

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения и социального развития России

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического
факультетов



Научная исследовательская работа студента на тему:
«Профилактика внутрибольничной инфекции»

Выполнил:

Студент 1 группы, 1 курса
Педиатрического факультета

Конев С.А.

Проверил: доцент кафедры
Голуб Владимир Алексеевич

Волгоград 2018

Содержание

1. Введение
2. Цель
3. Задачи
4. Понятие о ВБИ
5. Распространение ВБИ в России
6. Методы профилактики ВБИ
7. Роль сестринского персонала в снижении внутрибольничных инфекций
8. Вывод
9. Список литературы

Введение

Одним из компонентов, характеризующих “индекс здоровья” нации, является уровень инфекционной заболеваемости, в формировании которого важную роль играют внутрибольничные инфекции (далее - ВБИ). Заболеваемость ВБИ в определенной степени отражает качество медицинской помощи, оказываемой населению, и существенно влияет на уровень экономических затрат. В настоящее время к проблеме ВБИ привлечено внимание медицинских работников различных специальностей: организаторов здравоохранения, гигиенистов, эпидемиологов и клиницистов. Вопросы профилактики ВБИ считаются приоритетным направлением научных исследований.

Цели работы

Собрать данные о развитии ВБИ в Российской Федерации и проанализировать их, доказать актуальность данного вопроса, узнать о распространенности ВБИ в лечебных учреждениях, изучить различные методы профилактики ВБИ.

Задачи

Для достижения целей нашей работы мы поставили перед собой следующие задачи:

1. Понять, что собой в целом представляют ВБИ.
2. Узнать о распространенности ВБИ в лечебных учреждениях из доступных нам источников информации.
3. Изучить методы профилактики ВБИ.

Определение и характеристика внутрибольничной инфекции

ВБИ - понятие собирательное, включающее различные нозологические формы. Наиболее удачным и полным следует считать определение ВБИ, предложенное Европейским региональным бюро ВОЗ в 1979 г.: ВБИ (больничная, госпитальная, внутригоспитальная, нозокомиальная инфекция) -- любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения в нее за лечебной помощью, или инфекционное заболевание сотрудника больницы вследствие его работы в данном учреждении вне зависимости от появления симптомов заболевания до или во время пребывания в больнице. Инфекция считается внутрибольничной, если она впервые проявляется через 48 часов или более после нахождения в больнице, при условии отсутствия клинических проявлений этих инфекций в момент поступления и исключения вероятности инкубационного периода.

Классификация ВБИ.

1. В зависимости от путей и факторов передачи ВБИ классифицируют:

- Воздушно-капельные
- Вводно-алиментарные
- Контактно-бытовые
- Контактно-инструментальные (постинъекционные, постоперационные, послеродовые, посттрансфузионные, постэндоскопические)

2. В зависимости от характера и длительности течения:

- Острые
- Под острые
- Хронические.

3. По степени тяжести:

- Тяжелые
- Среднетяжелые

- Легкие формы клинического течения.

Главная причина - изменение свойств микробов, обусловленное неадекватным использованием в лечебной сфере антимикробных факторов и создание в ЛПУ условий для селекции микроорганизмов с вторичной (приобретенной) устойчивостью (полирезистентностью).

Современные научные факты, приводимые в работах зарубежными и отечественными исследователями, позволяют утверждать, что ВБИ возникают по меньшей мере у 5-12% больных, поступающих в лечебные учреждения. Так, в США из 120000 и более больных, зараженных ВБИ, погибают около 25% заболевших и, по оценкам экспертов, ВБИ представляют собой основную причину летальных исходов. Полученные в последние годы данные свидетельствуют о том, что ВБИ значительно удлиняют срок пребывания больных в стационарах, а наносимый ими ущерб ежегодно составляет от 5 до 10 млрд долларов. Условно можно выделить три вида ВБИ:

- у пациентов, инфицированных в стационарах;
- у пациентов, инфицированных при получении поликлинической помощи;
- у медицинских работников, заразившихся при оказании медицинской помощи больным в стационарах и поликлиниках.

Объединяет все три вида инфекций место инфицирования - лечебное учреждение.

Характеризуя ВБИ, необходимо отметить, что данная категория инфекций имеет свои особенности эпидемиологии, отличающие ее от так называемых классических инфекций. Они выражаются в своеобразии механизмов и факторов передачи, особенностей течения эпидемиологического и инфекционного процессов, а также и в том, что в возникновении, поддержании и распространении очагов ВБИ важнейшую роль играет медицинский персонал ЛПУ.

В целях правильного понимания основных направлений профилактики ВБИ целесообразно кратко охарактеризовать их структуру.

Анализ имеющихся данных показывает, что в структуре ВБИ, выявляемых в крупных многопрофильных ЛПУ, гнойно-септические инфекции (ГСИ) занимают ведущее место, составляя до 75-80% от их общего количества. Наиболее часто ГСИ регистрируются у больных хирургического профиля, в особенности в отделениях неотложной и абдоминальной хирургии, травматологии и урологии. Основными факторами риска возникновения ГСИ являются: увеличение числа носителей штаммов резидентного типа среди сотрудников, формирование госпитальных штаммов, увеличение

обсеменности воздуха, окружающих предметов и рук персонала, диагностические и лечебные манипуляции, несоблюдение правил размещения больных и ухода за ними и т.д.

Другая большая группа ВБИ - кишечные инфекции. Они составляют в ряде случаев до 7-12% от их общего количества. Среди кишечных инфекций преобладают сальмонеллезы. Регистрируются сальмонеллезы в основном (до 80%) у ослабленных больных хирургических и реанимационных отделений, перенесших обширные полостные операции или имеющих тяжелую соматическую патологию.

Ведущими путями передачи возбудителя в условиях ЛПУ являются контактно-бытовой и воздушно-пылевой.

Значимую роль во внутрибольничной патологии играют гемоконтактные вирусные гепатиты В, С, D, составляющие 6-7% в ее общей структуре. Более всего риску заболевания подвержены больные, которым проводятся обширные хирургические вмешательства с последующей кровезаместительной терапией, программный гемодиализ, инфузионная терапия. Обследования, проводимые стационарным больным с различной патологией, выявляют до 7-24% лиц, в крови которых обнаруживаются маркеры этих инфекций.

Особую категорию риска представляет медицинский персонал госпиталей, чьи обязанности предусматривают выполнение хирургических манипуляций или работу с кровью (хирургические, гематологические, лабораторные, гемодиализные отделения). При обследованиях выявляется, что носителями маркеров гемоконтактных вирусных гепатитов являются до 15-62% персонала, работающего в этих отделениях. Эти категории лиц в ЛПУ составляют и поддерживают мощные резервуары хронических вирусных гепатитов.

На долю других инфекций, регистрируемых в ЛПУ, приходится до 5-6% от общей заболеваемости. К таким инфекциям относятся грипп и другие острые респираторные инфекции, дифтерия, туберкулез и др.

Распространение ВБИ в России

По данным официальной статистики, ежегодно в Российской Федерации регистрируется от 50 до 60 тыс. случаев ВБИ, однако, по расчетным данным, эта цифра в 40-50 раз выше. Согласно данным выборочных исследований, в Российской Федерации ВБИ переносят до 8% пациентов, т. е. около 2-2,5 млн чел. в год .

В хирургических стационарах в России, по материалам официальной регистрации, частота ВБИ составляет 0,2-0,3%, в то время как по данным специальных исследований - 15-18% .

Следовательно, регистрируемый уровень заболеваемости ВБИ в Российской Федерации не отражает его истинного значения.

ВБИ преимущественно регистрируются в родовспомогательных учреждениях (34,1%) и хирургических стационарах (28,7%). Далее следуют стационары терапевтического профиля (18,7%) и детские стационары (10,5%). В амбулаторно-поликлинических учреждениях зарегистрировано 8,0% случаев ВБИ. Данные о случаях ВБИ по службе скорой медицинской помощи в доступных нам источниках отсутствуют.

В структуре ВБИ ведущее место занимают гнойно-септические инфекции (далее - ГСИ), доля которых составляет от 60 до 85% . На хирургические стационары приходится около 92% случаев ГСИ .

Частота ВБИ варьирует в широких пределах и зависит от типа стационара, степени инвазии и агрессии лечебно-диагностического процесса, характера основной патологии, тактики применения антибактериальных препаратов, дезинфектантов и других факторов.

Основными возбудителями ВБИ в стационарах различного профиля являются стафилококки (в первую очередь, золотистый стафилококк, затем идут эпидермальный и сапрофитический стафилококки), грамотрицательные бактерии (кишечная палочка, протей, клебсиеллы, иррации, энтеробактерии, синегнойные палочки и др.), респираторные вирусы, дрожжеподобные грибы рода *Candida* и плесневые грибы рода *Aspergillus* .

Анализ имеющихся данных показывает, что в структуре внутрибольничной инфекции, выявляемых в крупных многопрофильных ЛПУ, гнойно-септические инфекции (ГСИ) занимают ведущее место, составляя до 75-80% от их общего количества. Наиболее часто гнойно-септические инфекции регистрируются у больных хирургического профиля, в особенности в отделениях неотложной и абдоминальной хирургии, травматологии и урологии. Основными факторами риска возникновения гнойно-септической инфекции являются: увеличение числа носителей штаммов резидентного

типа среди сотрудников, формирование госпитальных штаммов, увеличение обсеменности воздуха, окружающих предметов и рук персонала, диагностические и лечебные манипуляции, несоблюдение правил размещения больных и ухода за ними и т.д.

Другая большая группа внутрибольничной инфекции - кишечные инфекции. Они составляют в ряде случаев до 7-12% от их общего количества. Среди кишечных инфекций преобладают сальмонеллезы. Регистрируются сальмонеллезы в основном (до 80%) у ослабленных больных хирургических и реанимационных отделений, перенесших обширные полостные операции или имеющих тяжелую соматическую патологию. Выделяемые от больных и с объектов внешней среды штаммы сальмонелл отличаются высокой антибиотикорезистентностью и устойчивостью к внешним воздействиям. Ведущими путями передачи возбудителя в условиях ЛПУ являются контактно-бытовой и воздушно-пылевой.

Значимую роль во внутрибольничной патологии играют гемоконтактные вирусные гепатиты В, С, D, составляющие 6-7% в ее общей структуре. Более всего риску заболевания подвержены больные, которым проводятся обширные хирургические вмешательства с последующей кровезаместительной терапией, программный гемодиализ, инфузионная терапия. Обследования, проводимые стационарным больным с различной патологией, выявляют до 7-24% лиц, в крови которых обнаруживаются маркеры этих инфекций. Особую категорию риска представляет медицинский персонал госпиталей, чьи обязанности предусматривают выполнение хирургических манипуляций или работу с кровью (хирургические, гематологические, лабораторные, гемодиализные отделения). При обследованиях выявляется, что носителями маркеров гемоконтактных вирусных гепатитов являются до 15-62% персонала, работающего в этих отделениях. Эти категории лиц в ЛПУ составляют и поддерживают мощные резервуары хронических вирусных гепатитов.

На долю других инфекций, регистрируемых в ЛПУ, приходится до 5-6% от общей заболеваемости. К таким инфекциям относятся грипп и другие острые респираторные инфекции, дифтерия, туберкулез и др.

Методы профилактики ВБИ

Профилактика ВБИ должна быть многоплановой и ее весьма трудно обеспечить по ряду организационных, эпидемиологических, научно-методических причин. Эффективность борьбы с ВБИ определяется планировкой ЛПУ в соответствии с последними научными достижениями, современным оснащением и строгим соблюдением противоэпидемического режима на всех этапах обслуживания больных. В ЛПУ независимо от профиля необходимо свести к минимуму возможность заноса инфекции, исключить внутригоспитальные заражения, исключить вынос инфекции за пределы ЛПУ.

Профилактика внутрибольничных инфекций предполагает микробиологический мониторинг с использованием современной медицинской аппаратуры и новейших лекарств.

Основные направления профилактики ВБИ:

- применение современных антибиотиков, в основном зарубежного производства;
- комплекс дезинфекционно-стерилизационных мероприятий с применением современных дезинфицирующих средств;
- применение тканевых и полимерных стерильных повязок, тотально имплантируемых катетеров и помп для снижения частоты катетерассоциированных инфекций;
- медперсонал во избежание переноса ВБИ не должен забывать о значении мытья рук;
- специальные меры защиты больного - асептические палаты, контроль состояния внутривенных катетеров, проверка наличия сосудистой инфекции;
- повышение качества реактивов для микробиологических исследований;
- свободный режим посещения; при свободном доступе посетителей пришедшие с «воли» микроорганизмы конкурируют с «хозяевами» стационаров активнее любого дезсредства, а в родовспомогательных учреждениях рекомендуется совместное пребывание матери и ребенка, раннее прикладывание к груди со свободным вскармливанием, ранняя выписка из стационара (на 2-4-й день);
- сокращение сроков госпитализации;
- программы охраны здоровья больничного персонала.

В последние годы из-за нехватки персонала сложилась практика совмещения обязанностей медсестры, акушерки и санитарки. Недопустимо осуществлять мытье палат и других помещений в часы, предназначенные для проведения тех или иных манипуляций, предусмотренных функциональными обязанностями медсестры или акушерки.

Обязательно должна быть защита медицинского персонала от ВБИ. Проблеме инфицирования медицинских работников при выполнении ими должностных обязанностей уделяется все большее внимание. Уровень заболеваемости ВБИ среди медработников зависит от различных факторов: организации работы в ЛПУ, используемых медицинских технологий и инструментов, обеспеченности медперсонала индивидуальными средствами защиты, а также от понимания медперсоналом проблемы ВБИ и риска инфицирования. Мытье рук является самым простым и в тоже время очень эффективным мероприятием по предупреждению распространения нозокомиальных инфекций. Мытье рук необходимо до и после общения с пациентом, после снятия перчаток, после прикосновения к неодушевленным предметам, которые могут быть загрязнены микроорганизмами.

Огромное значение в профилактике инфицирования медицинского персонала имеет использование средств индивидуальной защиты: перчаток, масок, очков и защитной медицинской одежды. Для профилактики инфицирования медработников возбудителями ВБИ очень важно, чтобы медработники соблюдали весь комплекс мер по охране здоровья, включая использование индивидуальных средств защиты, иммунизацию, регулярные медицинские осмотры, а также правила техники безопасности.

Самое эффективное средство инфекционного контроля в больницах - частое и основательное мытье рук, так как через руки передается больше болезней, чем другими способами.

Необходимо проводить ряд профилактических и противоэпидемических мероприятий в отношении медицинского персонала. Среди таких мероприятий следует отметить ежегодное диспансерное обследование медицинского персонала с исследованием крови на ВИЧ-инфекцию, сифилис, маркеры вирусных гепатитов (В и С), флюорографией органов грудной клетки, осмотром врачами-специалистами. Также важны и методы специфической иммунопрофилактики ряда инфекций (дифтерия, гепатит В), специфической профилактики ВБИ с помощью эубиотиков (препарат аципол при гриппе и ОРЗ).

Так же не мало важным фактором является гигиена пациента. Пациенты должны мыться самостоятельно или с помощью медицинского персонала, причем мытье следует начинать с более чистых мест и переходить к более загрязненным. Необходима также тщательная гигиена ротовой полости, включая чистку зубов. Следует регулярно внимательно исследовать и рот, и

кожу на наличие инфекции и при необходимости сразу же проводить лечение.

Для уменьшения микробного загрязнения окружающих поверхностей очень важны правила тщательного мытья и дезинфекции всех предметов и оборудования в лечебных учреждениях. Дезинфекция - процесс уничтожения большинства патогенных микроорганизмов, за исключением бактериальных спор. Стерилизация - процесс уничтожения всех форм микробной жизни, включая бактерии, вирусы, споры и грибы. Стерилизацию можно проводить паровым, воздушным или химическим методом в зависимости от технических возможностей и вида стерилизуемого материала. По первому режиму температура стерилизации в камере 180°C, время 60 мин; по второму режиму температура стерилизации в камере 160°C, время стерилизации 150 мин, согласно прописи ОСТ 42-21-2-85. Чистота в помещениях ЛПУ является его своеобразной «визитной карточкой». Это первое, на что обращает внимание пациент, посещая поликлинику или поступая в стационар на лечение. Под санитарной обработкой поверхностей в помещениях ЛПУ подразумевается их очистка от грязи, пыли, субстратов биологического происхождения и дезинфекция, т.е. уничтожение на поверхностях микроорганизмов - возбудителей инфекционных заболеваний. Санитарная обработка помещений ЛПУ проводится с применением моющих или дезинфицирующих с моющим эффектом средств.

Средства для дезинфекции поверхностей в помещениях ЛПУ должны соответствовать следующим требованиям:

1. обеспечивать гибель возбудителей внутрибольничных инфекций -- бактерий, вирусов, грибов при комнатной температуре;
2. обладать моющими свойствами, или хорошо совмещаться с моющими средствами;
3. иметь относительно низкую токсичность (4-3 класс опасности) и быть безвредными для окружающей среды;
4. быть совместимыми с различными видами материалов;
5. быть стабильными, неогнеопасными, простыми в обращении; В настоящее время в России разрешены к применению 242 средства дезинфекции из различных химических групп

Порядок проведения санитарной обработки поверхностей в помещениях (пол, стены, двери и др., жесткая мебель, поверхности аппаратов, приборов, оборудования и т.д.), необходимость использования моющих или дезинфицирующих средств, частота проведения обработок зависят от профиля ЛПУ и функционального назначения конкретного помещения.

Роль сестринского персонала в снижении внутрибольничных инфекций

В профилактике ВБИ в стационарах младшему и среднему персоналу отводятся главенствующая роль -- роль организатора, ответственного исполнителя, а также контрольная функция. Ежедневное, тщательное и неукоснительное соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в ходе исполнения своих профессиональных обязанностей составляет основу профилактики ВБИ.

Проблема профилактики ВБИ является многоплановой и весьма трудна для решения по целому ряду причин - организационных, эпидемиологических, научно-методических. Эффективность борьбы с ВБИ определяется тем, соответствует ли конструктивное решение здания ЛПУ последним научным достижениям, а также современным оснащением ЛПУ и строгим выполнением требований противоэпидемического режима на всех этапах предоставления медицинской помощи. В ЛПУ независимо от профиля должны выполняться три важнейших требования:

- сведение к минимуму возможности заноса инфекции;
- исключение внутригоспитальных заражений;
- исключение выноса инфекции за пределы лечебного учреждения.

Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) наиболее распространенными инфекционными заболеваниями на сегодняшний день являются:³

* заболевания, предотвращаемые путем вакцинации, такие, как: полиомиелит, столбняк, корь, дифтерия, коклюш

*кишечные инфекции

*острые респираторные инфекции

*туберкулез

* болезни, передаваемые половым путем: сифилис, гонорея, мягкий шанкр, хламидиоз, генитальный герпес, СПИД и др.

Говоря о важности профилактики ВБИ, следует отметить, что проблема эта безусловно комплексная и многогранная. Каждое из направлений профилактики ВБИ предусматривает ряд целенаправленных санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, имеющих целью предотвращение определенного пути передачи инфекционного агента внутри стационара, и достойно отдельного рассмотрения, однако в рамках данной публикации мы отметим лишь вопросы дезинфекции и стерилизации.

В вопросах профилактики ВБИ в стационарах младшему и среднему медперсоналу отводится основная, главенствующая роль - роль организатора, ответственного исполнителя, а также контролера. Ежедневное, тщательное и неукоснительное выполнение требований санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в ходе исполнения своих профессиональных обязанностей и составляет основу перечня мероприятий по профилактике ВБИ.

Вывод

Внутрибольничные инфекции (ВБИ, госпитальные, нозокомиальные) - актуальная проблема для работников любого звена здравоохранения. ВБИ - инфекции, которые не были обнаружены ни в открытом, ни в скрытом виде в момент поступления больного в стационар. То же касается сотрудников больницы, если заболевание наступило вследствие их работы в лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ). Состояние больного квалифицируется как инфекция, если оно проявляется в виде нозологического заболевания, а не высева колоний, означающих присутствие микроорганизмов, которые не оказывают на организм хозяина отрицательного воздействия. Однако больной с бессимптомным вариантом также может считаться инфицированным, если патогенные микроорганизмы обнаружены в таком участке тела, который обычно является стерильным, например, в цереброспинальной жидкости или в крови.

Рост ВБИ связан с созданием крупных больничных комплексов, бурным развитием реанимационной техники, новых видов терапевтического и диагностического оборудования, применением новейших препаратов, обладающих иммунодепрессивными свойствами, постоянным наличием массы источников возбудителей инфекций у лиц, поступающих в стационар с нераспознанными инфекционными заболеваниями, тесного контакта больных и медицинского персонала. В США от ВБИ ежегодно страдает более 2 млн человек. В России регистрируется около 30 тыс случаев. Однако эти цифры в лучшем случае занижены в 30 раз. Прежде всего это касается инфекции мочевых путей, пневмонии, гнойно-септических заболеваний среди новорожденных, родильниц, оперированных больных.

Список литературы

1. Акимкин В.Г. Группы внутрибольничных инфекций и системный подход к их профилактике в многопрофильном стационаре // Эпидемиология и инфекционные болезни. -- 2010. - 56с.
2. Акимкин В.Г. Организация деятельности больничного эпидемиолога и основные направления профилактики внутрибольничных инфекций в многопрофильном стационаре. Методические указания по эпидемическому надзору за внутрибольничными инфекциями №28-6/34 от 02.12.1987 г
3. Быстрыкова Л.В., Сорокина О.А., Александрова К.А. К вопросу об эволюции внутрибольничных инфекций / Микст-инфекции у детей: Материалы Межрегиональной научно-практической конференции. - Спб.: НИИ детских инфекций; М., 2009. - Ч. 1. -25-33 с.
4. Веткина И.Ф., Комаринская Л.В., Ильин И.Ю., Соловьева М.В. Современный подход к выбору дезинфицирующих средств в системе профилактики внутрибольничных инфекций. - М.: ФАРМиндекс-Практик, 2010, вып. 7. 13-20. с.
5. Закиров И.И., Кумирова Э.В. Долговременный венозный доступ в педиатрии. Стратегия снижения частоты катетерассоциированных инфекций // Медицинская сестра. - 2010. - № 3
6. Коршунова Г.С. Состояние заболеваемости внутрибольничными инфекциями в Российской Федерации // Главная медицинская сестра. - изд.№ 8. 2010. - 35с.
7. Кудрявцева Е.Е., Железный А.В., Манькович Л.С. Оптимизация выбора дезинфицирующих средств для профилактики внутрибольничных инфекций. -- Актуальные проблемы дезинфектологии в профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний // Материалы Всерос. науч. Конференции -- М.: ИТАР-ТАСС, 2012. -- 244 с.
8. Маркова Ю.Н. Обучение в области профилактики и контроля внутрибольничных инфекций // Дезинфекц. дело. № 3. -- 2010 -- 57с.
9. Меньшиков Д.Д., Каншин Н.Н., Пахомова Г.В. и др. Профилактика и лечение внутрибольничных гнойно-септических инфекций // Эпидемиология и инфекционные болезни. -- 2010. -- № 5.
10. Рыжонина Т.В. Профилактика внутрибольничной инфекции // Медицинская сестра. - 2011. - № 7.

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой практики «Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (помощник младшего медицинского персонала, научно-исследовательская работа)» на кафедре хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов по специальности 31.05.02 Педиатрия студента I курса 1 группы



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.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики,
доцент кафедры хирургических
болезней педиатрического и
стоматологического факультетов, к.м.н.



В.А. Голуб