

г.е. баба
Кужелева О.В.

ФГБОУВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения российской Федерации
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему

**«ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДОРОДОВЫХ
ПАТРОНАЖЕЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ
УЧАСТКЕ»**

Выполнил:

Студентка 5 курса 6 группы
педиатрического факультета
Кужелева Валерия Вячеславовна

Волгоград 2018г.

Содержание

1. Введение.....	3
2. Цель научно-исследовательской работы	
Задачи научно-исследовательской работы.....	4
3. Основные определения и понятия.....	5
4. Антенатальная охрана плода.....	6
5. Особенности проведения первого дородового патронажа	7
6. Особенности проведения второго дородового патронажа	15
7. Цель проведения третьего дородового патронажа.....	18
8. Роль медицинского персонала при проведении дородовых патронажей.....	19
9. Собственное исследование.....	20
10. Выводы.....	22
11. Список литературы.....	23

Введение

Аntenатальная охрана еще не рожденного ребенка является важным звеном в системе мероприятий по сохранению здоровья и жизни не только новорожденных и детей первого года жизни, но и лиц любого возраста; сегодня доказана концепция программирования здоровья, согласно которому весь резерв здоровья будущего взрослого человека закладывается именно во внутриутробном периоде.

Педиатр должен знать характер воздействия факторов риска на плод, уметь правильно их оценить и дать соответствующие рекомендации будущим родителям по мерам профилактики в антенатальном периоде, по формированию гестационной и лактационной доминанты у беременных женщин, доминанты осознанного родительства.

Цель научно-исследовательской работы:

- Изучить роль участкового педиатра в антенатальной охране плода при проведении дородового врачебного патронажа.

Задачи научно-исследовательской работы по дородовым патронажам на педиатрическом участке:

- Ознакомиться с документацией для проведения дородовых патронажей;
- Оценить роль медицинского персонала при проведении дородовых патронажей;
- Оценить качество проведения дородовых патронажей;
- Выявить женщин групп риска;
- Оценить преемственность работы женской консультации и детской поликлиники.

Основные определения и понятия

Аntenатальная охрана плода — совокупность гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий, способствующих созданию оптимальных условий для развития плода и предупреждению врожденных заболеваний, аномалий развития и перинатальной смертности. Антенатальная охрана плода имеет большое значение для здоровья человека в течение всей его жизни, потому что во внутриутробном периоде онтогенеза формируются основные физиологические функции организма.

Патронаж (франц. patronage покровительство) — форма работы лечебно-профилактических учреждений, основными целями которой являются проведение на дому оздоровительных и профилактических мероприятий.

Патронаж беременных — составная часть системы диспансерного наблюдения за беременной женщиной, целью которого является осуществление комплекса мероприятий, направленных на формирование, сохранение и укрепление здоровья матери, предупреждение развития у нее заболеваний и осложнений беременности, раннее их выявление, лечение и обеспечение условий для нормального развития плода.

Женская консультация — амбулаторно-поликлиническое лечебно-профилактическое учреждение, основной задачей которого является амбулаторная и диспансерная помощь женщинам в период беременности и послеродовой период, гинекологическая помощь. Работают по участковому принципу в составе роддомов и перинатальных центров, участковых и районных больниц, могут быть самостоятельными медицинскими учреждениями.

Детская поликлиника — самостоятельная медицинская организация (или структурное подразделение медицинской организации), осуществляющее профилактическую, консультативную, диагностическую и лечебную помощь детям в возрасте до 17 лет 11 месяцев 29 дней, не предусматривающую круглосуточное медицинское наблюдение и лечение.

Аntenатальная охрана плода

Аntenатальная 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, 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.

С момента постановки на учёт беременной в женской консультации, к работе по антенатальной профилактике подключается детская поликлиника. 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 детские поликлиники проводят 3 дородовых патронажа. Первый дородовый патронаж проводится врачом-педиатром и медицинской сестрой педиатрического участка 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 женщин из группы высокого риска по развитию перинатальной патологии.

Особенности проведения первого дородового патронажа

Первый дородовый патронаж проводится медицинской сестрой в среднем на сроке 8-12 недель, результаты патронажного посещения вносятся в специальный бланк, он в последующем клеивается в историю развития ребенка (форма 112/у) и его результаты докладываются участковому педиатру.

Задачи первого патронажа:

- выявление факторов риска (сбор и оценка данных генеалогического, биологического и социального анамнезов);
- прогноз состояния здоровья и развития будущего ребенка (группы риска); проведение прогноза и профилактики гипогалактии;
- информирование беременной о выявленном у будущего ребенка риске;
- подбор рекомендаций по профилактике реализации выявленного риска (санитарно-гигиенические условия, режим дня и питание беременной женщины);
- гигиеническое обучение и воспитание будущих родителей (пропаганда здорового образа жизни, положительный психологический настрой на рождение ребенка, формирование мотивации на длительное грудное вскармливание, посещение занятий в “Школе будущих родителей”);
- определение срока второго дородового патронажа

При первом дородовом патронаже выявляются все неблагоприятные факторы, которые могут негативно повлиять на плод, и составляется план мероприятий по охране плода. Беременная, у которой выявлены факторы риска, ставится на учет для контроля, наблюдения и оказания ей помощи.

Условно выделяют следующие группы риска беременных женщин:

- женщины до 18 лет и первородящие старше 30 лет;
- женщины, имеющие массу тела менее 45 кг или более 91 кг;
- женщины, имеющие свыше 5 беременностей;

- женщины, с угрозой прерывания беременности (имеющие недоношенные или переношенные беременности в анамнезе);
- женщины с многоплодной беременностью;
- женщины с отягощенным акушерским анамнезом (аборты, выкидыши, мертворождения, узкий таз, пороки развития матки, рубцы матки и т. д.);
- женщины с экстрагенитальной патологией (сахарный диабет, бронхиальная астма, хронический пиелонефрит, пороки развития сердца);
- женщины с социальными факторами риска.

Таблица 1

Оценка пренатальных факторов риска

(О.Г. Фролова, Е.И. Николаева, 1980)

Факторы риска	Оценка в баллах
1	2
Социально-биологические факторы	
Возраст матери:	
моложе 20 лет	2
30-34 года	2
35-39 лет	3
40 лет и старше	4
Возраст отца:	
40 лет и более	2
Профессиональные вредности:	
у матери	3
у отца	3

Вредные привычки	
у матери:	
Курение (одна пачка сигарет в день)	1
Злоупотребление алкоголем	2
у отца:	
Злоупотребление алкоголем	2
Эмоциональные нагрузки у матери	2
Рост и масса тела матери:	
Рост 150 см и менее	2
Масса тела на 25% выше нормы	2
Акушерско-гинекологический анамнез	
Паритет (число предшествующих родов):	
4-7	1
8 и более	2
Аборты перед родами у первородящих:	
1	2
2	3
3 и более	4
Аборты в промежутках между родами:	
3 и более	2
Преждевременные роды:	
1	2
2 и более	3
Мертворождение:	
1	3
2 и более	8
Смерть детей в неонатальном периоде:	
одного ребенка	2
двух и более детей	7

Аномалии развития у детей	3
Неврологические нарушения у детей	2
Масса тела доношенных детей менее 2500 г или 4000 г и более	2
Бесплодие:	
2-4 года	2
5 лет и более	4
Рубец на матке после операции	3
Опухоли матки и яичников	3
Истмико-цервикальная недостаточность	2
Пороки развития матки	3
Экстрагенитальные заболевания беременной	
Сердечно-сосудистые:	
Пороки сердца без нарушения кровообращения	3
Пороки сердца с нарушением кровообращения	10
Гипертоническая болезнь I-II-III стадий	2-8-12
Вегетососудистая дистония	2
Заболевания почек:	
До беременности	3
обострение заболевания при беременности	4
Заболевания надпочечников	7
Сахарный диабет	10
сахарный диабет у родственников	1
Заболевания щитовидной железы	7
Анемия (содержание гемоглобина 90-100-110 г/л)	4-2-1
Нарушение свертываемости крови	2
Миопия и другие заболевания глаз	2
Хронические инфекции (туберкулез, бруцеллез, сифилис, токсоплазмоз и др.)	3
Острые инфекции	2

Осложнения беременности	
Выраженный ранний токсикоз беременных	2
Поздний токсикоз беременных:	
водянка	2
нефропатия беременных I-II-III степени	3-5-10
преэклампсия	11
эклампсия	12
Кровотечение в первой и второй половине беременности	3-5
Резус- и АВ0-изосенсибилизация	5-10
Многоводие	4
Маловодие	3
Тазовое предлежание плода	3
Многплодие	3
Переношенная беременность	3
Неправильное положение плода (поперечное, косое)	3
Патологические состояния плода и некоторые показатели нарушения его жизнедеятельности	
Гипотрофия плода	10
Гипоксия плода	4
Содержание эстриола в суточной моче	
менее 4,9 мг в 30 нед. беременности	34
менее 12 мг в 40 нед. беременности	15
Изменение околоплодных вод при амниоскопии	8

При сумме баллов 10 и более - риск перинатальной патологии высокий, при сумме 5-9 баллов - средний, при сумме 4 балла и менее - низкий.

Первый дородовый патронаж беременной проводят в течение 10 дней после получения уведомления о беременной из женской консультации. При первом патронаже акушерка знакомится с бытовыми условиями и санитарным состоянием жилья беременной, по возможности выясняет характер взаимоотношений в семье.

Во время патронажа важно продолжать санитарно-просветительную работу, начатую врачом, рассказать беременной и членам ее семьи о необходимости соблюдения правил личной гигиены, рационального питания, регулярного посещения врача.

При первом дородовом патронаже проводят беседу о значении режима дня и питания беременной для развития плода.

Тезисы беседы:

- питание беременной как необходимый материал для будущего ребенка;
- сбалансированность питания с учетом необходимого количества белков, жиров, углеводов, килокалорий;
- витамины, их важность для организма;
- пребывание на свежем воздухе - антенатальная профилактика рахита;
- положительные эмоции, хорошее настроение - залог рождения здорового ребенка.

После выполнения первого дородового патронажа заполняется бланк-схема:

Приложение 1

■ БЛАНК-СХЕМА первого дородового патронажа

Дата проведения " ____ " _____ 20__ г.

Срок беременности _____ недель. Предполагаемый срок декретного отпуска _____, предполагаемый срок родов _____.

Женская консультация № _____, акушерско-гинекологический участок № _____, взрослая поликлиника № _____, терапевтический участок _____.

Ф.И.О. беременной _____ Возраст _____.

Домашний адрес _____.

Ф.И.О. мужа беременной _____ Возраст _____.

Брак зарегистрирован (да, нет); в разводе; брак первый; повторный

Дети, возраст _____.

Ближайшие родственники беременной женщины (родители, их возраст, профессия, возможная помощь в воспитании ребенка) _____.

Образовательный уровень членов семьи:

образование женщины _____, профессия _____.

место работы _____, проф. вредность _____.

Образование мужа _____, профессия _____.

место работы _____, проф. вредность _____.

Психологический микроклимат семьи:

знают ли родственники о наличии беременности (да, нет) _____;

отношения с мужем _____;

отношения с родителями _____;

наличие у женщины вредных привычек _____;

наличие вредных привычек у ее мужа _____.

Бытовые условия, гигиена жилища _____.

Материальная обеспеченность _____.

Генеалогический анамнез

Состояние здоровья беременной женщины _____, мужа
беременной _____, детей _____, ближай-
ших родственников _____.

Биологический анамнез

Беременность по счету _____, желанная (да, нет). Период между пре-
дыдущими родами и настоящей беременностью один год и менее (да,
нет). Родилось живых детей _____, мертворожденных _____, недоношен-
ных _____, выкидыши _____, медицинские аборты _____. Аномалии
развития детей _____, неврологические нарушения _____, количество
доношенных детей с массой тела менее 2,5 кг _____, более 4 кг _____.

Бесплодие в браке _____ лет, гинекологическая патология: рубец на
матке после операции, опухоли матки и яичников, истмико-цервикальная
недостаточность, пороки развития матки, узкий таз, воспалительные
заболевания.

Течение настоящей беременности

Гестоз, угроза невынашивания, многоводие, патология плаценты, при-
знаки гипоксии плода и пр. _____.

Перенесенные во время беременности заболевания:

острые (срок беременности, лечение) _____;

обострение хронических заболеваний (срок беременности, лечение)

_____;

травмы, операции (срок беременности) _____;

внутриутробные инфекции (срок беременности, лечение) _____

_____;

Контакт с инфекционными больными (перечислить с какими) _____

_____;

Результаты осмотра врачами-специалистами:

акушер-гинеколог _____.

лор _____,
стоматолог _____,
окулист _____,
терапевт _____.
Результаты лабораторных методов исследования _____.
Результаты инструментальных методов исследования _____.
Неблагоприятные условия труда исключены (да, нет).
Питание: кратность приема пищи в сутки, в т. ч. горячей _____,
использование в питании молока, творога, масла, мяса, овощей, фруктов – ежедневно (да, нет).
Аллергические реакции на продукты питания _____.
Соблюдение режима сна, отдыха, прогулок (да, нет), другие факторы риска _____.

Заключение

Беременность по счету _____, срок _____ недель, желанная (да, нет).
Риск перинатальной патологии _____ баллов (высокий, средний, низкий).
Прогноз гипогалактии _____ баллов: неблагоприятный (да, нет).
Группы риска ребенка _____.

Рекомендации:

по режиму дня _____;
по диете (с учетом выявленных нарушений) _____;
рекомендации с учетом выявленных факторов риска _____;

Второй дородовый патронаж _____ (дата), _____ (место проведения).

Ф.И.О. врача _____ Ф.И.О. медсестры _____
Подпись врача _____ Подпись медсестры _____

Примечание. В бланк-схеме фиксируются те состояния, которые имели место в период до первого патронажа, сведения о более поздних указываются в бланках второго (приложение 2) и, возможно, третьего дородового патронажа. Заполненные бланки-схемы общего патронажа вклеиваются в историю развития ребенка (ф. 112/у), которая заводится при его поступлении под наблюдение участкового педиатра. До рождения ребенка бланки хранятся в картотеке дородового патронажа в КЗР.

Особенности проведения второго дородового патронажа

Второй дородовый патронаж согласно Приказу МЗ и СР РФ от 9.02.2007 №102 «О паспорте врачебного участка (педиатрического)» осуществляется в рамках родового сертификата врачом – педиатром в сроки 30-32 недели беременности. Во время него необходимо проверить, как семья подготовлена к появлению ребенка, есть ли все необходимое для ухода за новорожденным. Основные его цели – проверка выполнения данных ранее рекомендаций, повторная оценка факторов риска и подготовка к послеродовому периоду. Особое внимание уделяется посещению беременной школы молодых матерей и занятиям по психопрофилактической подготовке к родам. Также в 32 недели беременности и перед родами патронаж женщин осуществляет средний медицинский персонал детской поликлиники. Врач обязан проследить за своевременной передачей сведений о взятых на учет беременных в районную детскую поликлинику.

Задачами второго патронажа являются:

- переоценка факторов и направленности риска (получение информации о течении беременности, перенесенных заболеваниях, применении медикаментов, изменении условий труда, быта, уточнение предполагаемого срока родов);
- контроль выполнения предшествующих назначений и их эффективности;
- проведение повторного прогноза гипогалактии и ее профилактика;
- коррекция рекомендаций в соответствии с выявленным риском; гигиеническое обучение и воспитание будущих родителей (подготовка молочных желез к лактации, подготовка семьи к встрече новорожденного).

При возникновении показаний экстренная или плановая госпитализация беременной является главной задачей врача женской консультации.

Также проводят беседу о поведении новорожденного ребенка, его вскармливании и развитии.

Инструктаж включает такие вопросы, как:

- 1) грудное вскармливание (преимущества перед искусственным вскармливанием);
- 2) организация зоны для обслуживания ребенка;
- 3) приобретение приданого для новорожденного;
- 4) приобретение аптечки для матери и ребенка, в которой должны быть: стерильная вата и бинты, детская присыпка и крем, калия перманганат, 5 %-ный раствор йода, фурацилин в таблетках, вазелиновое масло, 1 %-ный водный раствор бриллиантового зеленого, резиновая грелка, детская клизма № 3, газоотводная трубка, термометр для измерения температуры тела и водяной термометр, пипетки;
- 5) информация о телефонах поликлиники и педиатрической неотложной помощи;
- 6) беседы с будущей мамой и другими членами семьи, подготавливающие к рождению ребенка.

После выполнения второго дородового патронажа заполняется бланк-схема:

_____ Приложение 2

■ БЛАНК-СХЕМА второго дородового патронажа

Ф.И.О. женщины _____.
Дата патронажа _____, срок беременности _____.
Факторы риска перинатальной патологии, выявленные в течение беременности _____.
Степень риска антенатальной патологии (в баллах) _____.
Выполнение мероприятий, рекомендованных педиатром при первом осмотре _____.
Изменение условий труда _____.
Изменение условий быта _____.
Соблюдение правильного режима сна (да, нет).
Режим питания беременной _____.

Мероприятия по оздоровлению: получала диетпитание, находилась в профилактории, санатории, в терапевтическом стационаре, отделении патологии беременных, профилактика рахита, анемии (нужное подчеркнуть).

Санация очагов инфекции _____.

Проведение подготовки сосков (да, нет).

Санитарно-гигиеническое состояние помещений _____.

Подготовка к принятию новорожденного _____.

Заключение

Риск перинатальной патологии _____ баллов (высокий, средний, низкий).

Прогноз гипогалактии _____ баллов: неблагоприятный (да, нет), группы риска ребенка _____.

Рекомендации: _____.

Ф.И.О. врача _____ Ф.И.О. медсестры _____

Подпись врача _____ Подпись медсестры _____

Цель проведения третьего дородового патронажа

Третий врачебный дородовый патронаж проводится на сроке 37-38 недель беременности, как правило, для женщин из группы высокого риска по развитию перинатальной патологии. Его проводит участковый педиатр. Показаниями к выполнению этого патронажа считают тяжелую соматическую патологию беременной, неблагополучный акушерский анамнез, тяжелый токсикоз беременной, а также неблагоприятные социально-бытовые условия. О подобных пациентках в детскую поликлинику сообщает старшая медицинская сестра женской консультации. Кроме того, показания к третьему дородовому патронажу формируют на основании изучения предыдущих дородовых патронажей, выполненных участковой медицинской сестрой. Третий дородовой патронаж выполняют по индивидуальной для каждого случая схеме.

Роль медицинского персонала при проведении дородовых патронажей

Работа врача-педиатра и медицинской сестры педиатрического участка состоит в знакомстве с будущей матерью, выяснении 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 по профилактике факторов риска, а в последующем ведется контроль над выполнением предшествующих назначений и их эффективности.

Проводится обучение беременной по подготовке молочных желез к лактации, пропагандируются преимущества грудного вскармливания. Даются советы по приобретению белья, предметов ухода за ребенком и составлению аптечки. Участковый педиатр должен убедить беременную женщину в необходимости посещения кабинета здорового ребенка детской поликлиники, где проводятся занятия по правилам ухода за новорожденным и психопрофилактической подготовке к родам.

Также немаловажным фактором в работе медицинского персонала детской поликлиники является пропаганда здорового образа жизни, положительный психологический настрой на рождение ребенка.

Собственное исследование

Показателем уровня и качества проводимых в детской поликлинике антенатальных мероприятий по охране плода и новорожденного является охват дородовым патронажем беременных.

В ГУЗ «Детской поликлинике №6» на 18 участке за 2017 год поступило под наблюдение 48 новорожденных, при этом было проведено 27 первых дородовых патронажей, что составило 56%, и 31 вторых дородовых патронажей, 65%. Третьих дородовых патронажей не проводилось.

При первом патронаже выявлено:

- в группе социального риска 3 беременных, что составляет 11%;
- в группе риска по ЖДА 8 беременных, что составляет 30%;
- в группе риска по СД 2 беременных, что составляет 7%;
- в группе риска по ГБ 3 беременных, что составляет 11%;
- в группе риска по инфекционным заболеваниям органов малого таза 5 беременных, что составляет 19%.

Учитывая эти группы риска, беременные были информированы о наличии факторов риска, а так же о прогнозе течения текущей беременности. Участковым педиатром были даны рекомендации по лечению ЖДА, СД, ГБ и профилактике обострения хронических заболеваний, в том числе инфекционных, приглашение в КИЗ. Проводились беседы, пропагандирующие здоровый образ жизни, положительный психологический настрой на рождение ребенка в семье; направленные на рекомендации по улучшению санитарно-гигиенических условий, режима дня и питания беременных и преимущества грудного вскармливания перед искусственным.

На втором патронаже выявлено:

- в группе социального риска 3 беременных, что составляет 10%;
- в группе риска по ЖДА 2 беременных, что составляет 6%;
- в группе риска по СД 1 беременная, что составляет 3%;
- в группе риска по ГБ 4 беременных, что составляет 13%;

- в группе риска по инфекционным заболеваниям органов малого таза 3 беременных, что составляет 10%.

Во время выполнения второго дородового патронажа участковый педиатр проконтролировал выполнения беременными предшествующих назначений и рекомендаций, а также скорректировал рекомендации в соответствии с выявленными рисками. Участковым педиатром были даны рекомендации по лечению ЖДА, СД, ГБ и профилактике обострения хронических заболеваний, беременные из группы риска по инфекционным заболеваниям были приглашены в КИЗ. Проводилось гигиеническое обучение и воспитание будущих родителей (подготовке молочных желез к лактации, организации зоны для обслуживания новорожденного, приобретении необходимой мебели, белья, одежды, аптечки для матери и ребенка). Особое внимание уделялось контролю за посещением беременными школы молодых матерей.

Данные о дородовых патронажах оформлялись на листах-вкладышах, которые в последующем были вклеены в историю развития ребенка (ф. № 112/у).

Выводы

Дородовые патронажи в настоящее время стали неотъемлемой частью работы 18 участка ГУЗ «Детской поликлиники №6» по антенатальной охране плода и новорожденного. Охват первым дородовым патронажем за 2017 г. составил 56%, охват вторым дородовым патронажем – 65%. На основании этих данных, можно сделать вывод о низком уровне преемственности работы ЖК ГУЗ «Поликлиники №4» и ГУЗ «ДП №6».

Необходимо помнить, что педиатр получает сведения о женщинах, взятых на учет по беременности, по формам 113/у от женской консультации, после чего составляет прогноз состояния здоровья будущего ребенка, дает рекомендации беременной женщине по дообследованию и профилактике рождения ребенка с отклонениями в состоянии здоровья и, в свою очередь, сообщает в женскую консультацию сведения о степени выявленного риска для здоровья ребенка.

К факторам риска, относят экстрагенитальные заболевания будущей матери, такие как сахарный диабет, железо-дефицитную анемию, гипертоническую болезнь; социальные факторы: профессиональные вредности и алкоголизм родителей; острые и хронические инфекционные заболевания, т.е. факторы, на основании которых детей будут распределять по группам здоровья.

Анализ данных по перечисленным факторам позволяет участковому педиатру воздействовать на состояние здоровья будущего ребенка путем разработки комплекса врачебных мероприятий, направленных на уменьшение вредного воздействия факторов риска и достижение в дальнейшем детьми более высокого уровня здоровья.

Список литературы

1. Поликлиническая педиатрия: учебник / под ред. А.С. Калмыковой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Руководство по амбулаторно – поликлинической педиатрии / Под ред. А.А. Баранова. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2014.- 608с.
3. Справочник участкового педиатра: диспансеризация детского населения / М.Ф. Рзянкина. В.П. Молочный, Е.В. Бережанская. – Ростов н/Д: Феникс, 2015. 446с.
4. Руководство по практическим умениям педиатра / Л.Ю. Барычева и др.; под ред. В.О. Быкова. – Изд. 2 –е, перераб. и доп. – ростов н/Д: Феникс, 2016. – 574с. бил. – (Медицина).
5. Педиатрия: национальное руководство: в 2-х т. / ред. [А. А. Баранов]. - М.: ГЭОТАР - Медиа. - Т. 1. - 2016. - 1024 с.

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 6 группы

Кузнецова Валерия Вячеславовна

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