

Уч. работа
Гладких О.В.

ФГБОУ В. О ВолгГМУ Минздрава России
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему
**«Анализ острой заболеваемости на
педиатрическом участке»**

Выполнила:
Студентка 5 курса 7 группы
педиатрического факультета
Чубковец Анжелика Юрьевна

Волгоград 2018г.

Содержание

| | |
|-------------------------------|----|
| Введение..... | 3 |
| Цели и задачи..... | 4 |
| Теоритическая часть..... | 5 |
| Роль врача..... | 12 |
| Собственное исследование..... | 15 |
| Вывод..... | 18 |
| Список литературы..... | 19 |

Введение

Состояние здоровья детей является одним из достоверных и показательных критериев качества жизни населения в целом . В течение последних лет отмечаются неблагоприятные сдвиги в состоянии здоровья детей, характеризующиеся ростом распространенности острых заболеваний и, как следствие, увеличение хронических патологий. Так же изменением структуры выявляемых нарушений здоровья, ухудшением показателей физического развития. Объективно отразить степень утраты здоровья детского населения позволяют показатели заболеваемости, которые дают возможность определить приоритеты профилактики при организации обслуживания в лечебно-профилактических учреждениях .

Цель

- 1) Изучить распространенность острой заболеваемости на педиатрическом участке
- 2) Подготовить план по направлению профилактических мероприятий, согласно анализу заболеваемости

Задачи:

- 1) Выяснить статистику встречаемости видов острых заболеваний на педиатрическом участке
- 2) Узнать виды острых заболеваний и их распространенность в зависимости от возраста
- 3) Проанализировать с чем связаны вспышки эпидемии
- 4) Сравнить встречаемость заболеваний, которые входят в обязательный календарь прививок, в прошлом и нынешнем году.

Теоритическая часть.

Заболевание — это нарушения нормальной жизнедеятельности, возникающие в ответ на действие патогенных факторов, нарушения работоспособности, социально полезной деятельности, продолжительности жизни организма и его способности адаптироваться к постоянно изменяющимся условиям внешней и внутренней сред при одновременной активизации защитно-компенсаторно-приспособительных реакций и механизмов.

По характеру течения выделяют острые и хронические

Острое заболевание – внезапно начавшаяся, развивающаяся в короткий срок патология.

В педиатрии выделяют группы острых заболеваний:

- Острые респираторно-вирусные инфекции

Группа наиболее часто встречающихся в детском возрасте заболеваний, вызванных вирусом гриппа и другими респираторными вирусами. Респираторные заболевания могут быть вызваны также стрептококками, хламидиями, энтеровирусами, микоплазмой.

- Острые кишечные инфекции

Заболевания, вызванные многочисленными возбудителями. Обуславливают ряд клинических синдромов, различающихся преимущественной локализацией процесса в желудочно-кишечном тракте, а также по степени обезвоживания и токсических проявлений. Хотя в отношении отдельных инфекций возможно специфическое лечение, симптоматическая и патогенетическая терапия при большинстве из них сходна.

Клинические синдромы.

Острый гастрит проявляется обычно отрыжкой, тошнотой, повторной рвотой, болями в верхней части живота, обложен-остью языка, болезненностью живота при пальпации, появление поноса свидетельствует о гастроэнтерите.

Острый энтерит характеризуется частым жидким водянистым стулом, что ведет к той или иной степени обезвоживания. Понос обычно сопровождается потерей аппетита, тошнотой, в животе — боли, вздутие, урчание и шум плеска.

Острый колит проявляется учащенным стулом с примесью слизи и, часто, крови (геморрагический кошит), тенезмами, схваткообразными болями в животе, пальпируется спастическая ситовидная кишка, детей младшего возраста — податливость или зияние ануса.

Обезвоживание организма (эксикоз) развивается у большинства больных с ОКИ, часто определяя тяжесть заболевания. Каждая из трех степеней обезвоживания имеет характерные симптомы.

Различают изотонический, соледефицитный (гипотонический) и вододефицитный (гипертонический) типы обезвоживания.

Изотонический тип обезвоживания характеризуется пропорциональной потерей воды и электролитов. Клинически наблюдаются вялость, сонливость. Кожа и слизистые оболочки сухие, тургор тканей снижен, диурез уменьшен. Уровень электролитов в крови нормальный, выражено сгущение крови.

Соледефицитный тип обезвоживания обычно развивается при длительном поносе, неадекватной инфузионной терапии, лечении кортикостероидами. Клинически отмечается тяжелое состояние: вялость, адинамия, заторможенность, повторная рвота, вздутие живота, кожа холодная, бледная с мраморным рисунком, тонус мышц снижен, диурез уменьшен, артериальное давление низкое, тоны сердца приглушены, дыхание редкое. Резко выражено сгущение крови. Уровень калия и натрия в крови снижен. На ЭКГ при низком содержании калия (ниже 3 ммоль/л) отмечаются удлинение интервала Q — T, снижение вольтажа зубцов, уплощенный или отрицательный зубец T, смещение интервала S — T, появление дополнительного зубца U.

Вододефицитный тип обезвоживания проявляется сильной жаждой, беспокойством, возбуждением. Кожа и слизистые оболочки сухие, тонус мышц умеренно снижен, дыхание учащено, диурез незначительно уменьшен. Уровень электролитов в крови высокий, сгущение крови слабо выражено.

- Ротавирусная инфекция

Этиология и эпидемиология. Возбудитель — ротавирусы групп A, B, C; вирус группы A (подгруппа 2, серо-тип 4) — основной возбудитель поноса у детей. Заболевание высококонтагиозно, регистрируется спорадически и в виде

эпидемических вспышек с контактно-бытовым, пищевым и водным путями распространения. Заболеваемость наиболее высока в группе детей до 2 лет, возникает чаще осенью и зимой. Инкубационный период длится 1—3 дня.

- Другие вирусные диареи

Синдром диареи может вызвать ряд других вирусов (см. также Энтеровирусные инфекции), относящихся к группам калицивирусов, вирусу Norwalk и подобным ему вирусам. Инфекция протекает подобно ротавирусной, обнаруживается во время обследования вспышек диарейных болезней. Заболевание нетяжелое, продолжительностью 2-3 дня, лечения не требует.

- Кишечные инфекции вызываемые условно-патогенными микроорганизмами

Условно-патогенные микроорганизмы, обитающие в кишечнике: клебсиеллы, энтеробактер, протей, цитробактер, синегнойная палочка, стафилококки и др., при определенных условиях могут вызывать кишечные расстройства. Это происходит чаще всего при длительном применении антибиотиков. Наиболее яркой инфекцией этой группы является псевдомембранозный колит, вызванный *Clostridium defficile*, развивающийся у детей, получавших клиндамицин.

Употребление пищи, зараженной условно-патогенной флорой (чаще всего стафилококком), может вызвать заболевание типа пищевой токсикоинфекции — гастроэнтерит. У детей раннего возраста иногда трудно исключить диарею, связанную с контактно-бытовым путем заражения. Для определения этиологической значимости этой группы возбудителей обязательны следующие условия: отрицательный результат лабораторного исследования на наличие патогенных микроорганизмов и ротавирусов; выделение условно-патогенного микроорганизма в первые дни болезни в монокультуре; массивность его выделения в раннем периоде обследования (10⁶ и более микробных клеток в 1 г испражнений).

- Гепатиты

Этиология. Известно о существовании нескольких вирусов, имеющих тропизм к печени. Вирус гепатита А (HAV) относится к пикор-навирусам (РНК-содержащие), вирус гепатита В (HBV) содержит ДНК, вирус дельта имеет РНК-фрагменты и белковый антиген, покрытые поверхностным антигеном (HBS Ag). Гепатит ни А ни В вызывается двумя вирусами: вирус

C, вызывающий инфекцию, передающуюся парентеральным путем, во многом подобен *HBV*; вирус *E*, передающийся фекально-оральным путем, близок к *HAV*.

- Нейроинфекции

Менингиты. Инфекция мозговых оболочек, наблюдается как первичное заболевание или как осложнение других патологических состояний. По составу церебральной жидкости (ЦСЖ) различают серозные и гнойные менингиты.

Симптомы. Менингеальные симптомы включают ригидность затылочных мышц («тяжесть» головы при сгибании, неспособность приблизить подбородок к груди), симптомы Кернига (невозможность пассивного разгибания ноги, предварительно согнутой в коленном и тазобедренном суставах) и Брудзинского (при пассивном сгибании головы больного происходит произвольное сгибание ноги в коленном суставе). Признаки повышения внутричерепного давления включают напряжение или выбухание родничка, раздражимость, головную боль, рвоту «фонтаном», брадикардию, нарушения ритма дыхания, диплопию. Изменение сознания прогрессирует от сонливости к коме. У детей грудного возраста обычны генерализованные судороги. Ранним вегетативным расстройством является стойкий красный дермографизм вплоть до пятен Труссо. Как правило, наблюдается лихорадка, но у детей младшего возраста может быть невысокой. У детей первых 2 лет жизни начальными симптомами могут быть общие расстройства: отказ от еды, понос, рвота, необъяснимые другой причиной судороги, пронзительный крик.

Энцефалиты. Воспаление головного мозга, в основе которого лежит инфекционный, токсический или иммунопатологический процесс. В качестве инфекционных агентов выступают многие вирусы (энтеровирусы, аденовирусы, ареновирусы, вирусы герпеса, рабдовирусы), токсоплазмы, криптококки, микоплазмы. Токсический характер имеют энцефалит при гриппе, скарлатине, дизентерии, сальмонеллезе, иммунологическое нарушениях: при кори, краснухе, ветряной оспе, а также поствакцинальные энцефалиты.

Симптомы. Ведущий симптом — нарушение сознания и функций коры головного мозга вплоть до комы, судороги. В начале болезни обычны

симптомы отека мозга: анорексия, тошнота, рвота, головная боль, а также признаки раздражения мозговых оболочек. Нарушения функций отдельных участков мозга вызывают пеструю картину моторных и, нередко, сенсорных нарушений: гипо- и гиперрефлексия, патологические знаки, тремор, гипестезия и гиперестезии.

- Бактериальные инфекции

Дифтерия. Этиология и патогенез. Возбудитель — *Corynebacterium diphtheriae*, токсигенные штаммы, способные образовывать экзотоксин, играющий основную роль в патогенезе заболевания. Источник инфекции — больной или бактерионоситель, передача — воздушно-капельная или через загрязненные предметы. Больной выделяет возбудителя в течение 2 нед, иногда дольше, при применении антибиотиков этот период сокращается до 3—5 дней. Хроническое носительство не является исключением. Инкубационный период составляет 2—5 дней, реже больше.

Коклюш. Этиология и патогенез. Возбудитель — *Bordetella pertussis*, источник инфекции — больной, заразный с первых дней болезни до 3—4-й недели; передается воздушно-капельным путем. Инкубационный период составляет 3—15 дней, в среднем 5—8 дней.

Паракоклюш. Возбудитель — *Bordetella parapertussis*, близкий по свойствам к коклюшной палочке.

Эпидемиология. Аналогична таковой при коклюше. Наблюдается как спорадически, так и в виде эпидемических вспышек. Переболевшие коклюшем реже заболевают паракокклюшем. Инкубационный период составляет 3—15 дней, чаще 10—11 дней.

Скарлатина. Этиология и эпидемиология. Возбудителем скарлатины считается гемолитический стрептококк группы А, вызывающий и другие виды стрептококковой инфекции (см.). Входные ворота — слизистая оболочка зева и глотки, редко — поврежденная кожа (экстрабуккальная форма). Источник инфекции — больной стрептококковой инфекцией, пути передачи — капельно-воздушный и через загрязненные предметы. Больной заразен в течение всего периода болезни, включая стадию реконвалесценции. Наиболее восприимчивы к инфицированию дети 2-6 лет. Инкубационный период составляет 2—7 дней.

Сепсис. Генерализованное заболевание, спонтанно необратимое, вызванное патогенной и условно-патогенной флорой. Массивное поступление

возбудителя инфекции в кровотоки связано с нарушением тканевых барьеров и чаще всего с развитием бактериального флебита или инфицированного тромба в очаге воспаления.

Бруцеллез. *Этиология.* Заражение человека происходит четырьмя видами бруцелл от крупного и мелкого рогатого скота, свиней, собак, заражение детей — чаще через молочные продукты.

Туляремия. Вызывается грамотрицательной кокко-бациллой, инфицирующей большое число диких животных, прежде всего грызунов. Заражение происходит через укус клеща, при попадании зараженного материала (в том числе воды) на слизистые оболочки, при употреблении зараженных продуктов. Инкубационный период составляет 1—21 день, чаще 3—5 дней.

- Вирусные инфекции

Корь. *Этиология и эпидемиология.* Вирус кори относится к парамиксовирусам. Входные ворота инфекции — слизистая оболочка верхних дыхательных путей и глаз. Корь передается воздушно-капельным путем, источник инфекции — только больной, заразный с момента появления первых признаков болезни до 5-го дня от появления высыпаний (при осложнении пневмонией — до 11-го дня). Восприимчивость к болезни высока во всех возрастах, дети первых трех месяцев жизни защищены материнскими антителами. После перенесенного заболевания остается пожизненный иммунитет. Инкубационный период составляет 8—17 дней, а у детей, получавших иммуноглобулин, он может удлиняться до 21 дня.

Краснуха. *Этиология и эпидемиология.* Возбудитель болезни относится к группе тога-вирусов, входные ворота воздушно-капельной инфекции — дыхательные пути, источник — больной, заразный в продромальный период и первые 5—7 дней после начала высыпания. Краснуха беременных может привести к внутриутробному инфицированию плода. Инкубационный период 15—24 дня, чаще 16—18 дней.

Паротит эпидемический (свинка). *Этиология и эпидемиология.* Возбудитель болезни — парамиксовирус, входные ворота — верхние дыхательные пути, источник инфекции — больной, заразный с последних дней инкубации и в течение 7—9 дней от начала заболевания, путь передачи — воздушно-капельный. Инкубационный период 11—23 дня, чаще 15-18 дней.

- Инфекции, вызванные вирусом простого герпеса

Вирус простого герпеса двух типов (ВПГ-1 ВПГ-2) вызывает ряд сходных синдромов, хотя ВПГ-1 чаще поражает лицо, а ВПГ-2 — гениталии и окружающие участки кожи. Источник заражения — больной или носитель. Интранатальное заражение происходит чаще при первичной генитальной инфекции матери (риск до 50 %), чем при рецидиве (риск 5 %). постнатальное заражение происходит через прямой контакт, причем при первичной инфекции больной заразен не только при наличии элементов сыпи, но и длительный срок после ее исчезновения. При рецидиве инфекции вирус выделяется 1—2 дня. Инкубационный период составляет 2—14 дней.

- Риккетсиозы

Сыпной тиф. Возбудитель -риккетсия Провачека, передающаяся от больного через укусы платяной вши. Заболевание возникает чаще в холодное время года. Инкубационный период составляет 1—2 нед.

Ку-лихорадка. Вызывается риккетсией Бернета, широко распространенной среди многих домашних животных. Люди инфицируются алиментарным или ингаляционным путем. Инкубационный период 9— 20 дней.

- Хламидийные инфекции

Род *Chlamidia trachomatis* имеет 15 сероваров; подтипы А—С вызывают трахому, L1—L3 — венерическую лимфогранулему, ряд сероваров — уретриты у мужчин и женщин (также вагиниты, сальпингиты) и конъюнктивит с включениями у новорожденных; другая локализация инфекции у новорожденных — легкие (см. Хламидиальные пневмонии). *S. pneumoniae* (TWAR) вызывает фарингиты и лимфадениты, пневмонии у подростков (см. Хламидиальные пневмонии). Возбудитель орнито-за — *S. psittaci* инфицирует домашних птиц, заражаются чаще работники ферм, изредка дети от попугаев. Заболевание протекает как острая фебрильная респираторная инфекция, редко как распространенная интерстициальная пневмония. Диагностируется серологически. Препараты выбора — эритромицин и тетрациклин, лечение осуществляется в течение 1—2 нед.

Роль участкового врача при острых заболеваниях

Роль врача при острых заболеваниях очень важна. Ведь именно врач-педиатр является первичным звеном при обнаружении заболевания. К нему первому обращаются при патологии. И от его рекомендации зависит дальнейшая тактика ведения пациента.

Так же во время проведения патронажа именно он должен увидеть и предупредить только что начавшееся заболевание

Самая главная задача врача-педиатра это именно профилактика. Особенно важна профилактика от острых заболеваний. Направлением на вакцинацию, контроль за осуществлением, а так же пропагандой пользы прививок занимается он.

Ведет контроль за эпид заболеваемостью своего участка

Осуществляет как прием в поликлинике, так и вызовы на дом.

В соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ «Об организации деятельности врача-педиатра участкового» от 18.01.2006 г. № 28 участковый педиатр:

- принимает участие в формировании врачебного участка;
- проводит динамическое медицинское наблюдение за физическим и нервно-психическим развитием детей;
- выполняет диагностическую и лечебную работу на дому и в поликлинике;
- осуществляет преемственность в работе с женской консультацией по охране репродуктивного здоровья;
- проводит первичный патронаж новорожденных и детей раннего возраста в эпикризные сроки;
- проводит профилактические осмотры детей раннего возраста и обеспечивает контроль выполнения режима, рационального питания, своевременного проведения мероприятий по профилактике алиментарных расстройств, рахита, анемии и других социально значимых болезней;
- учет детей, подлежащих прививкам, планирование прививочной работы на участке, работу с учетной формой № 63;

- контроль подготовки к прививкам детей с аллергическими реакциями на предыдущее введение вакцин;
- подготовку детей с аллергическими реакциями и с длительными медицинскими отводами к обсуждению на иммунологической комиссии;
- оформление временных и постоянных медицинских отводов;
- контроль состояния привитых детей, учет необычных реакций на прививки и поствакцинальных осложнений;
- профилактику и лечение поствакцинальных реакций и осложнений;
- наблюдение за инфекционными больными на дому; регистрацию инфекционных заболеваний в эпидгруппе района и эпид-бюро города, работу в очаге; контроль за проведением текущей и заключительной дезинфекции;
- наблюдение за реконвалесцентами инфекционных заболеваний. Снятие с учета. Мероприятия по реабилитации детей, перенесших инфекционное заболевание.

Лечебная работа участкового врача-педиатра включает:

- лечение на дому детей с острыми заболеваниями и обострениями хронических форм патологии; их госпитализацию;
- прием в детской поликлинике реконвалесцентов острых заболеваний, не представляющих опасности заражения для окружающих;
- наблюдение и возможную реабилитацию детей, находящихся на учете по форме № 30;
- при работе в объединенной поликлинике - дежурство по больнице.

Санитарно-просветительная работа участкового врача педиатра включает:

- индивидуальные беседы с родителями и старшими детьми по вопросам гигиены, профилактики и лечения заболеваний;
- занятия в очной школе молодых матерей и отцов;

- составление лекций для радиолектория;
- встречи с населением;
- проведение вечеров вопросов и ответов;
- работа в комнате здоровья на участке;
- выпуск санитарной стенной печати (санитарные листки, санитарные газеты) и прочее

Собственно исследование

Проведено изучение статистики заболеваемости острой патологии на педиатрическом участке №2 на базе ГУЗ КДЦ №1 с 13.06.18 по 09.07.2018

За прошедшее время было принято 219 детей из них

31 ребенок – ОРВИ. (14%) Преобладали дети младшего школьного возраста , из них 18 вызовов на дом

3 ребенка (1.4%)– ветряная оспа. Дети раннего возраста

1 ребенок с отитом.(0.6%) Был направлен к ЛОР-специалисту

Заболеваемость детей оценивали по обращаемости в детскую поликлинику, а так же по вызовам на дом. Были задействованы данные НИИ по распространённости заболеваемости среди всего населения РФ

Эпидемиологические данные по заболеваемости гриппом и ОРВИ в России с 11.06.18 – 01.07.2018

Согласно данным научно-исследовательского института гриппа им А.А.Сморodinцевой:

В наблюдаемых Федеральным центром по гриппу (ФЦГ) 59 городах РФ в неделю (с 11-17.06.18) заболеваемость гриппом и ОРВИ была ниже порогов по населению в целом (на -27,1%) и во всех возрастных группах: среди детей 0-2 лет (-42,1%), 3-6 (-39,8%), 7-14 (-35,9%) и лиц старше 15 лет (на -14,1%).

На этой неделе заболеваемость в 59 городах в среднем уменьшилась по населению в целом (на -27,2%), в том числе среди детей 0-2 лет (на -22,8%), 3-6 лет (на -29,6%), 7-14 лет (на -31,4%) и лиц старше 15 лет (на -27,0%).

Уменьшение заболеваемости по населению в целом отмечено во всех округах от -7,0% (Южный ФО) до -33,6% (Северо-Кавказский ФО), и во всех возрастных группах, кроме Южного ФО, где заболеваемость среди детей 0-2 лет увеличилась на 7,6%.

Показатель заболеваемости по населению в целом составил 241,0 случаев гриппа и ОРВИ на 100 тыс. населения, что ниже недельного эпидемиологического порога (331,0) на -27,1% и пост эпидемиологической базовой линии (604,7) на -60,1%.

Анализ заболеваемости ОРВИ и гриппом отдельно по данным клинической диагностики показал, что заболеваемость ОРВИ (241,4 на 100 тыс. чел.) была ниже пост эпидемической базовой линии (575,0) на -58,0%, а заболеваемость гриппом (0,006) была ниже базовой линии (0,8) в 133,3 раза. Резкое снижение заболеваемости гриппом и ОРВИ объясняется не полной рабочей неделей.

На этой неделе частота госпитализации с гриппом и ОРВИ от численности населения составила 0,012%, что ниже базовой линии (0,014%) на -14,3%. Госпитализированы с диагнозом «грипп» 2 человека, что ниже базовой линии для пост эпидемического периода (178 человек) в 89 раз

В наблюдаемых Федеральным центром по гриппу 59 городах в неделю с 18-24.06.18 заболеваемость гриппом и ОРВИ была ниже порогов по населению в целом (на -10,0%) и во всех детских возрастных группах: 0-2 лет (-32,1%), 3-6 (-24,2%), 7-14 (-15,0%), но выше эпид порога у лиц старше 15 лет (на 7,9%).

Заболеваемость по населению в целом была ниже эпид порогов во всех округах, кроме Сибирского ФО, где заболеваемость превысила эпид порог по населению в целом (на 4,7%), в том числе среди детей 7-14 лет (на 13,4%) и лиц старше 15 лет (на 5,7%). По возрастным группам порог превышен в Уральском ФО только среди детей 7-14 лет (на 1,3%)

В наблюдаемых Федеральным центром по гриппу 59 городах в неделю с 25.06-01.07.18 заболеваемость гриппом и ОРВИ была ниже порогов по населению в целом (на -13,6%) и во всех детских возрастных группах: 0-2 лет (-34,0%), 3-6 (-27,3%), 7-14 (-19,4%), но выше эпид порога у лиц старше 15 лет (на 0,8%).

Заболеваемость по населению в целом была ниже эпид порогов во всех округах и во всех возрастных группах, кроме взрослого населения Северо-Западного, Сибирского и Приволжского округов, где пороги превышены в этой возрастной группе на 40,4%, 9,4% и 9,5%, соответственно, что связано с низкими летними эпид. порогам.

Следовательно обращаемость детей с гриппов и ОРВИ в этом месяце не высокая.

Среди детей от 3х до 5 лет распространенным заболеванием является ветряная оспа. Это связано с высокой контагиозностью вируса. И посещением детских садов. Однако летом встречаемость значительно ниже.

Кишечные инфекции чаще встречаются у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Причем доля ротавирусной инфекции составила 67.3% в 2018 году. Второй по встречаемость – сальмонеллёз 9.6%

Вирусные инфекции и бактериальные инфекции, входящие в национальный календарь прививок, встречаются в единичных случаях.

За 2018 год было на базе ГУЗ КДЦ№1 было выявлено

Краснуха – 3 ребенка (1 летальный исход)

Паротит – 2 ребенка младшего дошкольного возраста

Корь – 1 ребенок

Дифтерия – 2 ребенка

Все не привитые.

Выводы

На педиатрическом участке №2 ГУЗ КДЦ №1 частота встречаемость ОРВИ среди всех острых заболеваний 88% , так же встречается ветряная оспа 8% отит 2.4%

Всего это составляет 16% от числа здоровых детей, что показывает хорошую профилактическую работу на участке

Относительно 2017 года заболеваемость острых инфекций, входящих в состав национального календаря прививок, увеличилась. И тяжесть тоже. Особенно это касается краснухи.

Отсюда можно сделать вывод, что чем больше популярность отказа от прививок, тем чаще обнаруживаются инфекции.

Список использованной литературы

- 1) Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. А. А. Баранова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - Режим доступа:<http://www.studentlibrary.ru/>
- 2) Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. Т. 1 / Запруднов А.М., Григорьев К.И., Харитонов Л.А. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
- 3) . Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. Т. 2 / Запруднов А.М., Григорьев К.И., Харитонов Л.А. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
- 4) . Инфекционные болезни у детей [Электронный ресурс] : учебник / Учайкин В. Ф., Шамшева О. В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Режим доступа:<http://www.studentlibrary.ru/>
Инфекционные болезни и эпидемиология [Электронный ресурс] : учебник /
- 5) Покровский В. И., Пак С. Г., Брико Н. И. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 816 с. : ил. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
- 6) Учайкин В. Ф. Инфекционные болезни и вакцинопрофилактика у детей. учебник для вузов / Учайкин В. Ф., Нисевич Н. И., Шамшева О. В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 688 с. : 13 л. цв. ил.
- 7) <http://www.influenza.spb.ru/system/>

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

Чубковец Ангелина Юрьевна

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

В ходе проведённого анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, 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