

ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет

Г/Бали
Телиякова ОВ
②

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему:

«Организация диспансерного наблюдения детей с
заболеваниями почек»

Работу выполнил:

Студент 5 курса 11 группы

Педиатрического факультета

Смирнова А.П.

Волгоград, 2018 г

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Цель	3
Задачи	3
Основные определения и понятия	4
Теоретическая часть.....	4
Роль медицинского персонала	16
Собственное исследование	16
Выводы.....	19
Список литературы.....	20

ВВЕДЕНИЕ

Болезни мочевой системы занимают одно из ведущих мест в структуре хронических заболеваний у детей. В последние годы в ряде регионов отмечается тенденция к увеличению распространенности этой патологии. В различных регионах России этот показатель колеблется от 54 до 87 на 1000 детей.

Актуальность темы обусловлена высокой распространенностью заболеваний почек и мочевыделительной системы (МВС) у детей и подростков; важностью своевременного выявления и дифференциальной диагностики заболеваний МВС различного генеза и проведения адекватной терапии; значительным влиянием данной патологии на качество жизни детей и подростков, а в дальнейшем – взрослых.

ЦЕЛЬ

Изучить и освоить алгоритм диспансерного наблюдения за детьми с патологией почек и мочевыделительной системы в амбулаторно – поликлинических условиях.

ЗАДАЧИ

1. Уметь выделять группы риска по формированию патологии ОМС.
2. Уметь назначить и оценить результаты дополнительных методов обследования (лабораторных и инструментальных).
3. Уметь составить план диспансерного наблюдения ребенку с патологией почек и мочевыводящей системы
4. Использовать деонтологические навыки общения с больным ребёнком и его родственниками. Проводить работу по санитарному просвещению и формированию принципов здорового образа жизни в

ОСНОВНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ПОНЯТИЯ

Пиелонефрит – это неспецифическое воспалительное заболевание почек бактериальной этиологии, характеризующееся поражением почечной лоханки (пиелит), чашечек и паренхимы почки.

Цистит – это неспецифическое воспалительное заболевание мочевого пузыря бактериальной этиологии.

Гломерулонефрит – это неспецифическое иммунно-воспалительное, циклически протекающее, заболевание почек бактериальной этиологии, характеризующееся поражением гломерулярного (клубочкового) аппарата почек.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Факторы риска развития пиелонефрита у детей подразделяются на:

I. Эндогенные:

Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез и патологическое течение беременности (выкидыши, аборты, недоношенность в анамнезе, хронические заболевания мочевыделительной системы (МВС) у беременной, гестозы, хроническая гипоксия плода, внутриутробные инфекции и др.).

Факторы, способствующие формированию пороков развития МВС (наличие профессиональных вредностей у родителей и экологически неблагоприятный фон места проживания, вредные привычки родителей).

Отягощенная наследственность по патологии МВС.

Аномалии конституции (диатезы).

Перинатальная патология центральной нервной системы в анамнезе, приводящая в ряде случаев к формированию дискинезии мочевыводящих

путей (в т. ч. к пузырно-мочеточниковому рефлюксу, нейрогенной дисфункции мочевого пузыря, энурезу и т. д.).

II. Экзогенные:

Частые острые респираторные вирусные инфекции, острые респираторные инфекции, хронические инфекции ЛОР-органов.

Рецидивирующие кишечные инфекции, дисбактериоз.

Функциональные и органические нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта.

Глистные инвазии, особенно энтеробиоз.

Неправильное питание (высокая белковая нагрузка на первом году жизни).

Применение нефротоксических лекарственных препаратов.

Переохлаждение.

Кратность и длительность наблюдения.

После перенесенного острого первичного пиелонефрита дети подлежат наблюдению в течение 5 лет. После острого вторичного пиелонефрита — до передачи во взрослую поликлинику.

Кратность осмотров педиатром: 1-й год наблюдения — в первые 3 месяца после купирования острого периода — ежемесячно, затем 1 раз в 3 месяца; в последующие годы — 1 раз в 6 месяцев.

При хроническом пиелонефрите дети наблюдаются до достижения ими 18 лет и передаются терапевту. Кратность диспансерных осмотров зависит от характера течения и тяжести заболевания.

Методы исследования:

Обязательные методы исследования проводятся всем больным, дополнительные — по специальным показаниям. Кратность диагностических исследований определяется индивидуально.

Обязательные лабораторные исследования для выявления микробно-воспалительного процесса и его активности

● Клинический анализ крови:

в период максимальной активности — 1 раз в 6–10 дней;

в период стихания — 1 раз в 14 дней;

в период ремиссии — 2 раза в год;

при интеркуррентных заболеваниях — однократно в начале и конце болезни.

● Биохимический анализ крови (общий белок, белковые фракции, мочевины, фибриноген, С-реактивный белок (СРБ)):

в период максимальной активности — 1 раз в 2 недели;

в период стихания — 1 раз в 2–4 недели;

в период ремиссии — 1 раз в 6–12 месяцев.

● Общий анализ мочи:

в период максимальной активности — 1 раз в 3–5 дней;

в период стихания — 1 раз в 7–14 дней;

в период ремиссии — 1 раз в 3 месяца в течение 1 года, далее 2 раза в год;

в при интеркуррентных заболеваниях — однократно.

● Количественные анализы мочи (по Нечипоренко, Амбурже):

в период максимальной активности — только при отсутствии выраженной лейкоцитурии;

в период стихания — 1 раз в 10 дней;

в период ремиссии — 1 раз в 6 месяцев;

в при интеркуррентных заболеваниях — однократно.

●Посев мочи на флору и антибиотикограмму:

до назначения этиотропного лечения — однократно;

по окончании этиотропной терапии — однократно;

в период ремиссии — при сохранении бактериурии.

●Биохимические исследования мочи (суточная экскреция белка, оксалатов, уратов, цистина, солей кальция; показатели нестабильности цитомембран — этаноламин, перекиси, липиды, антикристаллообразующая способность мочи):

в период максимальной активности — однократно;

в период стихания — однократно при наличии метаболических нарушений;

в период ремиссии — по показаниям.

Обязательные лабораторные исследования для характеристики функционального состояния почек

●определение уровня креатинина и мочевины в крови;

●проба Зимницкого (у детей до 4–5 лет «свободная» проба Зимницкого): в период активности и через 3 месяца после обострения; в период ремиссии 1 раз в 12 месяцев;

●определение клиренса эндогенного креатинина;

- контроль диуреза с уточнением количества выпитой жидкости;
- контроль ритма и объема спонтанных мочеиспусканий (ведение дневника).

Обязательные инструментальные исследования

1. Измерение артериального давления (в период максимальной активности ежедневно, при стихании 1 раз в неделю, в ремиссии 1 раз в 3–6 месяцев). При наличии повышенного артериального давления — суточное мониторное наблюдение за уровнем артериального давления для подбора адекватной терапии.

2. Ультразвуковое исследование органов мочевой системы (почки и мочевого пузыря) — в положении лежа и стоя, с наполненным мочевым пузырем до и после микции. Повторные исследования — по показаниям 1 раз в 3–6 месяцев. На 2-м году диспансерного наблюдения — не реже 1 раза в год.

3. Рентгеноконтрастные исследования:

- микционная цистография (при стихании микробно-воспалительного процесса или в период ремиссии); в последующем — по показаниям.
- экскреторная урография (по показаниям в период ремиссии).

Участие врачей-специалистов в диспансеризации больных пиелонефритом

Предусматривает осмотры нефролога (уролога), гинеколога, ЛОР-врача, стоматолога — 1 раз в 6 месяцев (с санацией выявленных очагов инфекции), фтизиатра — 1 раз в год. Окулист, невропатолог — по показаниям.

Все вышеперечисленные специалисты не являются лечащими врачами больного ребенка, а помогают участковому педиатру определить лечебно-диагностическую и реабилитационную тактику ведения больного. При диспансерных осмотрах участковый педиатр должен определить не только общее состояние больного, но и наличие мочевого и отечного синдромов,

состояние диуреза и ритма мочеиспусканий, а также оценить результаты проведенных лабораторных и инструментальных методов исследований.

Реабилитационные мероприятия

1. Формирование у ребенка и семьи активной медицинской позиции: врач-педиатр и медицинская сестра должны воспитывать у больного ребенка и его родителей установку на активное сотрудничество и успех в проводимом лечении.

2. Лечебно-охранительный режим на период обострения (постельный, полупостельный); щадящий — в первые 2–3 года после обострения.

3. Физические нагрузки. В период реконвалесценции показана лечебная физкультура.

В стадии ремиссии режим физических нагрузок расширяется; ребенок, в зависимости от течения заболевания, может заниматься в группе по физкультуре для ослабленных детей. В стадии стойкой клинико-лабораторной ремиссии (более трех лет с момента обострения) может быть назначена основная медицинская группа по физкультуре с исключением некоторых видов упражнений (прыжки в высоту, на батуте и т. п.).

4. Режим мочеиспускания. Для детей с инфекционно-воспалительными заболеваниями МВС важен режим регулярных мочеиспусканий (через 2–3 часа — в зависимости от возраста).

5. Ежедневные гигиенические мероприятия (душ, ванна, обтирания — в зависимости от состояния).

6. Диета. В период активного процесса: прием пищи 5–6 раз в день. Первые 7–10 дней молочно-растительная диета с умеренным ограничением белка (1,5–2 г/кг массы), соли (до 2–3 г в сутки), исключение экстрактивных веществ и продуктов, требующих для метаболизма больших затрат; обильное

питье (выше возрастной нормы на 50%); при дисметаболических нефропатиях назначается специальная диета.

В период реконвалесценции: диета с исключением жареных, острых блюд, лука, чеснока, кофе и др.; чередование подкисляющей и подщелачивающей пищи каждые 3–5 дней; высокожидкостный режим.

В период клинико-лабораторной ремиссии: диета с ограничением маринадов, консервантов, копченостей.

7. Медикаментозная терапия.

а) Антибактериальная терапия пиелонефрита в амбулаторных условиях.

В ряде случаев при обострении хронического пиелонефрита лечение ребенка может осуществляться амбулаторно с организацией «стационара на дому».

Применяются «защищенные» пенициллины (Амоксиклав, Аугментин), цефалоспорины 2–3 поколений (пероральные типа Цедекс, Зиннат или Супракс) непрерывно в течение 3 недель со сменой антибиотика. Возможно применение ступенчатой схемы — при максимальной активности воспалительного процесса в течение 3–7 дней парентеральное введение препаратов одной группы с последующей сменой их на прием внутрь.

В поликлинике под наблюдением нефролога и участкового педиатра после курса непрерывной антибактериальной терапии проводится противорецидивное лечение в течение 4–6 недель в зависимости от характера пиелонефрита (обструктивный, необструктивный).

Рекомендуются следующие варианты противорецидивной терапии:

Фурагин или Фурамаг из расчета 5–6 мг/кг массы (полная доза) в течение 2–3 недель; далее при нормализации анализов мочи и крови переходят на 1/2–1/3 от максимальной лечебной дозы в течение 2–4–8 недель.

Один из перечисленных препаратов налидиксовой кислоты (Неграм, Невиграмон); пипемидиновой кислоты (Пимидель, Палин, Пипегал и др.); 8-оксихинолина (нитроксолин (5-НОК)) может назначаться по 10 дней каждого месяца в течение 3–4 месяцев в возрастных дозировках.

Комплексный растительный препарат Канефрон Н в возрастных дозировках в течение 4–8 недель.

б) Антиоксидантная терапия.

Как правило, в остром периоде пиелонефрита терапия антиоксидантами не рекомендуется. По мере стихания микробно-воспалительного процесса в почечной ткани, через 3–5 дней от начала антибактериальной терапии, назначаются антиоксиданты на срок до 3–4 недель:

Витамин Е из расчета 1–2 мг/кг массы в сутки в зависимости от возраста;

Бета-каротин (Веторон по 1 капле на год жизни в зависимости от возраста (максимально 9 капель в сутки) ежедневно 1 раз в сутки в течение 14 дней);

в) Иммуномодулирующая терапия.

Показания к применению: дети раннего возраста, имеющие возрастную дисфункцию иммунитета, пиелонефрит у часто болеющих детей, хроническое и затяжное тяжелое течение пиелонефрита, особенно в постоперационном периоде и вызванного госпитальными полирезистентными штаммами.

1) Препараты рекомбинантного интерферона альфа-2b (Виферон®), суппозитории ректальные). Применяются следующие дозировки:

Виферон® по 150 000 МЕ назначается детям моложе 7 лет (разрешен с первых дней жизни) по 1 свече ректально дважды в день в течение 7–10 дней, затем прерывисто 2–3 раза в неделю в течение 4–6 недель.

Виферон® по 500 000 МЕ детям с 7 лет по той же схеме.

2) Бактериальные лизаты:

СолкоУровак — вакцина, содержащая 10 штаммов различных патогенных микроорганизмов в инактивированной форме (6 штаммов *Escherichia coli*, по штамму *Proteus mirabilis*, *Proteus morganii*, *Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus faecalis*). Препарат оказывает специфическое профилактическое действие при инфекциях мочевыводящих путей за счет стимуляции иммунитета. На фоне применения СолкоУровака происходит подавление инфекции мочевыводящих путей, в особенности устойчивой к другим видам терапии. Вакцинация проводится детям с 5-летнего возраста внутримышечно по 0,25 мл № 3 с интервалом в 2 недели, ревакцинация через 1 год.

Уро-Ваксом, содержащий 18 инактивированных штаммов кишечной палочки, разрешается с 6-месячного возраста внутрь по 1 капсуле утром натощак до исчезновения симптомов, но не менее 10 дней. При комбинированном лечении и профилактике рецидивов (обострения) хронической инфекции мочевого тракта, независимо от природы микроорганизма, в сочетании с антибактериальными или антисептическими средствами — максимальный курс в течение 3 месяцев. Не следует принимать препарат за 2 недели до и в течение 2 недель после применения живых вакцин.

3) Полусинтетические: Ликопид назначается детям, начиная с периода новорожденности, по 1 таблетке (1 мг) 1 раз в день в течение 10 дней.

г) Коррекция дисбиоза кишечника.

Поддержание нормального кишечного микробиоценоза кишечника, с учетом возможного лимфогенного пути распространения инфекции, является профилактикой рецидивирования уроренальной инфекции. Коррекция дисбиоза кишечника проводится по двум направлениям:

организация функционального питания (пищевые волокна, пре- и

медикаментозное лечение (элиминация условно-патогенной и патогенной флоры с последующим восстановлением микрофлоры кишечника с помощью пробиотиков).

д) Фитотерапия.

Фитотерапия назначается больным пиелонефритом в периоде ремиссии. Рекомендуются травы, обладающие противовоспалительным, антисептическим, регенерирующим действием. Целесообразно использование для проведения фитотерапии готового комплексного растительного препарата Канефрона Н.

8. Вакцинация.

В активную фазу болезни проведение профилактических прививок противопоказано. Вакцинация детей с пиелонефритом проводится не ранее трех месяцев после достижения клинико-лабораторной ремиссии, с обязательным контролем анализов крови и мочи с целью уточнения активности процесса и функционального состояния почек. Вакцинация проводится по индивидуальному графику. По специальным показаниям вакцинация больных пиелонефритом может проводиться в периоде стихания микробно-воспалительного процесса.

При подготовке к вакцинации больных пиелонефритом показано проведение следующих лабораторных и инструментальных методов исследования:

общий анализ крови;

общий анализ мочи и анализ мочи по Нечипоренко;

проба Зимницкого;

УЗИ органов брюшной полости, почек.

Вакцинация осуществляется при соблюдении ряда условий. С первого дня вакцинации назначаются антигистаминные препараты (в течение 5–7–10 дней).

При рецидивирующем течении пиелонефрита после вакцинации на 5–7 дней назначается Фурагин в возрастной дозировке, затем проводится поддерживающая терапия этим препаратом в дозе 2 мг/кг/сутки (однократно на ночь в течение 2–3 недель).

Поствакцинальное наблюдение проводится в течение первых двух дней после вакцинации, затем с 6-го по 18-й дни (в период возможных поствакцинальных реакций). На 2-й, 6-й и 18-й дни поствакцинального наблюдения назначаются анализы мочи (общий или по Нечипоренко). Все дни поствакцинального периода измеряется температура.

9. Санаторно-курортное лечение.

В периоде стихания острого пиелонефрита показано лечение в местных санаториях через 3 месяца от момента купирования активности заболевания.

Санаторно-курортное лечение благоприятно при первичном пиелонефрите в периоде ремиссии без нарушения функции почек и артериальной гипертензии и при вторичном пиелонефрите в периоде ремиссии без нарушения функции почек и артериальной гипертензии.

Пребывание на курортах показано через 1 год после обострения.

10. Оценка эффективности реабилитационных мероприятий.

При оценке эффективности реабилитации учитываются следующие показатели:

исход в выздоровление, который определяется при сохранении стойкой полной ремиссии у больных острым пиелонефритом в течение 5 лет;

исход в хроническую форму заболевания. Диагноз хронического заболевания устанавливается не ранее, чем через год от начала приобретенной патологии органов мочевой системы.

В Приказе МЗ и СР РФ № 283 от 19.04.2007 «Критерии оценки эффективности работы врача-педиатра участкового» определены критерии оценки качества диспансерного наблюдения больных детей:

полнота охвата диспансерным наблюдением должна составлять не менее 90% от числа детей, состоящих на диспансерном учете;

удельный вес детей, снятых с диспансерного наблюдения по выздоровлению должен составлять не менее 10% от общего числа, состоящих под диспансерным наблюдением;

удельный вес детей с улучшением состояния здоровья должен составлять не менее 10% от общего числа, состоящих на диспансерном наблюдении.

С диспансерного учета могут быть сняты дети, больные инфекционными заболеваниями органов мочевой системы (острый пиелонефрит, острый цистит и др.), через 5 лет и более после начала ремиссии при сохранении у них нормальных функций почек и при адекватном наблюдении в течение этих 5 лет курса терапии и наступления ремиссии.

С диспансерного учета не снимаются больные: с аномалиями развития органов мочевой системы, не подлежащие оперативному лечению; с дисметаболическими (обменными) нарушениями, которые являются факторами риска хронизации процесса; при стойком сохранении активности патологического процесса и в стадии хронической почечной недостаточности.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

При взятии на диспансерный учет детей, больных пиелонефритом, участковый педиатр должен определить кратность и длительность наблюдения, планировать лабораторные и функциональные обследования с целью уточнения диагноза, выбора наиболее эффективной терапии, контроля эффективности терапии и реабилитационных мероприятий.

СОБСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

За время прохождения производственной практики в ГУЗ «Детская поликлиника №6» наблюдала 1 клинический случай заболевания ОМС:

Острый внебольничный неосложнённый пиелонефрит.

Синдромы: мочевой, воспалительный, интоксикационный, астено-вегетативный.

Самойлова Е.А., 5 лет (02.03,2013 гр), пол женский

Жалобы:

Жалобы на головную боль, ночное недержание мочи, слабость, боли в животе, повышение температуры до 39,4.

Анамнез жизни:

Ребенок от 1-й беременности, 1-х родов, родилась доношенная, 8 б по шкале АПГАР, росла и развивалась в соответствии с эпикризными сроками, в период новорожденности не болела, затем переносила ОРВИ 2-3 раза в год без осложнений, лакунарная ангина в 4 года без осложнений.

Профилактические прививки получила в соответствии с национальным календарем прививок, воствакцинальных осложнений не было.

Гормональную терапию не получала, гемотрансфузий, операций и травм не

было. В контакте с инфекционными больными за последние 3 недели не была.

Анамнез настоящего заболевания:

Заболела 3 июля 2018 года, когда впервые поднялась температура до фебрильных цифр, появилась быстрая утомляемость. До 05.07.2018 получала домашнее лечение (парацетамол при повышении температуры). 05.07.2018 появились жалобы на головную боль и боль в животе, ночное недержание мочи.

Объективно:

Состояние среднетяжелое за счёт лихорадки и выраженных симптомов интоксикации. Ребенок капризничает.

Рост 106 см, вес 17 кг. Кожа бледно-розовая, видимые слизистые чистые, влажные, язык обложен белым налетом. Пастозности нет. Дыхание носом не затруднено 28/мин, аускультативно везикулярное, хрипов и шума трения плевры нет. АД 98/66 мм.рт.ст., ЧСС 106/мин. Аускультативно тоны сердца ясные, звучные, ритмичные, шумов, акцентов нет. Печень +0.5 см от реберной дуги, безболезненная, селезенка не пальпируется, при пальпации боль в животе не усиливается. Стул оформленный, последний раз 04.07. Область поясницы без особенностей, симптом поколачивания положительный, при глубокой пальпации почки безболезненные. Мочеиспускание частое, безболезненное, небольшими порциями, нерегулярное, со слов матери – ночное недержание мочи. Половые органы сформированы правильно, вторичные половые признаки не выражены.

Диагноз: Острый внебольничный неосложнённый пиелонефрит? Синдромы: мочевого, воспалительный, интоксикационный, астено-вегетативный.

Обоснование:

1) жалобы: повышение температуры до 39,4, слабость, головная боль – характерно для воспалительного и интоксикационного синдромов при различных инфекционных заболеваниях, при этом у пациентки отсутствуют характерные для пиелонефрита боли в области проекции почек. Для цистита характерны жалобы на боли в лобковой области и частые болезненные мочеиспускания, что отсутствует у данной больной.

2) данные истории развития настоящего заболевания: острое начало заболевания с выраженными воспалительным и интоксикационным синдромами – характерно для различных инфекционных заболеваний.

3) объективные данные: отсутствуют отёки, нормальное АД и пульс, положительный симптом поколачивания – подтверждают острый пиелонефрит.

Рекомендации:

- направить на стационарное лечение
- сдать ОАК, б/х крови, ОАМ.
- консультация врача-нефролога

ВЫВОДЫ

Умение выделить группы риска по формированию патологии ОМС, назначить и оценить результаты дополнительных методов обследования (лабораторных и инструментальных), составить план диспансерного наблюдения ребенку с патологией почек и мочевыводящей системы и использовать деонтологические навыки общения с больным ребёнком и его родственниками позволяют врачу-педиатру наиболее эффективно проводить терапию заболеваний ОМС, предупреждать появления осложнений и максимально профилактировать рецидивы заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ От 19 апреля 2007 года № 283 "Критерии оценки эффективности работы врача – педиатра участкового".
2. Ганузин В. М. Принципы этапного лечения, диспансеризации и реабилитации детей с инфекциями мочевыделительной системы. Ярославль, 2012. 28 с.
3. Коровина Н. А., Захарова И. Н., Мумладзе Э. Б., Свинцицкая В. И. Циститы у детей: этиология, клиника, диагностика и лечение. М., 2012. 36 с.
4. Перепанова Т. С., Хазан П. Л. Применение нитрофуранов при инфекции мочевых путей // Эффективная фармакотерапия. 2009. № 4. С. 20–29.
5. Справочник участкового педиатра: диспансеризация детского населения / М.Ф.Рзянкина. В.П. Молочный, Е.В. Бережанская. – Ростов н/Д: Феникс, 2008. 446с.
6. Приказ Минздрава России от 10.08.2017 N 514н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних"

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 11 группы

Смирнова Анастасия Павловна

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

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова