


ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России
кафедра детских болезней педиатрического факультета

Ж. Дами
Ташева О.Б.


Научно-исследовательская работа на тему
**«Оценка эффективности дородовых патронажей
на педиатрическом участке»**

Выполнил:

Студент 5 курса 9 группы
педиатрического факультета
Карев Федор Викторович

Волгоград 2018

Оглавление

Введение	3
Цель исследования.....	4
Основные определения и понятия.....	4
Материалы и методы	6
Роль врача- участкового педиатра в антенатальном патронаже.	7
Результаты исследования.....	9
Литературный обзор	16
Выводы	21
Список литературы.....	22

Введение

Аntenатальная охрана плода относится к важнейшим проблемам здравоохранения. Известно, что внутриутробно идет формирование всех органов и систем, их развитие и совершенствование. От того, как развиты органы и системы у плода, зависит состояние здоровья в последующие этапы жизни человека.

Учение о критических периодах развития было создано в 1921 г. К. Стоккардом и в дальнейшем значительно углублено и расширено П. Г. Светловым. Критические периоды характеризуются наиболее высокой чувствительностью к воздействиям вредных факторов внешней среды.

Наиболее высокой чувствительностью к повреждающим агентам обладают зародыши во время имплантации (*первый критический период*), соответствующий 7—8-му дню эмбриогенеза, и во время плацентации (*второй критический период*). Плацентация приходится на 3—8-ю неделю эмбриогенеза и совпадает с этапом формирования зачатков органов.

К критическим периодам фетального развития относят 15—20-ю недели беременности (усиленный рост головного мозга) и 20—24-ю недели (формирование основных функциональных систем организма).

В период имплантации зародыш либо погибает (при повреждении многих бластомеров), либо дальнейший эмбриональный цикл не нарушается (при сохранности большого числа бластомеров, способных к полипотентному развитию). При поражении зародыша в период плацентации и органогенеза характерно возникновение уродств. При этом пороки развития образуются в тех органах, которые в момент действия

повреждающих агентов находились в процессе активной дифференцировки и развития.

Повреждающий эффект может возникнуть даже при небольшой интенсивности воздействия, которое в другие периоды онтогенеза не оказывают отрицательного влияния на процессы развития организма.

Различные вредные воздействия в эти критические периоды беременности (лекарственные, химические вещества, ионизирующая радиация, соматические и инфекционные заболевания матери и др.) могут привести к развитию бласто- и эмбриопатий

Цель исследования

Основной целью настоящего исследования являлось определение эффективности дородовых патронажей тех женщин, которые проживают на закрепленной территории 2 педиатрического отделения ГУЗ «Детская клиническая поликлиника №6».

Задача настоящего исследования:

- Литературный анализ профилактического консультирования беременных в условиях первичного звена здравоохранения;
- Определение качественных и количественных показателей, отражающих эффективность дородовых патронажей на территории 2 педиатрического отделения ГУЗ «Детская клиническая поликлиника №6».

Основные определения и понятия

Мероприятия по антенатальной охране здоровья нерожденного ребенка и новорожденного до беременности включают: правильное половое воспитание будущих родителей, пропаганду ЗОЖ, формирование осознанного родительства, диспансеризация подростков, оздоровление мальчиков и девочек, планирование беременности, правильный режим,

полноценное питание, медико – генетическое консультирование, организация микрoэкологической среды.

Мероприятия по антенатальной охране здоровья нерoжденного ребенка и новорожденного во время беременности включают: наблюдение за беременной, полноценное питание, формирование доминанты беременности, лактации; режим, соматическое здоровье, профилактика заболеваний, ВУИ, пренатальный клинический, УЗИ, лабораторный скрининг, по показаниям консультация генетика, пренатальная диагностика, алгоритм ведения женщин акушером – гинекологом.

Антенатальная охрана плода заключается в организации рационального наблюдения за беременной женщиной, направленного на выявление и предупреждение развития острых и хронических заболеваний, проведение лечебно-оздоровительных мероприятий. Организация медицинской помощи по рождению здорового ребенка проводится на этапе охраны плода и заключается в наблюдении беременных женщин женскими консультациями и детскими поликлиниками. Указанные мероприятия осуществляют женские консультации (ЖК), в содружестве с детскими поликлиниками, отделениями патологии беременных, терапевтическими и специализированными стационарами. Женские консультации обязаны 1 раз в 10 дней посылать в детскую поликлинику сведения о беременных женщинах, взятых на учет. В этих сведениях, помимо паспортных данных, указывают срок беременности и предполагаемое время родов.

Особый акцент делается на выявление женщин, имеющих пренатальные факторы риска для плода:

- 1) социально-биологические факторы (возраст матери до 22 лет и старше 35 лет, рост матери до 150 см, превышение ее массы тела более чем на 55%

- от нормы, наличие профессиональных вредностей, низкий уровень образования, вредные привычки, нежелательная беременность и т.д.);
- 2) неблагоприятный акушерский анамнез (число предшествующих родов -- 7-8 и более, частые аборты и самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды в прошлом, мертворождение, смерть детей в неонатальном периоде, бесплодие в прошлом более 2-3 лет, беременность через 3-4 месяца после предыдущей, гестозы беременных);
 - 3) экстрагенитальная патология беременных, особенно хронические бактериальные инфекции, заболевания почек, сердечно-сосудистой системы, эндокринная патология.

В ЖК разработана система формирования групп риска беременных женщин по рождению детей с отклонениями в состоянии здоровья. Система предусматривает выделение беременных трёх групп риска – высокого, среднего и низкого.

С момента постановки на учёт беременной в ЖК к работе по антенатальной профилактике подключается детская поликлиника.

Материалы и методы

Настоящее исследование проводилось в период с 13 июня по 9 июля 2018 года.

Анализ профилактического консультирования беременных в условиях первичного звена здравоохранения был проведен путем изучения и обобщения данных публикаций актуальной литературы.

Кроме того, в данную исследовательскую работу был включен литературный обзор и анализ наиболее актуальных научных статей, посвящённых путям повышения эффективности антенатального патронажа беременных женщин.

В исследование были включены беременные женщины, проходившие антенатальный патронаж и живущие по адресам проживания, включенным в учет на 16 участке 2 педиатрического отделения ГУЗ «Детская клиническая поликлиника №6».

Метод проведения исследования- ретроспективный анализ данных документации выделенной группы наблюдения.

Аналізу подвергались следующие показатели:

- Данные медицинской документации и заключений женской консультации;
- Фон протекания беременности;
- Исход беременности;
- Анализ периода раннего развития ребенка.

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программного пакета Microsoft Excel.

Роль врача- участкового педиатра в антенатальном патронаже.

Основная задача детской поликлиники в системе мероприятий по антенатальной охране плода — осуществление дородовых патронажей, обеспечение занятий с беременной женщиной в школе материнства.

Основная нагрузка по антенатальной профилактике ложится на педиатрическую участковую службу. Для оптимальной организации работы ДП проводят 3 дородовых патронажа.

Первый дородовый патронаж проводится участковой медицинской сестрой после взятия беременной женщины на учет в женской консультации; его направленность — здоровье будущей матери.

Второй патронаж проводится на 32-34 неделе беременности; его направленность - здоровье будущего ребенка. Возможно проведение и третьего дородового патронажа совместно с участковым педиатром женщин из группы высокого риска по развитию перинатальной патологии.

Цель дородовых патронажей:

- Цель медицинских посещений беременной женщины состоит в знакомстве с будущей матерью, выяснение ее возраста, социального анамнеза, психологического климата в семье;
- Уточняются факторы риска, которые могут неблагоприятно повлиять на развитие и формирование плода.

С учетом выявленных данных даются корректирующие рекомендации.

Проводится обучение беременной по подготовке молочных желез к лактации, пропагандируются преимущества грудного вскармливания. Даются советы по приобретению белья и предметов ухода за ребенком. Медицинская сестра должна убедить беременную женщину в необходимости посещения кабинета здорового ребенка детской поликлиники, где проводятся занятия по правилам ухода за новорожденным и психопрофилактической подготовке к родам. Показателями уровня и качества проводимых в детской поликлинике антенатальных мероприятий по охране плода и новорожденного являются охват дородовым патронажем беременных и показатель перинатальной смертности.

Охват дородовым патронажем вычисляется из расчета количества выполненных патронажей определенного числа поступивших под наблюдение новорожденных (в процентах).

Показатель перинатальной смертности определяется по формуле:
(число мертворожденных + число новорожденных, умерших в первую

неделю жизни) / к общему числу детей, родившихся живыми и мертвыми после 28-й недели гестации (в промилях). Эти показатели в конце календарного года включаются в отчет о работе детской поликлиники. Данные о дородовых патронажах оформляются на листах-вкладышах, которые в последующем клеиваются в историю развития ребенка (ф. № 112/у).

Школа молодых родителей – одно из важных мероприятий по антенатальной профилактике.

Цель работы – создание доминанты осознанного родительства. Современное перспективное направление - дородовая педагогика и пренатальное воспитание.

Пренатальное воспитание – создание оптимальных условий для нормального внутриутробного развития плода, формирование тесной психолого – эмоциональной связи между матерью, отцом и будущим ребенком, с целью адаптации ребенка к условиям жизни после рождения. Методика основана на способности ребенка слышать и воспринимать и даже усваивать информацию. В структуре занятия учитываются 3 основных фактора жизнедеятельности: эмоции (пение, прослушивание музыки и т.д.), дыхание (звуковая дыхательная гимнастика), движения (музыкальная зарядка).

Результаты исследования

На момент исследования по антенатальному патронажу на 12 участке 2 педиатрического отделения ГУЗ «Детская клиническая поликлиника №6» числятся 29 женщин. Средний возраст- 25 лет ± 1,7. Подробная

характеристика настоящего момента антенатального наблюдения приведена в таблице 1.

Таблица 1. Характеристика антенатального патронажа

Возраст матери	Срок беременности	Количество патронажей
21 год±1 (n=2)	15-16 недель	1
	32-33 недели	2
23 года±0,5 (n=5)	11 недель- 1 человек	1
	23-25 недель- 2 человека	1
	29-30 недель- 1 человек	2
25 лет±1 (n=13)	10 недель- 3 человека	1
	15-17 недель- 4 человека	1
	27-28 недель- 4 человека	1
	30 недель- 1 человек	2
	34 недели- 1 человек	2
27 лет±0,8 (n=9)	10-13 недель- 3 человека	1
	20-21 неделя- 2 человека	1
	28 недель- 1 человек	1
	30-33 недели- 3 человека	2

Также стоит заметить, что только в 10% процентов случаев период беременности у матери проходит без каких-либо патологий. Основные сведения о данном явлении приведены в таблице 2.

Вид патологии беременности	Частота $p \leq 0,067$
----------------------------	---------------------------

Рвота беременных	30%
Артериальная гипертензия	11%
Гестационный сахарный диабет	5%
Инфекционные заболевания	18%
Угроза прерывания беременности	2,5%

Таблица 2. Патологии беременности

Данное исследование включало в себя два компонента:

- Анкетирование матерей;
- Ретроспективный анализ документации.

В ходе проведения первого этапа был проведен опрос матерей, имеющих детей в возрасте 2 месяцев. Подробный анализ приведен в таблице 3.

Таблица 3. Данные анкетирования

Вопрос	Ответ	Количественное выражение
Первый дородовый патронаж	Конец первого триместра	55,2%
	Конец второго триместра	44,8%
	В третьем триместре	0
Наиболее важные вопросы, решаемые при патронаже	Рациональное питание беременной	70%
	Режим труда и отдыха	20%
	Профессиональные вредности	10%
Проведение дородовых патронажей носит лишь формальный характер?	Да	82%
	Нет	18%
Чем определяется характер вскармливания ребенка?	Рекомендациями, данными на дородовом патронаже	35%
	Опытом предыдущих поколений	40%
	СМИ, интернет	15%

Что определяет ваши методы гигиенического ухода за ребенком?	Рекомендации, данные на дородовом патронаже	40%
	Опытom предыдущих поколений	50%
	СМИ, интернет	10%
Помог ли вам дородовый патронаж в понимании вопросов и проблем будущего материнства?	Да	57%
	Нет	43%

Таким образом, средняя эффективность проводимого антенатального патронажа равна приблизительно 53,2%. С одной стороны, при сравнении с показателями аналогичных исследований в других регионах РФ (Ивановская области- 47,73%) можно сказать о положительной динамике, которая сложилась в ГУЗ «Детская клиническая поликлиника №6», но с другой- данные цифры все равно являются недостаточными для должной профилактики патологических состояний, которые могли бы возникнуть уже после рождения ребенка.

Были предложены ряд нововведений, которые бы помогли повысить эффективность дородового патронажа беременных женщин:

- Начало патронажа- 11-12 недели беременности;
- Использование дополнительных обходов беременных женщин на вверенном участке поликлиники «по требованию»;
- Использование современных технологий и создания ресурса в сети интернет для ответа на наиболее насущные проблемы данного контингента;
- Организация и проведение школы будущего родителя;
- Более тесная работа с системой женской консультации.

Переходя ко второму этапу исследования, стоит отметить, что подобные рационализаторские предложения были вынесены на обсуждения во время очередного организационного собрания врачей 2 педиатрического отделения ГУЗ «Детская клиническая поликлиника №6».

На втором этапе исследования, было включено 25 женщин, возраст детей которых был 2 месяцев. Основные статистические характеристики исследуемой группы приведены в таблице 4.

Таблица 4. Характеристика исследуемой группы

Средний возраст	28±1,48
Срок родов	32-33 недели- 5 женщин 34 недели- 2 женщины 35-37 недель- 10 женщин 39-40 недель- 8 женщин
Возраст ребенка на момент проведения исследования	2 месяца ±5 дней
Количество детей в семье	3±1
Проводился ли антенатальный патронаж?	80%- да
	20%- нет (контрольная группа)

Для анализа эффективности антенатального патронажа использовались следующие показатели:

- Младенческая смертность;
- Данные акушерско-биологического анамнеза;
- Патологические состояния, возникшие в период до 2 месяцев;
- Антропометрические показатели.

Что касается такого показателя, как младенческая смертность, то в ходе настоящего исследования не было выявлено ни одной подобного случая.

Касаясь полового распределения детей, то здесь была выявлена следующая закономерность:

- Девочек- 16;
- Мальчиков- 9.

Данные акушерско- биологического анамнеза представлены в таблице 5.

Таблица 5. Данные акушерско- биологического анамнеза

Беременность ($p \leq 0,063$)	3
Роды ($p \leq 0,05$)	2
Роды через естественные пути ($p \leq 0,05$)	74%
Вспомогательная техника ведения родов (вакуум- экстракция, акушерские щипцы) ($p \leq 0,07$)	29%
Кесарево сечение ($p \leq 0,05$)	26%

При вопросе определения патологического фона протекания беременности, было проведено контрольное сравнение с группой тех женщин, у кого не был проведен антенатальный патронаж.

Таблица 6. Протекание беременности

Патологическое состояние	Исследуемая группа (n=20) $p \leq 0,05$	Контрольная группа (n=5) $p \leq 0,05$
Рвота беременных	40%	35%
Артериальная гипертензия	5%	20%
Гестационный сахарный диабет	2%	8%
Инфекционные заболевания	10%	20%
Угроза преждевременных родов	0%	2,5%
Анемия	25%	20%

Что касается тех патологических состояний, которые возникли у ребенка в период до 2 месяцев, то сравнение исследуемой группы с контрольной приведены в таблице 7.

Таблица 7. Патологические состояния ребенка

Патологическое состояние	Исследуемая группа (n=20) p≤0,05	Контрольная группа (n=5) p≤0,05
Заболевания сердца	10%	0%
Заболевания кожи	20%	40%
Заболевания респираторной системы	20%	20%
Заболевания крови	0%	0%
Хирургические патологии	10%	20%
Инфекционные заболевания	20%	20%

При этом стоит отметить, что только в 20% случаев те патологические состояния, возникшие в исследуемой группе, могли быть модифицированы и устранены в ходе антенатального патронажа, в то время как в контрольной группе схожий показатель составил 40%, т.е. в 2 раза больше.

При сравнении антропометрических показателей в двух группах, была выявлена следующая закономерность, представленная в таблице 8.

Таблица 8. Физическое развитие детей

Физическое развитие	Исследуемая группа (n=20) p≤0,065	Контрольная группа (n=5) p≤0,065
Микросоматическое	5%	0%
Мезосоматическое	75%	80%
Макросоматическое	20%	20%
Гармоничное	90%	60%
Дисгармоничное	10%	40%

Литературный обзор

В условиях снижения численности населения в России с 148,5 млн человек в 1991 г. до 141,9 млн в 2010 г., или на 4,4%, резко возрастает необходимость укрепления репродуктивного здоровья населения, его диспансеризации. Не случайно вопросы охраны материнства и детства отнесены к приоритетным задачам в Государственной программе развития здравоохранения РФ (утверждена распоряжением Правительства РФ № 2511-р от 24 декабря 2012 г.), а вопросы диспансеризации рассматриваются как основной путь укрепления профилактического направления здравоохранения. В имеющихся публикациях рассматривается состояние здоровья в жизни женщин в современной России, исследуются факторы риска и профилактики в перинатальной патологии, отмечается ухудшение репродуктивного здоровья женщин в России, анализируются причины материнской смертности.

За последние годы были проведены ряд исследований, заключающихся в анализе качества антенатального патронажа. В приведенном обзоре будет приведена обобщённая статистика.

Понятие "диспансеризация беременных женщин и родильниц" рассматривается как метод динамического врачебного наблюдения в женских

консультациях и детских поликлиниках за состоянием здоровья беременных женщин и родильниц, осуществляемый с целью наблюдения за течением беременности, развитием плода, течением послеродового периода для предупреждения и раннего выявления факторов риска осложнений беременности и пороков развития плода, выявления острых или хронических заболеваний, своевременного проведения профилактических, лечебных, оздоровительных, санитарно-просветительных мероприятий, направленных на сохранение здоровья беременной женщины, плода, родильницы. Как свидетельствуют результаты анализа, на фоне естественной убыли населения наблюдается снижение перинатальной смертности, смертности новорожденных, мертворождений и материнской смертности. Важным условием диспансеризации беременных женщин и родильниц является правовое регулирование этих вопросов и обеспеченность врачами.

Правовое регулирование диспансеризации беременных женщин и родильниц осуществляется такими нормативно-правовыми актами, как "Положение об организации проведения диспансеризации беременных и родильниц" (Приказ Минздравсоцразвития РФ № 266 от 29.04.13), "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» (Приказ Минздрава РФ № 572н от 01.11.12), а также Федеральным законом РФ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" № 323 от 21 ноября 2011 г. Обеспеченность врачами акушерами-гинекологами повысилась за исследуемые годы с 7,9 до 8,7 на 10 000 женщин фертильного возраста.

В процессе диспансеризации и составления индивидуального плана ведения беременной врач определяет следующие факторы риска:

- невынашивание беременности, токсикоз;
- анемия;

- перинатальная патология ИЦН;
- обострение экстрагенитальной патологии.

В структуре причин младенческой смертности на протяжении 10 лет первые три места занимают состояния, возникающие в перинатальном периоде (48,5%), врожденные аномалии развития (29,2%) и болезни органов дыхания (6,6%). Важным и фактически новым содержанием работы по диспансеризации беременных женщин является своевременное выявление пороков развития плода с использованием биохимического в I триместре и трехкратного ультразвукового скрининга.

Прерывание беременности при выявленных пороках развития — сложная морально-этическая проблема, которая требует широкого общественного обсуждения. Отметим, что в развитых европейских странах скрининг проводится более широко, чем в нашей стране, и не случайно в Государственной программе развития здравоохранения до 2020 г. поставлена задача как перехода на новые более современные технологии неонатального скрининга, так и расширения перечня скринируемых заболеваний (в ряде стран скринируется более 40 заболеваний).

Данные медицинской науки свидетельствуют о том, что нормальное развитие плода может быть обеспечено при условии раннего наблюдения за течением беременности, состоянием здоровья женщины, условиями ее жизни, так как именно в первые недели беременности эмбрион наиболее чувствителен к различным воздействиям внешней и внутренней среды. Поэтому одним из важнейших аспектов антенатальной охраны плода является по возможности более раннее взятие беременной на учет. Доказано, что у женщин, которые были взяты под наблюдение в ранние сроки беременности, перинатальная гибель плодов и новорожденных были в 2—2,5

раза ниже, что является важным показателем роли диспансеризации. С 2001 по 2005 г. происходило снижение материнской смертности.

Первое место среди причин смерти матерей занимают заболевания внутренних органов у женщин. Второе — эмболические осложнения. Третье — кровотечения. Далее следуют такие причины, как сепсис, гестоз, анафилаксия, анестезиологические осложнения, и др. Подчеркнем, что из числа умерших женщин более 60% не состояли на "Д" учете в женской консультации.

Важным блоком работы явилось социологическое исследование, в ходе которого было опрошено 200 врачей-акушеров-гинекологов и 300 беременных женщин. Исследование раскрыло многие чрезвычайно актуальные вопросы диспансеризации через призму отношения к ним врачей и беременных женщин. По мнению опрошенных врачей, у беременных имеется целый ряд негативных факторов, в том числе курение, употребление алкоголя, плохое отношение к своему здоровью и др. Это говорит о необходимости улучшения непосредственной работы в женской консультации, повышения культуры населения, ценности семьи, что чрезвычайно актуально в современных условиях общественного развития.

Предложения опрошенных врачей по совершенствованию диспансеризации, беременных женщин распределяются следующим образом:

- повышение культуры населения (86,7%);
- лучшее оснащение женских консультаций (81,8%);
- повышение квалификации медицинских кадров (71,4%);
- большее внимание к активному патронажу родильниц (25,4%);
- к обследованию здоровья мигрантов (24,2%);
- лучшее знание законодательства (10,5%).

При опросе беременных выявили, что более 20% не считают диспансеризацию необходимой, 5% полагают, что она проводится в зависимости от течения беременности, 75% высказались за необходимость диспансеризации. В ответ на вопрос о пожеланиях улучшения диспансеризации получены следующие ответы:

- лучшее информирование беременной (15%);
- лучшее оснащение оборудованием (12,3%);
- финансирование работы по диспансеризации (33,7%);
- увеличение поддержки государства материнству и детству (20,3%);
- своевременное выявление пороков развития плода (11,7%);
- улучшение экологической обстановки (10,3%);
- улучшение условий труда (15,7%).

Для подтверждения полученных результатов провели оценку организации диспансеризации руководителями и организаторами здравоохранения. При изучении их мнения о том, насколько в настоящее время обеспечена возможность для диспансеризации беременных женщин по социальным, медицинским и другим позициям, установили, что фактически ни по одному поднятому для оценки вопросам (нормативно-правовое обеспечение, организационные технологии, экономическое, информационное, кадровое обеспечение) нет ответов, показывающих, что те или иные возможности полностью обеспечены. Особенно остро стоит вопрос о кадровом обеспечении, что для проведения диспансеризации является первоочередным условием. Совокупность данных исследования положена в основу разработки организационно-функциональной модели путей совершенствования диспансеризации беременных женщин и родильниц (см. схему). Для совершенствования диспансеризации необходимо также ликвидировать имеющие место экономическую необоснованность и несогласованность в планово-нормативных показателях акушерско-

будущего ребенка, но и обучение их приемам дородового общения, а также способам устранения и предупреждения рисков факторов. Это могло бы способствовать как исключению дублирования выдаваемых рекомендаций, так и обеспечивать полноту получаемой беременными информации и навыков. Повышение качества лечебно-профилактических мероприятий беременными, в том числе по антенатальной охране плода, закономерно снизит как реализацию рисков факторов в периоде новорожденности, так и заболеваемость детей раннего возраста. Кроме того, можно предположить, что отдаленной эффективностью внедрения данного отделения будет увеличение числа новорожденных с высокими показателями здоровья.

Список литературы

1. Балакирева А. В., Баклушина Е. К., Бобошко И. Е. Анализ нормативно-правовой базы Российской Федерации по антенатальной охране здоровья детей и пути ее оптимизации //Вестник Ивановской медицинской академии. – 2012. – Т. 17. – №. 2.
2. Дроздов А., Дроздова М. Поликлиническая педиатрия: конспект лекций. – Litres, 2017.
3. Закиров И. И. и др. Качество организации патронажей на педиатрическом участке на основе анализа мнения родителей //Практическая медицина. – 2009. – №. 40.
4. Калмыкова А. С. Поликлиническая педиатрия. – 2011.
5. Растегаева И. Н. Пути совершенствования диспансеризации беременных женщин и родильниц // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013. №2. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/puti-sovershenstvovaniya-dispanserizatsii-beremennyh-zhenschin-i-rodilnits> (дата обращения: 10.07.2017).
6. Растегаева И. Н. Пути совершенствования диспансеризации беременных женщин и родильниц //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – №. 2.
7. Шабалов Н. П. Педиатрия: Учебник для вузов //СПб: СпецЛит-2010.-935 стр. – 2010.

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 9 группы

Карев Федор Викторович

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, 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 завершенное научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова