

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

Устама
Накатов В
В

Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему

“ Организация диспансерного наблюдения детей с заболеваниями почек”

Выполнил: студент 5 курса 7 группы

педиатрического факультета

Накатов Рустам Сергеевич

Волгоград 2018г.

Содержание:

1. Введение
2. Цель научно-исследовательской работы
3. Задачи научно-исследовательской работы
4. Основные определения и понятия
5. Теоретическая часть научно-исследовательской работы
6. Роль врача в организации диспансерного наблюдения детей с заболеваниями почек
7. Собственное исследование.
8. Вывод
9. Список литературы

1. Введение

Диспансерное наблюдение за детьми с заболеваниями почек представляет собой один из важнейших этапов наблюдения за больными. Необходимым условием успеха является преемственность в обследовании и лечении больных в стационаре, поликлинике, санатории.

Задача диспансеризации в поликлинике при болезнях почек заключается в продолжении лечения, рекомендованного стационаром, сезонной профилактике, лечении в период интеркуррентных заболеваний, выявлении и санации очагов хронической инфекции, лечении в случае обострения хронического процесса.

При каждом диспансерном осмотре ребенка обращают внимание на симптомы интоксикации, уровень АД, отеки; при этом учитывают жалобы больного, данные лабораторных исследований.

Диспансерному наблюдению подлежат больные:

- пиелонефритами;
- гломерулонефритами;
- дети с дисметаболическими нефропатиями.

2. Цель научно-исследовательской работы:

Основной целью моей научно-исследовательской работы является: провести анализ эффективности диспансеризации детей с заболеваниями почек ГУЗ « Детской клинической поликлинике №31»

3. Задачи научно-исследовательской работы:

- 1) Собрать данные о количестве детей с заболеваниями почек на данном участке
- 2) Собрать данные об организации амбулаторного наблюдения детей с заболеваниями почек на данном участке
- 3) Узнать роль врача в ходе амбулаторного наблюдения за детьми с заболеваниями почек на данном участке
- 4) Выяснить насколько эффективно помогает организация амбулаторного наблюдения на участке в профилактике и раннем выявлении заболеваний почек

4. Основные определения и понятия:

Диспансерное наблюдение – это активное наблюдение за состоянием здоровья лица, находящегося на диспансерном учете, предусматривающая проведение врачебного осмотра и спец. обследования, с периодичностью, зависящая от характера заболевания и уровня компенсации нарушений здоровья у данного лица или от особенностей условий его труда.

Пиелонефрит – это воспаление почек, при котором поражается их чашечно-лоханочная система и внешняя оболочка (паренхима).

Гломерулонефрит – воспаление гломерул (клубочков) почек аутоиммунного или инфекционно-аллергического характера, которое проявляется отеками, повышением артериального давления, снижением выделения мочи.

Дисметаболическая нефропатия – подразумевает несколько видов заболеваний почек, образующихся и развивающихся вследствие понижения интенсивности обменных процессов организма.

5. Теоретическая часть научно-исследовательской работы

Диспансерное наблюдение за детьми с пиелонефритом. Пиелонефрит - неспецифический бактериально-воспалительный процесс в чашечно-лоханочной системе и тубулоинтерстициальной ткани почек, который клинически проявляется как инфекционное заболевание, особенно у детей раннего возраста, характеризующийся лейкоцитурией, бактериурией и нарушением функционального состояния почек. Несмотря на то что пиелонефрит является одним из частых заболеваний детей, он не всегда диагностируется своевременно, нередко плохо поддается лечению, имеет склонность к хронизации. Особенно часто не диагностируется острый пиелонефрит, так как он нередко протекает без выраженных местных клинических признаков и на ранних стадиях болезни без лейкоцитурии, на которую обычно ориентируется врач.

Острый пиелонефрит характеризуется острой стадией болезни, сменяющейся периодом обратного развития симптомов и полной клинико-лабораторной ремиссией. Хронический пиелонефрит чаще диагностируют у детей с нарушением пассажа мочи, он характеризуется сохранением признаков болезни не менее 6 месяцев от ее начала или наличием в этот период не менее 2 рецидивов. Хронический латентный пиелонефрит характеризуется тем, что процесс в почках протекает без клинических признаков с постоянными или периодическими изменениями мочевого осадка. О

выздоровлении при остром и хроническом пиелонефрите можно говорить при сохранении полной клинико-лабораторной ремиссии в течение не менее 3 лет.

Показания для госпитализации: наличие выраженной интоксикации и лихорадки, выраженный болевой синдром, нарушение функции почек, повышение АД, отсутствие эффекта от проводимого амбулаторно лечения.

Частота осмотров: педиатр — ежемесячно в течение первого года, далее 1 раз в 3 месяца, нефролог 1 раз в 3 месяца в течение года, далее 1 раз в 6 месяцев, стоматолог и ЛОР-врач 2 раза в год. Консультации других специалистов проводятся по показаниям. Методы обследования: анализы мочи 1 раз в 2 недели в течение 6 месяцев, далее 1 раз в месяц в течение года, затем 1 раз в 3 месяца; посевы мочи на флору одновременно с общими анализами мочи с такой же частотой; анализы мочи по Нечипоренко, Каковскому-Аддису и определение степени бактериурии перед каждым осмотром педиатра; биохимические исследования (мочевина, креатинин) исследуются 1 раз в 6 месяцев, общий белок и его фракции — по показаниям. Проба по Зимницкому, УЗИ почек проводят 2 раза в год, рентгенологическое обследование при постановке диагноза и далее по показаниям

При рецидивирующем и латентном течении пиелонефрита показано рентгеноурологическое и в некоторых случаях — радиоизотопное обследование больного.

Противорецидивное лечение (по показаниям) следует проводить по рекомендации стационара, обычно в течение 6 мес после обострения. После выписки из стационара по 10 дней каждого месяца назначают antimicrobные препараты (нитрофурановые, 5-НОК, нигроксолин, би-септол), затем 20 дней каждого месяца фитотерапия. Далее, при благополучном течении заболевания назначают противорецидивное лечение каждой осенью и весной по 4-6 нед в течение всего периода диспансерного

наблюдения. При сохранении изменений в моче более 2 недель целесообразно обследование в специализированном отделении с обязательным проведением экскреторной урографии.

Важным условием лечения является обеспечение регулярного оттока мочи (мочеиспускание не реже 1 раз в 3 ч) и функционирование кишечника. Для нормализации функции кишечника больным рекомендуется есть простоквашу, кефир, чернослив, абрикосы, курагу. При длительной антибактериальной терапии следует проводить профилактику дисбактериоза — назначают бифидумбактерин, лактобактерин, мезеформ и др. В плане реабилитации больных тубулярными инфекциями применяют лекарственные травы в виде отваров и настоев, иногда как дополнение к антибактериальной терапии. При проведении фитотерапии следует учитывать противовоспалительное действие трав (толокнянка, чистотел, зверобой, ромашка), способность усиливать регенерацию эпителия (шиповник, бессмертник, брусничный лист) или оказывать мочегонное действие (петрушка, толокнянка, березовые почки).

Из физиотерапевтических процедур при хроническом пиелонефрите применяют: УВЧ, электрофорез с кальцием на область почек. Санаторно-курортное лечение осуществляют на курортах Пятигорска, Железноводска, Трускавца.

При возникновении у ребенка любых интеркуррентных заболеваний необходимо назначить противорецидивное лечение и использовать antimicrobные средства с учетом анамнеза и преморбидного фона, реактивности организма, а также наличия хронических очагов инфекции.

Критериями восстановительного лечения служат отсутствие клинических проявлений болезни; исчезновение лейкоцитурии и бактериурии; нормализация функции почек по данным лабораторных исследований.

Допуск в детские коллективы разрешен не ранее 3 недель после стихания обострения. Санаторно-курортное лечение в местных санаториях используется как второй этап лечения, на бальнеологические курорты дети направляются через 6-12 месяцев после обострения.

При повторных рецидивах со стойкими изменениями в моче освобождение от переводных экзаменов постоянно, после обострения без стойких изменений в моче на 2 мес. Выпускные экзамены проводят по щадящей методике.

От занятий физкультурой дети освобождаются на 1 год, далее рекомендуют занятия в специальной группе, затем постоянно в подготовительной группе. Инвалидность назначают при стойко выраженном нарушении функции почек и высокой активности процесса от 6 месяцев до 2 лет, при хронической почечной недостаточности — до достижения 18 лет.

О выздоровлении переболевших острым пиелонефритом можно говорить в том случае, если на протяжении не менее 6-12 месяцев многократные, систематические исследования дают стойко отрицательные результаты. Больной снимается с учета через 5 лет при полной клинико-лабораторной ремиссии; при хроническом пиелонефрите не снимается до перевода во взрослую поликлинику. Группа здоровья III—V.

Диспансерное наблюдение за детьми с гломерулонефритом. Гломерулонефрит - инфекционно-аллергическое заболевание, в развитии которого существенную роль играют заболевания микробного и вирусного характера, а также аутоиммунные процессы в организме ребенка. По форме различают острый, хронический, подострый и злокачественный гломерулонефрит. Активность почечного процесса определяется совокупностью клинических симптомов, данными биохимических и иммунологических исследований.

В диспансерном наблюдении нуждаются все дети с диагнозом «гломерулонефрит», выписанные из стационара или лечившиеся на дому.

В течение первой недели после выписки из стационара ребенок должен быть осмотрен участковым педиатром с измерением АД.

Частота осмотров: педиатр 1 раз в 2 недели в течение 3 месяцев, далее 1 раз в месяц в течение первого года наблюдения, затем 1 раз в 3 месяца в течение 3 лет, далее 2 раза в год. Нефролог осматривает ребенка 1 раз в месяц в течение 3 месяцев, далее 1 раз в 3 месяца в течение первого года наблюдения, далее 1 раз в 6 месяцев в течение 3 лет, далее 1 раз в год. Стоматолог, офтальмолог и ЛОР-врач осматривают ребенка 2 раза в год, другие специалисты по показаниям. Методы обследования: анализы мочи общие, анализы мочи по Нечипоренко (Каковскому-Аддису), измерение АД перед каждым осмотром педиатра. Анализы мочи по Зимницкому 1 раз в 3 мес. Биохимический анализ крови 1 раз в 6 месяцев (мочевина, креатинин, холестерин, протеинограмма и др.). УЗИ почек, ЭКГ — 2 раза в год. Анализы крови общие, кал на яйца глистов 2 раза в год, другие исследования по показаниям.

При наличии в поликлинике нефрологического кабинета и возможности биохимического контроля состояния больных лечение нетяжелых рецидивов может осуществляться в поликлинике, в домашних условиях. Если больной с острым гломерулонефритом выписан из стационара с клинической ремиссией при наличии небольшой протеинурии и микрогематурии, ему проводится курс витаминотерапии, назначается электрофорез с никотиновой кислотой на область почек, фитотерапия — на 2-3 месяца. При сохранении протеинурии и микрогематурии назначаются препараты аминохинолинового ряда — делагил, плаквенил на 3-9 мес, при обязательной консультации окулиста 1 раз в месяц. Противорецидивное лечение при хроническом гломерулонефрите включает режим, диету, фитотерапию. Медикаментозные средства (гормоны,

ци-тостатики, антиагреганты) назначаются индивидуально по рекомендации стационара.

Во время присоединения интеркуррентных заболеваний назначают антибиотики, десенсибилизирующие препараты в течение 10-14 дней. Детям, получающим гормоны, доза преднизолона увеличивается, и прерывистый курс заменяется ежедневным приемом глюкокортикоидов. После выздоровления от интеркуррентных заболеваний необходимо сделать анализ мочи для выявления возможного рецидива.

Особое значение имеют мероприятия, направленные на санацию хронических очагов инфекции. Детям с хроническим тонзиллитом показана тонзилэктомия в состоянии клинико-лабораторной ремиссии. Перед тонзилэктомией проводят биохимические исследования, анализы крови и мочи. В день операции и на протяжении 7-10 дней после нее детям, ранее получавшим гормональные препараты, назначают преднизолон в утренние часы (15-25 мг), остальным детям — десенсибилизирующие средства.

В комплексном лечении гломерулонефрита применяют санаторно-курортное лечение, которое лучше использовать сразу после стационарного — в санаториях местного значения. Основным для санаторного лечения является использование природных климатических факторов: аэротерапии, тренирующих физических режимов и упражнений. Климатотерапия имеет профилактическое значение, уменьшает частоту рецидивов заболевания при волнообразном течении. Дети могут быть направлены в почечные санатории и при наличии затяжного или волнообразного течения гломерулонефрита в стадии ремиссии. Возможно направление больных на санаторное лечение даже при наличии остаточного мочевого синдрома. Противопоказанием служит активный воспалительный процесс, а также нарушение функции почек II-III степени. Санаторно-курортное лечение в другой климатической зоне разрешается не ранее 12 месяцев после обострения.

Критериями эффективности восстановительного лечения гломерулонефритов являются:

1. ликвидация экстраренальных симптомов болезни;
2. нормализация мочи или наличие транзиторной микрогематурии и протеинурии в течение 1-2 лет от наступления клинической ремиссии
3. ликвидация обменных нарушений (диспротеинемии, гиперлипидемии);
4. нормализация анализов крови;
5. нормализация функционального состояния почек.

Освобождение от занятий физкультурой на 1 год, далее специальная группа 6 мес, далее в подготовительной группе постоянно. Освобождение от переводных экзаменов после острого гломерулонефрита на 6 месяце после выписки из стационара, при хроническом гломерулонефрите с частыми обострениями постоянно. Выпускные экзамены проводят по щадящей методике.

Инвалидность определяется при стойком выраженном нарушении функции почек и высокой активности процесса длительностью от 6 месяцев до 2 лет; при хронической почечной недостаточности — до достижения 18 лет. Группа здоровья III—V.

Диспансерное наблюдение продолжают 5 лет при всех формах острогогломерулонефрита и полностью нормализовавшихся анализах крови и мочи. Больные с хроническимгломерулонефритом наблюдаются до перевода во взрослую поликлинику. Группа здоровья III-V.

Диспансерное наблюдение за детьми с дисметаболическими нефропатиями. Дисметаболические нефропатии — большая группа заболеваний, проявляющихся обменными и водно-электролитными нарушениями. Определяющей в патогенезе этих многочисленных

заболеваний является семейная нестабильность цитомембран С выделением этой группы заболеваний почек в отдельную внесены коррективы не только в выбор терапевтической тактики, но и в их диспансеризацию.

Частота осмотров педиатром- ежемесячно в течение первого года наблюдения, далее 1 раз в 3 месяца, нефрологом 2 раза в год, урологом 1 раз в 2 года, другими специалистами по показаниям. Методы обследования: анализ мочи ежемесячно, желательно с определением морфологии мочевого осадка, проба по Зимницкому, определение суточной экскреции солей и уровня этих показателей в крови, исследование антикристалло-образующей способности мочи, исследование показателей перекисного окисления липидов, УЗИ почек, пробы функционального состояния почек, биохимические исследования (аммиак, титруемые кислоты суточной мочи, активность фосфолипазы, щелочной фосфатазы, лактат-дегидрогеназы, креатинкиназы) 2 раза в год. При показаниях — рентгенологическое обследование.

В зависимости от вида дисметаболизма проводятся исследования:

1. при гипероксалурии — суточная экскреция оксалатов с мочой, фосфор крови и мочи, экскреция с мочой кальция, аммиака, титруемых кислот, калия, натрия, мочевой кислоты, глицина, экскреция форменных элементов крови;
2. при уратурии — суточная экскреция мочевой кислоты, оксалатов, кальция, титруемых кислот, форменных элементов крови, рН мочи, глицин крови и мочи;
3. при фосфатурии — определение фосфора, кальция в крови и моче, титруемых кислот, суточной экскреции форменных элементов крови.

Противорецидивное лечение проводится 2-3 раза в год курсами по 2-3 недели. Необходимым этапом комплексной терапии нефропатий обменного генеза является дифференцированная диетотерапия. При нарушении обмена щавелевой кислоты запрещают листовые супы (щавель, петрушка, кинза, сельдерей, салат, шпинат), крепкие мясные бульоны, уху, грибы и грибные супы, какао, шоколад, крепкий чай, красную смородину, отвар шиповника. Ограничивают молоко, кефир, творог, фасоль, морковь, помидоры, томатную пасту, жареную рыбу. Рекомендуются капустно-картофельная диета 2-3 недели каждого месяца, супы и борщи вегетарианские с отварным мясом, рисом, сливочное, растительное масло, сметана, мед, фрукты (груши, яблоки, абрикосы и др.), соки, компоты. При нарушении обмена мочевой кислоты ограничиваются мозги, печень, почки, мясные, грибные и рыбные бульоны, жареное мясо, сельдь, горох, фасоль, кофе, какао, крепкий чай. Рекомендуются молочно-растительная диета, супы и борщи вегетарианские с отварным мясом, блюда из круп, вермишели, яйца, молоко, молочные продукты, белый хлеб, фрукты, соки, компоты. Показано употребление большого количества жидкости, особенно в вечернее время.

Один раз в 3 месяца рекомендуется проводить курс лечения минеральными водами Ессентуки № 4, № 17, Смирновская, Славяновская, Боржоми по 100-150 мл 3 раза в день за 30 мин до еды в слегка подогретом виде.

Терапия включает ингибиторы реабсорбции солей при их идентификации, витамины, адсорбенты в зависимости от типа салурии. При оксалурии назначают окись магния, большие дозы витамина В6 (100 мг/сутки 2-4 недели), бензоат натрия; в качестве антиоксидантов применяют витамины А, Е; как активаторы интермедиарного обмена — АТФ, кокарбоксылазу, витамин Вj. При уратурии назначают цитрат-ные смеси, пиперазинаадипат по 0,2 2-3 раза в день, милурит, витамины А, Е, уриколитики (оротовая кислота, урикозим), урикозурические препараты (сульфинпиразон,

этебенецид, магурлит, блемарен, солуран), противовоспалительные средства (бензиодарон, бензобрамарон), фитотерапия.

Ограничений физических нагрузок при отсутствии уролитиаза нет.

Диспансерное наблюдение до перевода во взрослую поликлинику. Группа здоровья II—IV.

Проф. ориентация детей с заболеваниями почек. Решение вопросов проф. ориентации должно осуществляться участковым педиатром совместно с нефрологом и педагогом. При этом учитывается характер патологического процесса, функциональное состояние почек, физическое развитие подростка, его склонности и особенности характера.

При хронических нефритах, врожденных аномалиях почек (поликистоз, добавочная почка, нефроптоз, гетеронефроз), почечно-каменной болезни и других поражениях с сохраненной функцией почек или явлениями неустойчивой компенсации противопоказаны значительное и умеренное физическое и нервно-психическое напряжение, неблагоприятные метеоро- и микроклиматические факторы, вибрация, невозможность соблюдения режима питания, предписанный темп работы. Запрещаются работы, связанные с пребыванием на открытом воздухе, ветре, сквозняке.

Неблагоприятное воздействие оказывают все виды работ, при которых приходится выдерживать большие физические нагрузки и необходимо длительное вынужденное положение тела. Должны быть исключены профессии, когда приходится иметь дело с токсическими веществами, красками и другими факторами, вызывающими аллергические реакции.

6. Роль врача в организации диспансерного наблюдения детей с заболеваниями почек.

Роль врача в организации диспансеризации детей с заболеваниями почек на участке очень важна.

Педиатр должен соблюдать принципы организации диспансеризации наблюдения за детьми с заболеваниями почек:

1. этапность наблюдения в поликлинике
2. согласованность в решении вопросов диагностики и прогноза с медицинским генетиком (при наличии в семье заболеваний почек, обменных нарушений, патологии сердечно-сосудистой системы)
3. преемственность проведения консервативной и заместительной терапии при ХПН

Нужно объяснить важность своевременного осмотра у специалистов для того, чтобы улучшить состояние или предотвратить развития заболевания.

При пиелонефрите:

Осмотр специалистами, методы обследования	Кратность наблюдения на первом году
Педиатр	1 раз в 3 мес. в течение 2 лет, затем - 1 раз в 6 мес.
нефролог	1 раз в 6 мес.
уролог	по показаниям
Окулист	1 раз в 6 мес.
ЛОР	1 раз в 6 мес.
стоматолог	1 раз в 6 мес.
ОАК	1 раз в 6 мес.
ОАМ и по Нечипоренко	1 раз в 2-3 мес.
Биохимическое	1 раз в год, по показаниям -

исследование крови чаще.
проба по Зимницкому 1 раз в 6 мес.
УЗИ почек По показаниям

При гломерулонефрите:

Осмотр

специалистами,

методы

обследования

Кратность наблюдения

1-й год - 1 раз в месяц. В период
полной клинико-лабораторной

Педиатр

ремиссии - 1 раз в 2-3 месяца, затем - 1
раз в 6 месяцев. При снижении
почечных функций - ежемесячно.

нефролог

1-й год - 1 раз в месяц. В период
полной клинико-лабораторной
ремиссии - 1 раз в 6 мес.

Окулист

2 раза в год

ЛОР

2 раза в год

стоматолог

2 раза в год

ОАК

в периоде неполной клинико-
лабораторной ремиссии - 1-2 раза в
квартал, далее - 1 раз в 3-6 месяцев.

ОАМ

в периоде неполной клинико-
лабораторной ремиссии 1-2 раза в

месяц, далее 1 раз в 1-3 месяца; при всех интеркуррентных заболеваниях - в период разгара и через 10-14 дней после выздоровления.

Суточная моча на белок при нефротическом и смешанном варианте при активности - 1-2 раза в неделю, при ремиссии - 1 раз в месяц.
При всех интеркуррентных заболеваниях - в период разгара и через 10-14 дней после выздоровления.

Биохимическое исследование крови (мочевина, креатинин, холестерин, протенинграмма, ионограмма) 1 раз в 6-12 месяцев.

проба по Зимницкому 2 раза в год

Посев мочи на ВК 1 раз в год

УЗИ почек 1-2- раза в год

7. Собственное исследование.

На базе ГУЗ “Детской клинической поликлинике №31” было проведено исследование об организации диспансеризации детей с заболеваниями почек на участке №10. Всего на участке записано 947 детей, из них 1,5% составляют дети с заболеваниями почек.

Подсчитывал количество принятых детей в день, и к каким возрастным группам они относятся. Далее начинал опрос родителей и детей, пытаюсь узнать, что их беспокоит, а так же наличие в семье случаев заболевания касающихся почекесли это первичный прием, а если вторичный, то помимо этого оценивал эффективность терапии и стоит ли ее сменить.

После опроса начинал осмотр детей: рост, вес, температуру тела, окружность головы, окружность грудной клетки. Также оценивал мочевыделительную мышечную, костную, дыхательную, нервную системы.Обращал внимание на характерную симптоматику. Проводил объективный осмотр на наличие положительного симптома Пастернацкого. При пальпации видимых изменений не обнаружил. При перкуссии симптом поколачивания – отрицательный. Назначил дополнительные методы обследования: ОАМ, АОК, УЗИ почек, экскреторную урографию, КТ.

8. Вывод:

За время прохождения практики в ГУЗ “Детской клинической поликлинике №31” изучил данные об организации диспансерного наблюдения за детьми с заболеваниями на участке №10. Проводил осмотр детей с заболеваниями почки оценил насколько важно уметь правильно диагностировать заболевание на ранних этапах развития, так как благодаря этому можно предупредить развитие заболевания и ухудшения качества жизни, а также вовремя назначить правильную терапию.

9.Список литературы:

1. Поликлиническая педиатрия: учебник / под ред. А.С. Калмыковой.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
2. Руководство по амбулаторно – поликлинической педиатрии /Под ред. А.А. Баранова.М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007.- 608с.
3. Амбулаторно-поликлиническая педиатрия: учебное пособие / под ред. В.А. Доскина.-М.: МИА, 2008 – 464с.
4. Детские болезни: в 2 т.: учебник / под ред. Шабалов Н.П. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009– 975с.
5. Педиатрия: национальное руководство: в 2 т. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009 – Т.1.-1024с. – (Серия «Национальные руководства»)
6. Поликлиническая педиатрия / под ред. В.Н. Чернышова. – М.: ГОУ ВУНМЦ, 2007 –335с.

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 7 группы

Накатов Рустам Сергеевич

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведённого анализа выявлены непринципиальные недостатки.

Все разделы отражают вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует низкое знание современного состояния изучаемой проблемы.

Обзор литературы основан на анализе нескольких литературных источников, отражает актуальные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на низкий уровень знаний автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы. Сформулированные выводы вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым языком, материалы изложены несвязно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал недостаточно обширен.

Выводы соответствуют полученным результатам, анализ недостаточно глубокий.

Работа представляет собой завершенное научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова