

Робашев
Алексеева О.К.
Д

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрав России
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно - исследовательская работа на тему
«Подходы к оздоровлению детей с
заболеваниями желудочно-кишечного тракта»

Выполнила:
Обучающаяся 5 курса 3 группы
педиатрического факультета
Дулаева Мадина Станиславовна

Волгоград 2018 г.

Оглавление

1. Введение.....	3
2. Цель научно-исследовательской работы.....	4
3. Задачи научно – исследовательской работы.....	5
4. Основные определения и понятия.....	6
5. Теоретическая часть научно-исследовательской работы.....	8
6. Роль врача-педиатра.....	16
7. Собственное исследование.....	17
8. Выводы.....	18
9. Список литературы.....	19

1. Введение

Хронические гастроэнтерологические заболевания - одна из наиболее частых форм патологии детского возраста и на современном этапе характеризуются неблагоприятными изменениями. По данным научных исследований, выполненных в различных регионах страны, отмечается высокий уровень ее распространенности, наличие у большинства больных сочетанных поражений разных отделов желудочно-кишечного тракта, сопутствующих заболеваний со стороны других органов и систем, увеличение количества детей с тяжелыми формами течения болезней и детской инвалидности, обусловленной патологией органов пищеварения.

Организационной формой медицинского обеспечения больных на амбулаторно-поликлиническом этапе является диспансеризация. Ее эффективность оценивается по критериям, характеризующим степень выраженности клинических проявлений. Однако вне сферы воздействия диспансерного наблюдения остаются последствия болезни, которые изменяют положение ребенка в социуме, создают определенные трудности в присущей для его возраста деятельности, что снижает результативность медицинских мероприятий, способствует формированию затяжного и рецидивирующего течения патологического процесса, не позволяет ребенку в полной мере реализовать свои потребности, неблагоприятно отражается на качестве жизни.

2. Цель научно-исследовательской работы

Изучить научно-методические подходы к реабилитации детей с хроническими заболеваниями органов пищеварения в амбулаторно-поликлинических условиях.

3. Задачи научно – исследовательской работы

1. Провести анализ деятельности детской поликлиники по организации и содержанию диспансеризации детей с заболеваниями органов пищеварения, как основы комплексной реабилитации.

2. Обосновать необходимость реабилитации детей с хроническими заболеваниями органов пищеварения в условиях амбулаторно-поликлинической помощи.

3. Разработать комплексную характеристику больного ребенка, включенного в реабилитационный процесс - реабилитационный статус, которая позволяет определить содержание реабилитации и ее результативность.

4. Оценить эффективность реабилитации у детей по динамике показателей реабилитационного статуса и качества жизни.

4. Основные определения и понятия

Реабилитация (фр. rehabilitation от лат. re – вновь + habilis – удобный, приспособленный) в медицине — комплекс медицинских, психологических, педагогических, профессиональных и юридических мер по восстановлению автономности, трудоспособности и здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями в результате перенесенных (реабилитация) или врожденных заболеваний, а также в результате травм.

Лечебная физкультура - это совокупность методов лечения, профилактики и медицинской реабилитации, которые основаны на использовании физических упражнений, методически разработанных и специально подобранных. При их назначении врач учитывает характер заболевания, его особенности, стадию и степень болезненного процесса в органах и системах.

В основе лечебного действия физических упражнений лежат строго определенные нагрузки применительно к ослабленным и больным. Выделяют общую тренировку для оздоровления и укрепления организма и специальную тренировку, направленную на устранение нарушенных функций в определенных органах и системах.

Группы детей с патологией ЖКТ, нуждающиеся в реабилитации: перенесшие тяжелое острое заболевание, с функциональными нарушениями, с хронической патологией, с врожденными заболеваниями, с аномалиями развития, перенесшие операции на ЖКТ.

Реабилитацию больного ребенка делят на три этапа.

1. Клинический Обеспечение всестороннего обследования для уточнения диагноза, включает восстановление функции пораженных систем, подготовку всего организма больного ребенка к следующему этапу реабилитации. Заканчивается при выздоровлении ребенка от основного заболевания и восстановлении функций органов и систем или достаточной компенсации утраченных в результате болезни функций.

2. Санаторный. Нормализация функций пораженной системы наряду с нормализацией функций других органов. При завершении отсутствуют клинические, биохимические, функциональные, рентгенологические и иные изменения активности патологического процесса.

3. Адаптационный Полное восстановление здоровья ребенка, возврат ребенка к обычным для него условиям жизни, занятиям физкультурой и спортом.

5. Теоретическая часть научно-исследовательской работы

I. Хронический гастрит - хроническое рецидивирующее очаговое или диффузное воспаление слизистой оболочки желудка с нарушением процессов физиологической регенерации, со склонностью к прогрессированию, развитию атрофии, секреторной недостаточности, лежащих в основе нарушения пищеварения и обмена веществ.

Хронический гастродуоденит - хроническое воспаление со структурной перестройкой (очаговой и диффузной) слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки формированием секреторных, моторных и эвакуаторных нарушений. Диспансерное наблюдение осуществляется согласно условной группы, в зависимости от стадии течения хронического заболевания.

Диспансерное наблюдение детей с хроническим гастритом, гастродуоденитом с повышенной секреторной и кислотообразующей функцией

Схема диспансерного наблюдения детей с хронической патологией ЖКТ с учетом условного распределения по группам (030/у)

Критерии	IV группа Обострение	III группа Реконвалесценция	II группа Ремиссия	I группа Стойкая клинико-лабораторная ремиссия
Стадия хронического заболевания				
Срок наблюдения на участке	Лечение и обследование в этой группе ограничивается сроками пребывания в стационаре	1 год, при НЯК, ХАГ может быть увеличен	1 год, при НЯК, ХАГ может быть увеличен до 3х лет	1 год, при НЯК, ХАГ до передачи во взрослую сеть
Частота наблюдения участковым педиатром и гастроэнтерологом		1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год
Контрольное диагностическое обследование: • ОАК, ОАМ, кал на яйца/гельминтов, соскоб на энтеробиоз • Диагностика H.pylori двумя методами (при H.p-ассоциированном гастродуодените) • ФГДС		1 раз в 6 месяцев	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год
		Через 6-8 недель после лечения	1 раз в год	1 раз в год, по показаниям
Противорецидивная терапия		1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год, по показаниям
Физкультурная группа	2 раза в год (осень, весна), при ЯБ - 3 раза в год (осень, зима, весна)	2 раза в год (осень, весна)	1 раз в год (осень или весна, в зависимости от наибольшей частоты по сезонам)	
	Специальная или ЛФК	Подготовительная, при ХАГ, НЯК, ЯБ - специальная	Подготовительная или основная	
Продолжительность мед. отвода от оф. прививок	В зависимости от возбудителя и ее степени тяжести	По календарю, при ХАГ, НЯК - индивидуально	По календарю, при ХАГ, НЯК - индивидуально	

Лечебно-реабилитационные мероприятия при хроническом гастрите/гастродуодените с повышенной секреторной и кислотообразующей функцией

Мероприятия	1-й год наблюдения - стадия неполной клинико-лабораторной ремиссии	2-й год наблюдения - стадия клинико-лабораторной ремиссии	3-й год наблюдения - стадия стойкой клинико-лабораторной ремиссии
Режим Диета	Общий Стол № 1 в течение 3-х месяцев после выписки из стационара, затем - стол № 5 (см. Приложение № 3).	Общий Стол № 5 до 6 месяцев, затем - стол № 15. В период проведения противорецидивной терапии - стол № 1 (см. Приложение № 3).	Общий Стол № 15. В период проведения противорецидивной терапии - стол № 1 (см. Приложение № 3)
Противорецидивная терапия Медикаментозная терапия:	2 раза в год (осень, весна)	2 раза в год (осень, весна)	1 раз в год (осень или весна)
• Антациды • Н2-блокаторы рецепторов гистамина • Препараты, повышающие защитные свойства слизистой оболочки желудка, синтетические аналоги простагландинов • Прокинетики • Эрадикационная терапия • Вегетотропная терапия	Курсы до 2-4х недель, индивидуально, с перерывами. По показаниям По показаниям По показаниям После выписки из стационара - курс 7 Прерывистые курсы 2-4 нед	Курсы до 2-4х недель, индивидуально, с перерывами. По показаниям По показаниям По показаниям Прерывистые курсы 2-4 нед	Курсы до 2-4х недель, индивидуально, с перерывами. По показаниям По показаниям По показаниям
Немедикаментозная терапия:			
• Бальнеотерапия (минеральные воды)	Курсы по 30-45 дней, 2-3 курса в год	Курсы по 30-45 дней, 2-3 курса в год	Курсы по 30-45 дней, 2-3 курса в год
• Фитотерапия	Курсы по 10-12 дней месяца, 2-3 курса в год	Курсы по 10-12 дней месяца, 2 курса в год	По показаниям
• Физиотерапия	Для купирования болевого синдрома	1 раз в год	По показаниям
• Санаторно-курортное лечение	Местный санаторий через 3 месяца после достижения клинико-лабораторной ремиссии	1 раз в год местные или республиканские санатории	1 раз в год местные или республиканские санатории, или санаторные смены летних оздоровительных лагерей

1. Медикаментозная терапия:

а) Антациды алюминий содержащие (альфогель, альмагель, фосфолюгель, актал), магнийсодержащие (магафил 400), комбинированные (маалокс, протаб, алюмаг, топалкан), курсы до 2-4х недель, индивидуально, с перерывами.

б) Н2-блокаторы рецепторов гистамина (ранитидин, циметидин, квамател, фоматидин) - по показаниям (при повышенной кислотообразующей функции, при неблагоприятной наследственности по ЯБ).

в) препараты, повышающие защитные свойства слизистой оболочки желудка (сукральфат), синтетические аналоги простагландинов (цитотек, ликвиритон).

г) прокинетики (мотилиум, церукал, координакс) - по показаниям.

д) у больных с НР - ассоциированным гастродуоденитом рекомендован повторный курс «тройной» эрадикационной терапии (7 дней) на выбор:

- Омепрозол + амоксициллин + кларитромицин,
- Омепрозол + кларитромицин + метронидазол,
- Де-нол + флемоксин-солютаб + метронидазол,

- Фамотидин + метронидазол + кларитромицин,
- Де-нол + омепрозол + флемоксин-солютаб.

Или «квадротерапии» (курс 7 дней):

- Де-нол + омепрозол + тетрациклин + метронидазол.

е) Вегетотропная терапия:

- при ваготонии - тонизирующие препараты (растительные адаптогены), в тяжелых случаях - амизил, сиднокарб, в 1-ю половину дня, курс 2-4 месяца;

- при симпатикотонии - седативные препараты - чаще фитотерапия, прерывистыми курсами по 2-4 недели, в сложных случаях - транквилизаторы (седуксен, тазепам); ноотропные препараты - (фенибут, пирацетам, пикамилон, ноотропил).

2. Немедикаментозная терапия:

а) Бальнеотерапия - курсы минеральных вод (Боржоми, Смирновская, Славяновская, Арзни и др.) 2-3 курса в год, по 30-45 дней. При повышенной кислотообразующей функции принимать за 1-1,5 часа до еды, а при сохраненной кислотообразующей функции - за 40-60 минут до еды. Вода подогревается до 38-45°C.

б) Фитотерапия (зверобой, девясил, алтей, пустырник, солодка и др.) курсами по 10-12 дней в месяц, 2-3 раза в год.

в) Физиотерапия - чаще для купирования болевого синдрома (индуктотермия на эпигастральную область, ЛУЧ-2 или теплолечение на эпигастральную область - если нет риска развития ЯБ).

3. Санаторно-курортное лечение: местный санаторий через 3 месяца после достижения клинико-лабораторной ремиссии. Со 2-го года наблюдения разрешается санаторно-курортное лечение (Железноводск, Пятигорск, Ессентуки). На 3-м году наблюдения возможно оздоровление детей в санаторных сменах летних оздоровительных лагерей.

Вакцинация. Профилактические прививки по индивидуальному календарю в зависимости от возраста ребенка и клинической формы заболевания. Сроки наблюдения при стойкой длительной клинико-лабораторной ремиссии через 3 года наблюдения можно поставить вопрос о снятии с диспансерного учета.

II. Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки - хроническое, циклически протекающее заболевание, характеризующееся образованием язв в желудке и/или двенадцатиперстной кишки, а также (реже) в постбульбарных отделах.

Наблюдение и обследование с учетом условной группы диспансерного наблюдения, в зависимости от стадии течения хронического заболевания, до передачи во взрослую лечебную сеть.

Лечебно-реабилитационные мероприятия в зависимости от стадии заболевания и года наблюдения представлены в таблице.

Лечебно-реабилитационные мероприятия при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки			
Мероприятия	1й год наблюдения - стадия неполной клинико-лабораторной ремиссии	2й год наблюдения - стадия клинико-лабораторной ремиссии	3-й год наблюдения - стадия стойкой клинико-лабораторной ремиссии
Режим	Общий		
Диета	Стол № 1 в течение 3х месяцев после выписки из стационара), затем - стол № 5 (Приложение № 3).	Стол № 5. В период проведения противорецидивной терапии - стол № 1 (Приложение № 3).	Стол № 5 постоянно. 8 период противорецидивной терапии - стол № 1 (Приложение № 3)
Противорецидивная терапия	3 раза в год (осень, зима, весна)	2 раза в год (осень, весна)	1 раз в год (осень или весна)
Медикаментозная терапия:			
• Антациды	Курсы до 4х недель после выписки, затем индивидуально, с перерывами.	Курсы до 2-4х недель, индивидуально, с перерывами.	Курсы до 2-4х недель, индивидуально, с перерывами.
• Н ₂ -блокаторы рецепторов гистамина	В течение 4х недель после обострения	По показаниям	По показаниям
• Препараты, повышающие защитные свойства слизистой оболочки желудка, синтетические аналоги простагландинов	По показаниям	По показаниям	По показаниям
• Прокинетики	После выписки из стационара - 7 дней	По показаниям	По показаниям
• Ферменты, биопрепараты	По показаниям	По показаниям	По показаниям
• Спазмолитики	По показаниям	По показаниям	По показаниям
• Вегетотропная и седативная терапия	Прерывистые курсы по 2-4 недели, по показаниям	Прерывистые курсы по 2-4 недели, по показаниям	По показаниям
Немедикаментозная терапия:			
• Бальнеотерапия (минеральные воды)	Курсы по 30-45 дней, 2-3 курса в год	Курсы по 30-45 дней, 2-3 курса в год	Курсы по 30-45 дней, 2-3 курса в год, далее - по показаниям
• Фитотерапия	Курсы по 10-12 дней месяца, 2-3 курса в год	Курсы по 10-12 дней месяца, 2 курса в год	Курсы по 10-12 дней месяца, 2 курса в год, далее - по показаниям
• Физioterapia	Для купирования болевого синдрома, с седативным эффектом	1 раз в год	По показаниям
• Санаторно-курортное лечение	Местный санаторий через 3 месяца после достижения клинико-лабораторной ремиссии	1 раз в год - местные или республиканские санатории	1 раз в год - местные или республиканские санатории
• ЛФК	Приложение № 5	Приложение № 5	Приложение № 5
• Физкультурная группа	Освобождение от занятий физкультурой на 6 месяцев, затем специальная группа	Подготовительная, с освобождением от соревнований и повышенных физических нагрузок	Подготовительная, с освобождением от соревнований и повышенных физических нагрузок

III. Неспецифический язвенный колит (НЯК) - диффузное воспаление слизистой оболочки толстой кишки, начинающееся в прямой кишке и распространяющееся в проксимальном направлении.

Наблюдение участкового педиатра и гастроэнтеролога 1 раз в 3 месяца после последнего обострения.

В обследовании обязательны: копрограмма, анализ кала на скрытую кровь, анализ кала на дисбактериоз кишечника, соскоб на энтеробиоз. Ректороманоскопия, колоноскопия - по показаниям.

Лечебно-оздоровительные мероприятия

1. Режим общий

2. Диета - стол № 4В.

3. Противорецидивная терапия в стадии ремиссии 2 раза в год фестал, прерывистыми курсами с понижением дозы, лучше не более 2х недель.

1) Медикаментозная терапия:

– Биопрепараты-по показаниям, с учетом анализа кала на дисбактериоз кишечника и копрограммы, курсами до 1 месяца, 3-4 курса в год.

– Витаминотерапия (В1, В6, В15, С, Е).

2) Немедикаментозная терапия:

– Курсы минеральных вод 2-3 раза в год, по 30-45 дней. 20

– Фитотерапия (травы с обволакивающим, противовоспалительным и вяжущим действием) курсами (первые 15 дней месяца), продолжительностью от 3х до 6 месяцев.

– ЛФК.

3) Физкультурная группа - основная или подготовительная.

Вакцинация Профилактические прививки по индивидуальному календарю в зависимости от возраста ребенка и клинической формы заболевания.

IV. Болезни желчных путей (холециститы, холецисто - холангиты, дискинезия желчевыводящих путей). Врач – педиатр каждые 2-3 месяца в течение 1 года после обострения, каждые 6 месяцев в течении последующих лет, оториноларинголог, стоматолог по показаниям. При необходимости консультация гастроэнтеролога. Кал на цисты лямблий и яйца глист. Дуоденальное зондирование не реже 1 раза в 3 месяца. В течении первого

года после выписки из стационара. В дальнейшем по показаниям. Функциональные пробы печени (билирубин, холестерин, протеинограмма, изотромбин, трансаминаза). Снятие с учета при отсутствии обострения, увеличения печени, болезненности в правом подреберье и эпигастрии, при нормальном дуоденальном содержимом в течение 1,5 -2-х лет.

Основные пути оздоровления на поликлиническом этапе

1. Диета N 5 в течение 6 мес. с последующим ее расширением.
2. При гипотоническом и гипокинетическом типе дискинезии:
 - желчегонные по 10-14 дней в течение 3 месяцев;
 - тюбажи с сорбитом, ксилитом 1 раз в неделю N 4-5, курсы - 2 раза в год;
 - электрофорез магния на область правого подреберья N10-12 1 раз в год;
 - вит. B1, B2, B6 в возрастных дозах в течение 2 нед., курсы - 2 раза в год;
 - ЛФК.
3. При гипертоническом и гиперкинетическом типе дискинезии:
 - желчегонный чай по 2 нед. ежемесячно в течение 6 мес.;
 - седативные препараты в течение 2 нед., курсы - 2 раза в год;
 - тепловые физиопроцедуры N10-12 2 раза в год.
4. Санаторно-курортное лечение.

Дискинезия желчевыводящих путей (дисфункция билиарного тракта - ДЖВП) - это функциональное расстройство, проявляющееся нарушением двигательной функции желчного пузыря, желчевыводящих путей и деятельности сфинктеров билиарной системы,

Оздоровительные мероприятия планируются согласно условной группы диспансерного наблюдения, в зависимости от стадии течения заболевания и с учетом типа ДЖВП.

Лечебно-оздоровительные мероприятия при гипертоническом гиперкинетическом типе ДЖВП

1й год наблюдения - стадия неполной клинико-лабораторной ремиссии:

1. Режим общий.

2. Диета - стол № 5, прием пищи не менее 5-6 раз в сутки. Такое питание назначается не менее чем на 6 месяцев. Не следует употреблять в пищу продукты, богатые грубой клетчаткой и способствующие метеоризму: ржаной хлеб, бобовые. Исключают прием очень холодных блюд.

3. Медикаментозная терапия:

а) Желчегонные средства со спазмолитическим эффектом (оксафенамид, никодин).

б) Седативная терапия (фитопрепараты), курс 1-3 недели.

в) Спазмолитики (но-шпа, папаверин, галидор, дюспаталин), курс 5-7 дней. 18

4. Немедикаментозная терапия:

а) Курсы минеральных вод слабой минерализации (Нарзан, Смирновская, Славяновская, Карачинская, Ессентуки 4, 20 др.) 2 курса в год, по 30-45 дней. Принимать дробно, 5-6 раз в день в подогретом виде.

б) Фитотерапия с противовоспалительным и седативным действием (ромашка, подорожник, мята укроп, валериана - в сборах) по 10-12 дней в месяц, 2-3 раза в год.

в) Физиотерапия (электрофорез с новокаином на область правого подреберья, парафиновые аппликации, хвойные ванны), 2 курса в год.

Лечебно-оздоровительные мероприятия при гипотоническом гипокинетическом типе ДЖВП

Стадия неполной клинико-лабораторной ремиссии:

1. Режим общий.

2. Диета — стол № 5, прием пищи не менее 5-6 раз в сутки. Такое питание назначается не менее чем на 6 месяцев. Показаны продукты,

обладающие желчегонным эффектом. Рекомендуется сливочное и растительное масло, сливки, сметана, яйцо, черный хлеб.

3. Медикаментозная терапия:

а) Желчегонные средства (сорбит, ксилит, сульфат магния 25%, фламин, флакумин и др.) по 10-14 дней в течение 3х месяцев.

б) Тонизирующие средства, курс 1-3 недели (растительные адаптогены).

в) Тюбажи по Демьянову с сорбитом или ксилитом, настоем желчегонной травы, минеральной водой 1 раз в неделю. Курс 4-8 процедур, 2 раза в год.

4. Немедикаментозная терапия:

а) Курсы минеральных вод высокой минерализации (Арзни, Ессентуки 17 и др.) 2 курса в год, по 30-45 дней. Принимать дробно, 5-6 раз в день, комнатной температуры.

б) Фитотерапия с использованием трав с желчегонным действием (кукурузные рыльца, бессмертник,) по 10-12 дней в месяц, 2-3 раза в год.

в) Физиотерапия (электрофорез с сернокислой магnezией на область эпигастрия или желчного пузыря; индуктотермия, парафиновые или озокеритовые аппликации на правое подреберье, соляные ванны), 2 курса в год.

г) ЛФК.

5. Физкультурная группа – подготовительная.

6. Роль врача-педиатра

При осмотре больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта врач-педиатр уточняет жалобы, проводит осмотр больного и при необходимости направляет на дальнейшее лечение к гастроэнтерологу. Также важна роль врача-педиатра в выявлении и оценивании активности процесса.

7. Собственное исследование

За время прохождения практики в качестве помощника врача-педиатра было выявлено 3 случая на подозрение заболевания желудочно-кишечного тракта. Врач-педиатр направил данных больных на дальнейшее обследование к гастроэнтерологу, который в свою очередь уточняет диагноз и определяет дальнейшую тактику лечения и ведения больного.

Выявлены жалобы: боли в животе, диспептические расстройства.

Было проведено обследование (копрограмма, УЗИ органов брюшной полости).

У 2 пациентов были выявлены явления хронического гастродуоденита, один ребенок с дискинезией желчевыводящих путей.

Все пациенты были направлены на лечение в дневной стационар.

8. Выводы

1. Результаты клинико-лабораторно-инструментального и социально-психологического обследования показали, что большинство больных детей имеют последствия заболеваний в виде нарушений - 92% (висцеральные, метаболические и расстройства питания - 34,0%, двигательные - 22,9%, психологические - 14,6% и др.) и ограничений жизнедеятельности - 58,7% (снижение способности к повседневной деятельности - 37,0%, физической нагрузке - 35,2%, к обучению и профессиональной подготовке - 22,2% и др.), которые являются основанием для проведения комплексной реабилитации.

2. Основу реабилитации больных детей в амбулаторно-поликлинических условиях составляет диспансеризация, ориентированная на снижение выраженности клинических проявлений

3. Для включения больного ребенка в реабилитационный процесс необходима комплексная характеристика здоровья - реабилитационный статус, отражающий уровень соматического, психического и социального здоровья во взаимосвязи с факторами окружающей среды. Его качественно-количественные показатели позволяют определить потребность больного в реабилитации и ее видах, строить программы реабилитации, оценивать эффективность.

4. В основе диспансерного наблюдения детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта является временной фактор, который определяет объем диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

9. Список литературы

1. Беляева И. А., Яцык Г. В., Боровик Т. Э., Скворцова В. А. Комплексные подходы к реабилитации детей с дисфункциями желудочно-кишечного тракта // Вопр. совр. пед. 2013; 5 (3): 109–113.
2. Фролькис А. В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. Л.: Медицина, 2017, 224 с.
3. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей грудного возраста и их диетологическая коррекция. В кн.: Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. Союз педиатров России, М., 2014, 39–42.
4. Хавкин А. И. Принципы подбора диетотерапии детям с функциональными нарушениями пищеварительной системы // Детская гастроэнтерология. 2015, т. 7, № 3.
5. Хорошева Е. В., Сорвачева Т. Н., Конь И. Я. Синдром срыгиваний у детей грудного возраста // Вопросы питания. 2016; 5: 32–34.
6. Конь И. Я., Сорвачева Т. Н. Диетотерапия функциональных нарушений органов ЖКТ у детей первого года жизни // Лечащий Врач. 2013, № 2, с. 55–59

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

Дулаева Мадина Станиславовна

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 проведённого 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, последовательно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные 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 удовлетворительный анализ. 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 достаточен для решения поставленных задач, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова