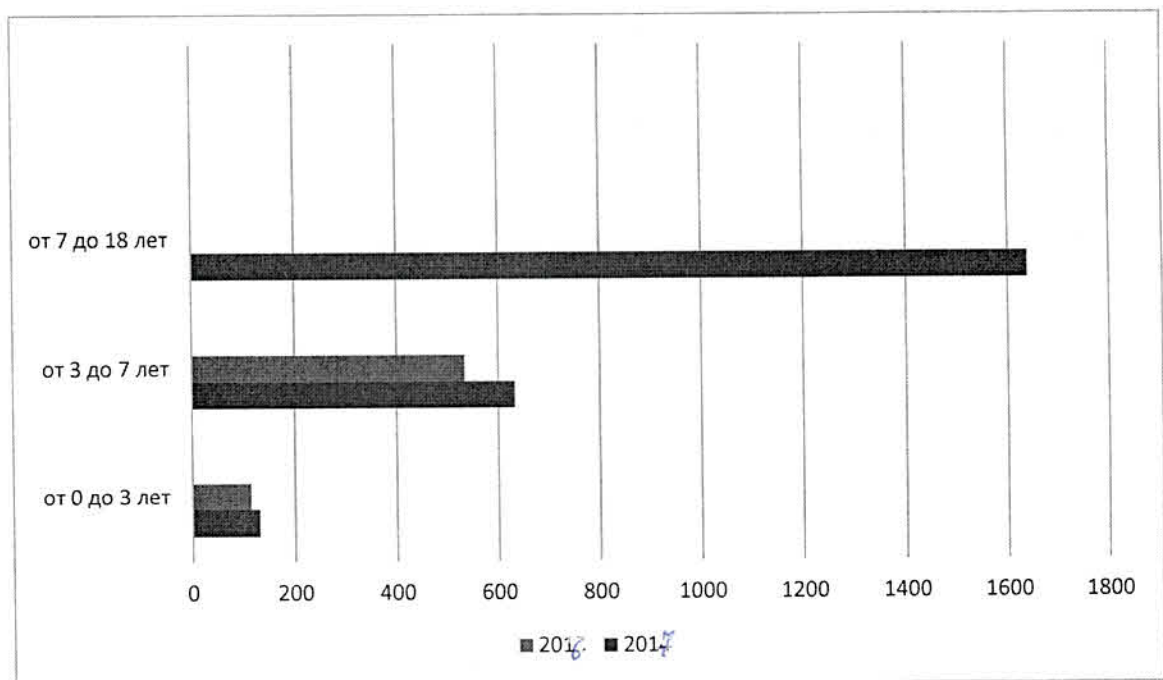
Таблица №4

Диагноз	201 <del>6</del>			201 <del>7</del>		
	Бол.	Дни лечения	Ср. пр.	Бол.	Дни лечения	Ср. пр.
о. пиелонефрит	66	648	9,8	76	788	10,3
хр.пиелонефрит	133	1260	9,5	132	1382	10,4
интерстиц.нефрит	9	81	9,0	6	66	11,0
нефропатия	25	262	10,5	0	0	0
поликистоз почки	0	0	0	1	10	10,0
ИМВП	360	3429	9,5	234	2311	9,8
НДМП	0	0	0	22	210	9,5
энурез	5	41	8,2	0	0	0
аплазия почки	1	9	9,0	2	22	11,0
гломерулонефрит	1	9	9,0	2	19	9,5
ротация обеих почек	1	8	8,0	0	0	0
первичная дисменорея	0	0	0	1	9	9,0
агенезия почки	1	7	7,0	1	9	9,0
ИТОГО	602	5754	9,6	479	4826	1,0



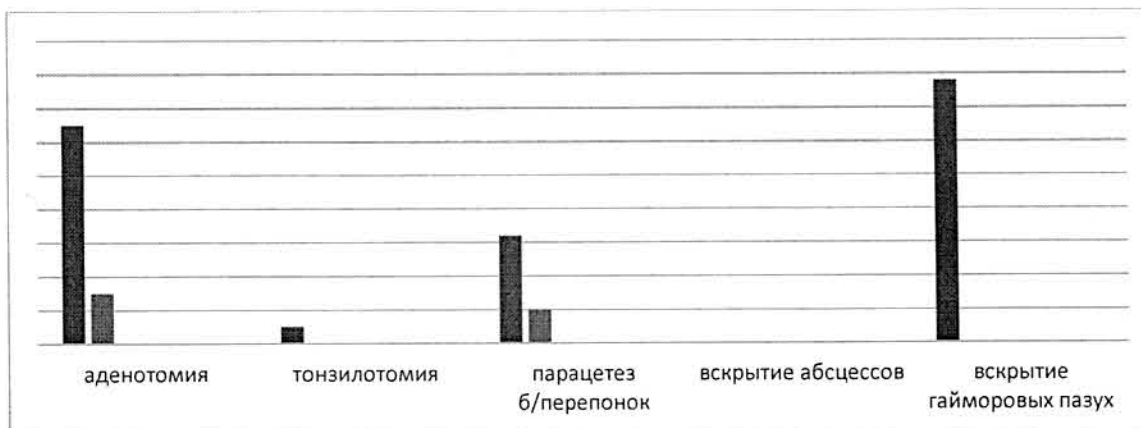
По сравнению с 2017 годом, уменьшилась обращаемость среди детей Кировского района, увеличилось количество детей Красноармейского и Советского районов.

### Распределение по возрастам



Распределение по возрастам пропорционально прошлому году.

## Оперативная деятельность



Оперативная деятельность Лор - врача снизилась по сравнению с 2017<sup>г.</sup> годом.

## Исход лечения

Таблица №8

Исход	2017 <sup>г.</sup>		2018 <sup>г.</sup>	
	абс	%	абс	%
Выздоровление, всего	231		190	
В т.ч. ЛОР	231	100	190	100
Нефролог.	0	0	0	0
Гастроэнтер.	0	0	0	0
Улучшение, всего	2156		1912	
В т.ч. ЛОР	178	8,3	157	8,2
Нефролог.	591	27,4	474	24,7
Гастроэнтер.	1378	64,3	1281	66,9
Без перемен, всего	17		12	
В т.ч. ЛОР	9	52,9	4	33,3
Нефролог.	3	17,6	2	16,7
Гастроэнтер.	5	29,5	6	50,0
Ухудшение, всего	0	0	1	

В целом, показатели по сравнению с 2017<sup>г.</sup> годом не изменились.

## **Вывод**

Создание дневных стационаров является одним из путей интенсификации лечебно-диагностического процесса. Очевидно, что дневные стационары становятся своеобразным буфером, позволяющим круглосуточным стационарам сосредоточиться на более сложных в диагностическом и лечебном плане больных, а амбулаторно-поликлиническим учреждениям расширить свои возможности, активизировать лечебно-диагностический процесс, выполнять сложные диагностические и лечебные процедуры.

## Список литературы

1. Поликлиническая педиатрия: учебник / под ред. А.С. Калмыковой. -М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 624 с.
2. Вайнбаум Я.С. Гигиена закаливания // Вайнбаум Я.С. и др. Гигиена физического воспитания и спорта. – М., 2015. – С. 72 – 91.
3. Баранов А.Е. Избавляемся от простуды // Физическая культура в школе, 2017. - №2. – С. 83 – 85.
4. Союз педиатров России, Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка. Научно-практическая программа «Острые респираторные заболевания у детей. Лечение и профилактика». М., 2002 г.
5. Брызгунов И. Закаливание: принципы и методы // Семья и школа, 2015. - №3. – С. 30 – 31.
6. Михайлов В. Основы воспитания здорового ребенка // Книга молодой семьи: Сборник. – Л., 2014. – С. 104 – 131.
7. Преображенский К. Со второго дня жизни // Семья и школа, 2016. - № 5. – С. 38 – 40.
8. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания (Практическое руководство. М.ПедиатрЪ. 2014).
9. Классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей. М.: Российское респираторное общество. 2016. 18с
10. Педиатрия. Национальное руководство. Краткое издание/ под ред. А. А. Баранова. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 768 с. : ил.



## 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 10 группы

Гасанова Рухия Ильхам Кыз

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 вытекая из анализа представленного материала, обоснованы и подтверждены результатами статистического анализа.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова