

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов



РЕФЕРАТ

на тему:

УСТРОЙСТВО И РЕЖИМ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Выполнил: студент 9 группы
1 курса, педиатрического факультета
Селимова Эрена Ямутдиновна.

Волгоград – 2018 г.

Содержание

Введение.....	3
1. Виды лечебных учреждений.....	4-7
2. Устройство лечебных учреждений.....	7-8
3. Структура приемного отделения.....	8-9
4. Структура лечебного отделения.....	9-11
5. Лечебно-охранительный режим в лечебных учреждениях.....	11-12
6. Санитарно-противоэпидемиологический режим лечебных учреждениях.....	13-15
Заключение.....	16
Список литературы.....	17

Введение

Медицинские учреждения – это специализированные лечебно-профилактические заведения, в которых людям с теми или иными заболеваниями оказывается полный спектр медицинских услуг: диагностика, лечение, реабилитация после перенесенных болезней.

Как правило, медицинское обслуживание населения в России состоит из нескольких систем.

- терапевтические медицинские учреждения;
- хирургические и травматологические учреждения;
- педиатрические медицинские учреждения;
- профилактические медицинские учреждения — санатории и профилактории;
- специальные медицинские учреждения — отделения экспертизы, станции и отделения скорой медицинской помощи, медицинские службы спасения, отделения и станции переливания крови;
- родильные дома.

Каждое лечебное учреждение имеет свою уникальную структуру и режим, которые соответствуют его функциям.

Целью данного реферата является изучение устройства и режима лечебных учреждений. **Задачами реферата** являются:

1. ознакомиться с видами лечебных учреждений;
2. описать устройство лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), приёмного и лечебного отделения;
3. ознакомиться с лечебно-охранительным и санитарно-противоэпидемиологическим режимом.

Виды лечебных учреждений

В России для оказания медицинской помощи населению создана широкая сеть лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). Выделяют следующие типы лечебно-профилактических учреждений:

- стационарные
- амбулаторные
- санаторно-курортные

К **стационарным** (ЛПУ) относятся **больницы** и **госпитали**. Они предназначены для оказания экстренной медицинской помощи, а также планового лечения, выполнения сложных и объемных диагностических процедур и исследований в тех случаях, когда это невозможно в амбулаторных условиях по медицинским показаниям или по техническим причинам. Различают монопрофильные, то есть специализированные стационары, которые предназначены для лечения пациентов с каким-либо одним заболеванием и многопрофильные. В состав многопрофильного стационара входит несколько отделений, например, хирургическое, терапевтическое, гинекологическое и так далее. К стационарным учреждениям относятся также **родильные дома**, в функции которых входит родовспоможение, лечение беременных, родильниц.

Госпитали в основном оказывают медицинскую помощь действующим и бывшим служащим «силовых» ведомств, ветеранам войн, а также лицам, пострадавшим в результате военных действий.

Клиника (клиническая больница) – стационарное учреждение, в котором помимо лечебной работы в обязательном порядке выполняются научные исследования, и осуществляется обучение студентов и специалистов. Помимо стационарных, существуют также ЛПУ амбулаторного типа, санаторно-курортного типа и станции скорой помощи. Функции амбулаторных учреждений различны.

Диспансеры – самостоятельное специализированное лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для оказания лечебно-профилактической помощи определенным группам больных.

Поликлиники – многопрофильные лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) – предназначены для оказания медицинской (в том числе специализированной) помощи и обследования больных по территориально-участковому принципу.

Амбулатории – это ЛПУ, оказывающие специализированную медицинскую помощь в меньшем объеме. Врачи проводят прием лишь по основным специальностям. Принцип работы амбулаторий также территориально-участковый, но располагаются они преимущественно в сельской местности, недалеко от фельдшерско-акушерских пунктов.

Фельдшерско-акушерский пункт (ФАП) – амбулаторно-поликлиническое учреждение в сельской местности. Организуется в сельской местности, если населенный пункт удален от других лечебно-профилактических учреждений на расстояние свыше 4-6 километров. Работает по участковому принципу. Входит в состав сельской или центральной районной больницы. Как правило, штат ФАПа: фельдшер - акушерка - санитарка. Персонал ФАПа проводит первую доврачебную помощь на амбулаторном приеме и на дому. На него возлагается выполнение назначений врача, привлечение жителей участка на плановые обследования, участие в проведении диспансеризации населения и выполнение профилактических мероприятий.

Важный раздел работы ФАПа – оказание медицинской помощи во время беременности и родов, родовспоможение, наблюдение за родильницами на дому, после их выписки из стационара, наблюдение за детьми в возрасте до 3-х лет, медицинское обслуживание детских дошкольных учреждений и школ на территории участка. Работники ФАПа обеспечивают раннее выявление инфекционных больных, проводят противоэпидемические мероприятия, санитарный надзор за территорией населенных мест, производственными помещениями, водоснабжением, предприятиями общественного питания, торговли, коммунальными объектами. Сотрудники ФАПа оказывают экстренную и неотложную доврачебную помощь. В структуре ФАПа предусмотрены койки для госпитализации рожениц, а также

для временной изоляции инфекционных больных. Должен быть аптечный пункт для продажи готовых лекарств и предметов санитарии и гигиены.

Здравпункты обычно не являются самостоятельными ЛПУ и входят либо в состав поликлиник, либо медико-санитарных частей. Они располагаются обычно вблизи от рабочего места обслуживаемого контингента (крупный цех, строительный участок и т. д.) и бывают двух видов: врачебные и фельдшерские. В них оказывается доврачебная и первая врачебная помощь при травмах, отравлениях, внезапных заболеваниях. Персонал здравпунктов активно участвует в диспансеризации и санитарно-просветительской работе.

К амбулаторным учреждениям относятся также **женские консультации**. В их функции входит раннее выявление, лечение и диспансеризация больных с гинекологическими заболеваниями; диспансерное наблюдение, а при необходимости и лечение беременных женщин. Важное место в их работе отводится санитарно-просветительской работе и обучению беременных необходимым навыкам ухода за новорожденными.

Медико-санитарная часть (МСЧ) – это комплекс ЛПУ, предназначенных для медобслуживания рабочих и служащих промышленных предприятий, организаций. Она действует по принципу цеховой участковости и максимально приближена к месту работы рабочих и служащих. В состав МСЧ могут входить: поликлиника, стационар, здравпункты, профилакторий и т.д. Функции МСЧ: оказание амбулаторной и стационарной медицинской помощи, проведение профосмотров, разработка комплекса профилактических мероприятий, направленных на улучшение условий труда, выявление и мониторинг профессиональных вредностей.

Территориальное медицинское объединение (ТМО), как и МСЧ является собой комплекс ЛПУ, однако ТМО осуществляет медобслуживание не по производственному принципу, а по территориальному.

Станции скорой помощи – лечебные учреждения, круглосуточно оказывающие экстренную медицинскую помощь населению (в случае травм, отравлений, ранений, угрожающих жизни внезапных заболеваниях) на догоспитальном этапе, а также при родах, и госпитализацию больных, нуждающихся в стационар-

ном лечении, либо рожениц в родильные дома. В крупных городах существуют линейные подстанции скорой помощи и специализированные, такие, например, как кардиологические, реанимационные, психиатрические и др.

К учреждениям **санаторного** типа относятся санатории, профилактории и другие учреждения, деятельность которых основана на использовании для лечения и профилактики заболеваний преимущественно природных лечебных факторов (климат, целебные грязи, минеральные источники и др.), а также диетотерапии, физиотерапии и лечебной физкультуры.

Устройство лечебных учреждений

Районные, городские и сельские больницы располагаются обычно в центре обслуживаемой территории и вдали от крупных предприятий, загрязняющих воздух, являющихся источником шума. Специализированные больницы располагаются в зависимости от профиля. Строят больницы по различным системам. При павильонной системе на территории больницы размещаются небольшие (1–3 этажа) отдельные здания. Такой тип планировки удобен для инфекционных больниц. При централизованной системе больница размещается в одном или нескольких крупных зданиях, соединенных в одно целое крытыми наземными или подземными коридорами. При смешанной системе строится крупное здание, в котором размещаются основные лечебные неинфекционные отделения, и несколько небольших зданий для размещения инфекционных отделений, хозяйственных служб и так далее.

Территория больницы делится на три зоны: зону лечебных и лечебно-профилактических зданий (здания для лечебных и лечебно-вспомогательных отделений больницы, патологоанатомическое отделение, парк с физкультурными площадками и солярием); зону хозяйственного двора (кухня, прачечная, овощехранилище, гараж и т. д.); защитную зеленую зону шириной не менее 15 м, а перед лечебными зданиями не менее 30 м. Лечебная и хозяйственная зоны должны иметь отдельные въезды.

Стационар включает в себя приёмное отделение, лечебные и диагностические отделения, административный и хозяйственный блоки.

При строительстве основных лечебно-профилактических зданий больницы принята коридорная система с двусторонней или односторонней застройкой. При односторонней застройке коридор хорошо освещен и хорошо проветривается, в него выходят двери палат или кабинетов. Ширина коридоров в стационарах должна быть 2,2 м, а в поликлинике – 3,2 м. В детских и туберкулезных больницах, кроме коридоров, есть еще закрытые и открытые веранды и балконы, предназначенные для пребывания больных на воздухе. Стены в кабинетах, палатах и коридорах окрашивают в светлые тона. Нижние части стен (панели) покрывают масляной краской, верхние – клеевой. Лепные украшения для стен и потолков не применяются. В операционных и перевязочных, в помещениях санитарных узлов и пищеблоков масляной краской покрывают целиком стены и потолки, но лучше стены этих помещений облицевать глазурованными плитками. Переходы от стен к потолку и от стены к стене должны быть закруглены. Полы в медицинских учреждениях должны быть легко моющимися, непроницаемыми для влаги и не должны иметь щелей.

В палатах целесообразно покрывать полы линолеумом, допустимы и деревянные плотно пригнанные и хорошо покрашенные полы. Паркетные полы не должны иметь щелей. В помещениях, нуждающихся в частом мытье, полы покрывают метлахской плиткой. Такие полы обязательны в операционных, родовых.

Структура приемного отделения

Приёмный покой – важное лечебно-диагностическое отделение, предназначенное для регистрации, приёма, первичного осмотра, антропометрии (греч. anthropos – человек, metreo – измерять), санитарно-гигиенической обработки поступивших больных и оказания квалифицированной (неотложной) медицинской помощи.

Устройство приёмного отделения больницы зависит от профиля стационара; оно включает в себя, как правило, следующие кабинеты:

- **зал ожидания:** в нём находятся больные, не нуждающиеся в постельном режиме, и сопровождающие пациентов лица;

- **регистратура:** в этом помещении проводят регистрацию поступающих больных и оформление необходимой документации;

- **смотровой кабинет** (один или несколько): предназначен для врачебного осмотра больных с постановкой предварительного диагноза и определением вида санитарно-гигиенической обработки, антропометрии, термометрии и при необходимости других исследований (например, электрокардиографии (ЭКГ));

- **санпропускник** с душевой (ванной), комнатой для переодевания;

- **диагностический кабинет** – для больных с неустановленным диагнозом;

- **изолятор** – для больных, у которых подозревается инфекционное заболевание;

- **процедурный кабинет** – для оказания экстренной помощи;

- **операционная (перевязочная)** – для оказания экстренной помощи;

- **рентгенологический кабинет** (исследование внутренней структуры объектов, которые проецируются при помощи рентгеновских лучей на специальную плёнку или бумагу);

- **лаборатория;**

- **кабинет дежурного врача;**

- **кабинет заведующего приёмным отделением;**

- **туалетная комната;**

- **помещение для хранения одежды поступивших больных.**

Структура лечебного отделения

Лечебное (терапевтическое) отделение включает:

- **палаты для больных;**

- **процедурный кабинет** (кабинеты) для выполнения инъекций и децентрализованной стерилизации необходимого для работы материала;

- **процедурный кабинет** (где проводится постановка клизм, промывания желудка и др.);

- **кабинеты заведующего отделением и врачей** (ординаторская);

- **комната для дежурного сестринского персонала, и кабинет старшей медицинской сестры;**

- комнату гигиены для персонала;
- буфетную для раздачи пищи и столовую для больных;
- санитарный блок (туалет, ванная и душевая комната);
- бельевая для хранения чистого нательного и постельного белья, халатов и пижам для больных;
- хозяйственную комнату для хранения инвентаря;

Структура лечебного отделения зависит от его профиля, количества коек, организации больницы.

Если в больнице нет отдельно выделенного функционально-диагностического отделения, то в структуре отделения могут быть и диагностические кабинеты: эндоскопический, функциональной диагностики и др.

По существующим нормативам в терапевтическом отделении на каждые 25-30 имеется пост медицинской сестры.

Оснащение поста медицинской сестры:

- стол с закрывающимися на ключ ящиками и стул (кресло);
- шкаф для лекарственных средств и термометров, закрывающийся на замок;
- сейф для хранения лекарственных средств списков А и Б;
- холодильник для хранения инфузионных растворов и скоропортящихся медикаментов;
- шкаф для хранения предметов ухода;
- передвижной столик для раздачи лекарств;
- столик для подготовки к манипуляциям;
- раковина с холодной и горячей водой;

Расположение поста должно быть таким, чтобы медсестра могла видеть палаты, относящиеся к посту. Должна работать сигнализация вызова медицинской сестры больными из палат (звонок, световое табло).

Необходимо, чтобы на посту было табло с указанием фамилии, имени и отчества дежурной медсестры. На посту должен быть телефон со списком номеров телефонов подразделений больницы, аварийных служб, огнетушитель, план

эвакуации больных с отделения и из лечебно-профилактического учреждения в случае аварийной ситуации.

Лечебно-охранительный режим в лечебных учреждениях

Лечебно-охранительный режим в лечебно-профилактических учреждениях предусматривает создание оптимальных условий для выздоровления пациента. В лечебно-охранительный режим входит определенная организация дня пациента – расписание выполнения лечебно-диагностических мероприятий, режим питания, сна, общения с посетителями и др.

Кроме того, лечебно-охранительный режим включает создание у пациента определенного психологического настроения на выздоровление, улучшение состояния, преодоление проблем со здоровьем. Поэтому персоналу рекомендуется проявлять доброжелательность к пациентам, разговаривать спокойным, негромким голосом, соблюдать по возможности установленный для них режим дня.

Пациентов, страдающих тяжелыми заболеваниями или находящихся на строгом постельном или постельном режиме, рекомендуется помещать в отдельные палаты или отгораживать ширмой на время проведения гигиенических мероприятий и физиологических отправок. Это необходимо для комфортного самочувствия самого пациента и окружающих его людей. Для соблюдения тишины персоналу медицинского учреждения рекомендуется носить бесшумную обувь.

Не следует включать громкую музыку, кричать, выяснять отношения в присутствии пациента. Комфортные и уютные палаты помогают адаптироваться пациентам к больничным условиям, создают благоприятный психологический фон. При отделке помещений в лечебно-профилактических учреждениях следует использовать экологичные материалы теплых цветов. Это также положительно влияет на психологическое состояние пациента.

В зависимости от состояния больного ему могут быть назначены различные виды режима – общий, полупостельный, постельный, строгий постельный.

Строгий постельный режим рекомендован для обеспечения пациенту максимального покоя. При нем больной постоянно находится либо в горизон-

тальном положении на спине, либо в полусидячем положении с приподнятым изголовьем кровати. Пациенту, которому назначен строгий постельный режим, не позволяется самостоятельно менять положение тела и осуществлять движения в крупных суставах. Такой пациент нуждается в полном уходе (все гигиенические процедуры, кормление, помощь при физиологических отправлениях осуществляет медсестра).

Постельный режим показан, когда состояние здоровья пациента позволяет немного активизировать его движения. Основную часть времени такой больной проводит в горизонтальном или сидячем положении с приподнятым изголовьем. При этом ему позволяется выполнять движения конечностями, поворачиваться в постели, а также самостоятельно умываться и есть. Тем не менее пациенту необходимо помогать во время приема пищи, подавать судно, менять постельное и нательное белье и многое другое.

Палатный (полупостельный) режим рекомендован при необходимости постепенного увеличения двигательной активности. Пациенту, находящемуся на палатном режиме, разрешается половину дневного времени находиться в сидячем положении, несколько раз в день можно прохаживаться по палате.

Свободный (общий) режим показан при необходимости увеличить физическую нагрузку. При данном режиме большую часть времени пациент проводит вне постели, выходит за пределы палаты, допускаются прогулки на свежем воздухе. Однако тихий час пациент проводит, непременно лежа в постели. В лечебно-профилактических учреждениях санаторного типа существуют три разновидности общего режима.

Щадящий режим по уровню физических нагрузок соответствует общему режиму в стационаре. Пациентам разрешаются прогулки на территории санатория, но определенная часть дневного времени должна проводиться в сидячем положении и относительном покое.

Щадяще-тренирующий режим предполагает участие пациента в экскурсиях и массовых культурных мероприятиях, ему разрешаются более длительные

прогулки в окрестностях санатория. Тренирующий режим допускает значительно более длительные прогулки и активное участие в любых мероприятиях.

Санитарно-противоэпидемиологический режим в лечебных учреждениях

Санитарно-противоэпидемиологическим режимом называется комплекс организационных, санитарно-профилактических и противоэпидемиологических мероприятий, целью проведения которых является предотвращение возникновения и распространения внутрибольничной инфекции. Полная обработка изделий медицинского назначения включает несколько этапов – дезинфекцию, предстерилизационную обработку и стерилизацию.

Дезинфекция – это мероприятия, направленные на уничтожение возбудителей заболеваний в окружающей среде. Дезинфекционной обработке в лечебно-профилактических учреждениях подлежат все предметы, имеющие непосредственный контакт с раневыми поверхностями, кровью, выделениями больных. Дезинфекции подвергаются все предметы, используемые в уходе за пациентами (грелки, термометры, посуда и др.). Загрязненный медицинский инструментарий и перчатки помещают в емкость с дезинфицирующим раствором на 1 ч., после чего промывают водой до полного исчезновения запаха хлора. Используют 5 %-ный раствор хлорамина для дезинфекции одноразового инструментария, 3 %-ный раствор хлорамина – для обработки инструментов, перчаток, использованной ветоши; 1 %-ный – для обработки поверхностей, термометров, мытья полов, кушеток; 0,5 %-ный – для обработки рук. Кроме того, для дезинфекции можно применять кипячение. Для дезинфекционной обработки помещений осуществляют влажную уборку с обеззараживающими растворами и фильтрацию воздуха.

Виды дезинфекции:

- профилактическая дезинфекция выполняется, если источники инфекции не обнаружены, но допускается их наличие, целью данного вида дезинфекции является снижение обсемененности инструментария, предметов обстановки и помещений и уменьшение вероятности заражения пациентов, профилактическая дезинфекция проводится постоянно или периодически;

- текущая дезинфекция в лечебно-профилактических учреждениях применяется постоянно, заключительная дезинфекция – после выписки или смерти пациента.

Методы дезинфекции:

- механический;
- физический;
- химический.

Механические методы дезинфекции предполагают вытряхивание предметов обстановки (ковров), чистку пылесосом, стирку и мытье, а также проветривание помещений, где находится больной, и фильтрацию воды. Целью механической дезинфекции является снижение количества микроорганизмов на обрабатываемых объектах. **Физические методы** дезинфекции предполагают ликвидацию микроорганизмов путем воздействия на них физическими методами, такими как прокаливание, обжигание, кипячение, обдувание сухим горячим воздухом, воздействие солнечным светом, радиацией и т. д. Физические методы дезинфекционной обработки можно комбинировать с химическими в специальных камерах. **Химические методы** дезинфекции осуществляются посредством воздействия на микроорганизмы химическими веществами, обладающими бактерицидным, спороцидным, вирулецидным и фунгицидным эффектом. Наиболее часто для химической дезинфекции применяются хлорсодержащие препараты, фенолы, формалин, перекись водорода и спирты.

Предстерилизационной очистке подлежат все предметы медицинского назначения непосредственно перед их стерилизацией. Данный вид обработки проводится с целью удаления с изделий белковых и жировых загрязнений и лекарственных средств. Все изделия, состоящие из нескольких деталей и подлежащие разборке, должны обрабатываться в разобранном виде. При проведении предстерилизационной обработки медицинский инструментарий и перчатки помещают в моющий раствор, нагретый до 50 °С (33 %-ный раствор перекиси водорода – 14 г, моющее средство – 5 г, дистиллированная вода – 981 г) на 15 мин. Каждый предмет в течение 20 с. промывают в моющем растворе, затем в течение

10 мин. ополаскивают под струей проточной воды. По окончании данного этапа очистки ставятся контрольные пробы на определение наличия остатков щелочи (фенолфталеиновая) и белковых загрязнений (азопирамовая).

Стерилизация – это полное уничтожение микроорганизмов, их вегетативных форм с медицинского инструментария и предметов медицинского назначения. Стерилизации подлежат все предметы, контактировавшие с раневой поверхностью, загрязненные кровью или инъекционными формами лекарственных препаратов, а также инструменты, которые при использовании могут повредить целостность слизистых оболочек.

Методы стерилизации:

- физический (паровой, воздушный, радиационный);
- химический (стерилизующие растворы и газы);
- воздушный метод (обработка инструментов в сухожаровых шкафах).

В стандартном воздушном стерилизаторе инструмент должен находиться 1 ч. при температуре 180 °С. Паровой метод стерилизации предполагает автоклавирование.

Используются два режима:

- температура пара 120 °С, давление 1,1 атм на протяжении 45 мин.;
- температура пара 132 °С, давление 2 атм в течение 20 мин.

Мягкий инвентарь, металлические и стеклянные изделия для стерилизации помещают в металлические биксы или двухслойные мешки из плотной ткани и осуществляют автоклавирование при температуре 132 °С, давлении 2 атм в течение 20 мин. Изделия из резины стерилизуют в тех же упаковках, но при другом температурном режиме – 120 °С и давлении 1,1 атм на протяжении 45 мин. На биксах отмечают дату и время проведения стерилизации.

При подготовке предметов медицинского назначения к стерилизации в упаковку закладывается термовременная лента «винар». При соблюдении определенного режима стерилизации она меняет свой цвет. Соответствие цвета индикаторной ленты шкале для сравнения возможно только при строгом соблюдении режима стерилизации. В специальном журнале учета стерилизации фиксируется

время начала и окончания процесса стерилизации и наклеивается фрагмент изменившей цвет винар-ленты. Радиационный метод стерилизации (γ -излучение) используется в заводских условиях.

Заключение

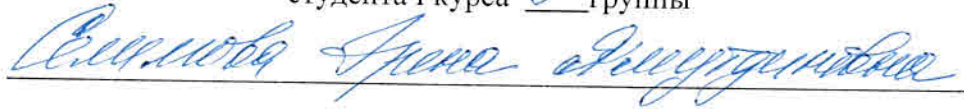
Успех любого медицинского учреждения во многом зависит от уровня управления. Особое значение имеет четкое определение функциональных обязанностей всех должностных лиц, работающих в поликлинике, от санитарки до главного врача, от соблюдения лечебно-охранительного и санитарно-противоэпидемиологического режима, от удобной и безопасной структуры лечебного учреждения и прибольничной территории.

Список литературы

- 1) Н.В. Туркина, А.Б. Филенко. Общий уход за больными. – М.: КМК, 2015. – 4-6, 11-12 с.
- 2) Барановский В.А. Справочник медицинской сестры. – М.: Феникс, 2013. – 26-29 с.
- 3) Основы общего ухода за больными. Методическое пособие ФГБОУ ВО «ДВГМУ» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Кафедра сестринского дела. – 2013. – 2-3 с.

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 9 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 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, последовательно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные 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 удовлетворительный анализ. 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 достаточен для решения поставленных задач, 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