



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Производственная практика по
получению профессиональных
умений и опыта
профессиональной деятельности
(помощник палатной
медицинской сестры, научно-
исследовательская работа)

Научно – исследовательская работа на тему
Подсчет суточного диуреза. Методика сбора мочи.

Выполнила:
обучающаяся 2 курса 9 группы
педиатрического факультета
Королева Арина Сергеевна

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ	4
ЗАДАЧИ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ	4
ОСНОВНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ПОНЯТИЯ	4
ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ	5
РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПОДСЧЕТЕ СУТОЧНОГО ДИУРЕЗА И В СБОРЕ МОЧИ.	13
СОБСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	13
ВЫВОД.....	15
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	16

ВВЕДЕНИЕ

Подсчет суточного диуреза и методика сбора мочи является важной частью обследования пациента, потому что благодаря этой методике можно установить такие состояния как: олигурия, (снижение диуреза, когда уровень выделяемой мочи снижается до половины литра за сутки). В некоторых случаях такая ситуация может не вызывать опасения. Например, если стоит жаркая погода, то большая часть жидкости выделяется с потом. Но есть и некоторые патологии, которые приводят к уменьшению суточного диуреза - нефрит, острый массивный гемолиз, поражение почечной паренхимы и инфекционное воспаление почек. Также к уменьшению выделения мочи приводит пониженное артериальное давление, полиурия (диурез, при котором количество выводимой мочи превышает три литра. Такое состояние бывает при таких болезнях почек, как пиелонефрит, сморщенная почка, почечная недостаточность. Кроме того, существуют патологии, которые не связаны с этим органом. Например, сахарный диабет также может вызвать повышенное выделение мочи. Также такое состояние наблюдается, если принимаются мочегонные таблетки или инъекции. Они своим действием обеспечивают удаление отёков, выводя из организма излишки жидкости, анурия (состояние, когда количество выделяемой за сутки мочи менее 50 мл). Алгоритм такого проявления может быть разным, но основная проблема в том, что жидкость не поступает в мочевыводящий канал. Основная причина анурии – это хронические болезни почек, в том числе и наличие камней в данном органе. Кроме того, такое проявление может произойти из-за доброкачественных или злокачественных новообразований, сердечно-сосудистой недостаточности или в результате сильного отравления алкоголем или тяжёлыми металлами.

Так же собранную мочу могут отправить на дополнительные анализы для выявления различной патологии мочевыделительной системы. Благодаря данной методике можно установить точный диагноз и рационально подобрать лечение.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ознакомится с методикой сбора суточного диуреза и с общей методикой сбора мочи. Понять роль медицинского персонала в проведении данной манипуляции и провести собственное исследование.

ЗАДАЧИ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ

1. Найти медицинскую литературу о показателях суточного диуреза и о правилах сбора мочи.
2. Провести исследование на данную тему.
3. Ознакомится с методиками сбора суточного диуреза и общими правилами сбора мочи у пациентов различных возрастов, пола, с различными патологиями.
4. Освоить данные методики.
5. Подвести итоги в своей научно-исследовательской работе.

ОСНОВНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ПОНЯТИЯ

Диурез – количество выделенной мочи за определенный промежуток времени

Олигурия – уменьшение суточного диуреза.

Полиурия – увеличение суточного диуреза.

Анурия – полное прекращение поступления мочи в мочевой пузырь.

Ишурия – задержка мочи, обусловленная невозможностью опорожнить мочевой пузырь.

Поллакиурия – учащенные мочеиспускания.

Энурез – недержание мочи.

Никтурия – выделение в ночные часы количества мочи равного или большего, чем в дневные.

Странгурия – болезненное мочеиспускание.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Понятие о диурезе. Методика определения суточного диуреза. Методика сбора мочи. Техника выполнения.

Диурез – количество выделенной мочи за определенный промежуток времени (суточный, дневной, ночной диурез). У здорового взрослого человека суточное выделение мочи составляет 67 — 75 % от количества выпитой жидкости. Минимальный объем мочи, необходимый для выделения почкой всех продуктов метаболизма, составляет 500 мл. В связи с этим объем потребления жидкости не должен быть ниже 800 мл/сут. В условиях стандартного водного режима (потребление 1-2 л жидкости) величина суточного диуреза составляет 800—1500 мл, соответственно величина минутного диуреза составляет 0,55-1 мл. Различают диурез дневной и ночной. У здорового человека отношение дневного диуреза к ночному составляет 3:1 или 4:1. При патологии это отношение изменяется в пользу ночного диуреза, развивается никтурия.

В зависимости от количества выделенных осмотически активных веществ и объема мочи различают осмотический диурез (большой объем мочи с высокой концентрацией осмотически активных веществ), антидиурез (малый объем мочи с высокой концентрацией осмотически активных веществ) и водный диурез (большой объем мочи с очень низкой экскрецией осмотических веществ).

Диурез водный — выделение гипоосмолярной мочи. При водном диурезе блокировано выделение АДГ, дистальные канальцы и собирательные трубочки непроницаемы для воды, осмолярность интерстиция почки невелика. Отношение концентрации осмотически активных веществ в моче к концентрации их в крови менее 1.

У здоровых лиц водный диурез развивается после потребления большого количества жидкости; отмечается при переходе от обычной двигательной активности к строгому постельному режиму, к состоянию невесомости. Наблюдается у больных при истинном и почечном несахарном диабете, гипокалиемии, гиперкальциемии, хроническом алкоголизме, при первичной, психогенной или постэнцефалитической полидипсии. В нефрологической клинике может наблюдаться у больных в фазу схождения отеков, в терминальной стадии ХПН, при ОПН.

Диурез осмотический — выделение большого объема мочи в результате повышенной экскреции осмотически активных веществ. Развивается

осмотический диурез в результате чрезмерной загрузки проксимального отдела нефрона осмотически активными веществами эндогенного (глюкоза, мочеви́на, бикарбонат) или экзогенного происхождения (маннит, простые сахара и др.). Наличие в просвете проксимальных канальцев эндогенных осмотически активных веществ в концентрациях, превышающих максимальную способность к их реабсорбции, или экзогенных нереабсорбируемых осмотически активных веществ приводит к снижению проксимальной реабсорбции воды. В результате в петлю нефрона и дистальные канальцы поступает большой объём жидкости. Ускоренный ток жидкости через нефрон препятствует созданию высокого осмотического градиента интерстиция, следствием чего является снижение реабсорбции воды в собирательных трубочках. В итоге выделяется большой объём жидкости с высоким содержанием осмотически активных веществ в ней. Концентрация натрия в моче колеблется в пределах 50-70 ммоль/л. Осмотический диурез развивается при сахарном диабете, ХПН, в ответ на применение осмотических диуретиков.

Для определения суточного диуреза накануне вечером необходимо приготовить чистую сухую банку емкостью 3л.

Первую утреннюю порцию мочи выливают и отмечают время. Последующие порции в течение суток собирают в одну емкость. Последний раз мочу берут утром следующего дня в отмеченное накануне время, затем переливают в градуированный цилиндр и измеряют ее количество.

Данные о количестве выпитой жидкости и выделенной мочи ежедневно записывают в специальную тетрадь (или непосредственно в историю болезни), указывая время, количество выпитой и выделенной жидкости, количество пищи, кала.

Суточный диурез необходимо измерять на протяжении нескольких (3-4) дней, так как увеличение или уменьшение суточного диуреза может быть следствием не заболевания, а особенностей питьевого или пищевого режима.

Суточная потребность в воде, л			
Вес, кг	При низкой физической активности	При умеренной физической активности	При высокой физической активности
50	1,55	2,00	2,30
60	1,85	2,30	2,65
70	2,20	2,55	3,00
80	2,50	2,95	3,30
90	2,80	3,30	3,60
100	3,10	3,60	3,90

Для определения количества мочи, выделяемой за сутки ребенком, пользуются следующей формулой:

Ориентировочно суточный диурез в норме у детей старше 1 года можно высчитать следующим образом:

$$600 + 100(x - 1) \text{ мл за 24 ч,}$$

где x — возраст ребенка в годах.

Число мочеиспусканий зависит от возраста ребенка: новорожденный мочится 20-25 раз в сутки, грудной ребенок — до 15 раз в сутки, в дошкольном возрасте — 6-7 раз в сутки.

Разовый объем мочеиспускания

- до года — 20-40 мл
- от 2 по 5 лет — 40-60 мл
- от 5 до 10 лет — 60-100 мл
- старше 10 лет — 100-200 мл

Суточный диурез у детей

Если среднесуточный диурез у взрослых колеблется в пределах границы от одного до двух литров, то нормальные показатели детского будут следующими:

- до года — 320-590 мл;
- от года до трех лет — 750-810 мл;
- от трех до пяти — 890-1060 мл;
- от пяти до семи — 1060-1310 мл;

- от семи до девяти –1230-1510 мл;
- от девяти до одиннадцати –1510-1660 мл;
- от одиннадцати до тринадцати –1590-1900 мл.

Допустимы небольшие отклонения данных цифр, приведено среднее значение нормы.

Олигурия – уменьшение суточного диуреза.

Полиурия – увеличение суточного диуреза.

Анурия – полное прекращение поступления мочи в мочевой пузырь.

Ишурия – задержка мочи, обусловленная невозможностью опорожнить мочевой пузырь.

Поллакиурия – учащенные мочеиспускания.

Энурез – недержание мочи.

Никтурия – выделение в ночные часы количества мочи равного или большего, чем в дневные.

Странгурия – болезненное мочеиспускание.

Болезненные, учащенные и затрудненные мочеиспускания объединяют в понятие дизурические расстройства.

При оценке суточного диуреза стараются с возможно большей точностью определить количество жидкости, поступившей с продуктами питания.

Условно овощи и фрукты считают продуктами, на 100% состоящими из воды, таким образом, количество жидкости, получаемой с ними, определяется их массой.

Учитывается и объем жидкости, вводимой больному парентерально.

Следует помнить, что практически не получается полного совпадения между количеством выпитой и выделенной жидкости. Это объясняется тем, что трудно учесть точно количество жидкости, теряемой при дыхании и потоотделении.

Количество выделенной жидкости составляет 65-75% от выпитой.

Для ряда пациентов сбор мочи можно осуществить только при катетеризации мочевого пузыря.

Катетеризация – введение катетера в мочевой пузырь с целью выведения из него мочи, промывания мочевого пузыря, введения лекарственного вещества или извлечения мочи для исследования.

Катетеризация требует особых мер предосторожности, чтобы не внести в мочевой пузырь микробы, так как его слизистая оболочка обладает слабой сопротивляемостью к инфекции. Вследствие этого катетеризация производится в случае необходимости.

Катетеры бывают мягкие, полужесткие (эластические) и жесткие (металлические). В детской практике используются только мягкие катетеры.

Для детей чаще используют катетеры равномерной толщины, с закругленным слепым концом, с овальным отверстием на боковой поверхности.

При проведении катетеризации необходимо учитывать анатомо-физиологические особенности строения мочевого пузыря и мочеиспускательного канала у детей.

Мочевой пузырь грудных детей расположен выше, чем у взрослых, при наполнении он большей частью заходит в брюшную полость, поэтому его легко прощупать на уровне пупка. С возрастом он опускается в полость таза.

Форма мочевого пузыря у детей раннего возраста овальная или грушевидная, а в наполненном состоянии имеет почти такую же форму, как у взрослого. Слизистая мочевого пузыря нежна, относительно толста, мышечный слой и эластические волокна развиты слабо.

Емкость мочевого пузыря у новорожденного – 50 мл, к 1 году – 200 мл, к 10 годам – 600-900 мл.

Мочеиспускательный канал мальчиков имеет более выраженную кривизну, чем у взрослых мужчин.

Длина мочеиспускательного канала у новорожденного мальчика 5-6 см, с возрастом она увеличивается до 12-16 см.

Длина уретры у новорожденной девочки – 0,8-1,5 см, к 16 годам – 3,3 см. Небольшая длина мочеиспускательного канала у девочки и близость его к заднему проходу обуславливают более легкое попадание туда инфекции. Поэтому подмывать девочек необходимо спереди назад.

Девочек предварительно подмывают. Для проведения катетеризации медицинская сестра стоит справа от ребенка. Ребенок лежит на столе, под него подложена клеенка, ножки согнуты в коленных суставах и разведены в стороны. Указательным и большим пальцем левой руки медицинская сестра раздвигает половые губы, а правой рукой, держа длинным пинцетом или корнцангом ватный или марлевый тампон, смоченный дезинфицирующим раствором (фурацилином 1:5000 или перманганатом калия 1:8000), протирает наружные половые органы и отверстие мочеиспускательного канала. Катетер берут пинцетом, верхний конец обливают стерильным вазелиновым маслом, вводят катетер правой рукой в наружное отверстие мочеиспускательного канала и медленно продвигают вперед. Появление мочи из катетера указывает на нахождение его в мочевом пузыре. Нижний конец катетера располагают ниже уровня мочевого пузыря. Согласно закону сообщающихся сосудов, моча свободно вытекает наружу.

Технически у мальчиков это труднее, так как мочеиспускательный канал у них длиннее и образует два физиологических сужения. Больной лежит во время катетеризации на спине со слегка согнутыми в коленях ногами, между стопами помещают утку. Медицинская сестра между III и IV пальцами левой руки захватывает половой член ниже головки, а I и II пальцами (левой руки) раздвигает наружное отверстие мочеиспускательного канала. Правой рукой обрабатывает головку полового члена в окружности наружного отверстия мочеиспускательного канала ватным шариком, смоченным дезинфицирующим раствором (0,02% раствор фурацилина, 0,1% раствор риванола и др.). Затем в правую руку берут стерильный пинцет, которым захватывает лежащий в стерильном лотке катетер вблизи его кончика на расстоянии 5-6 см от отверстия. Наружный конец катетера лучше всего держать между IV и V пальцами правой руки. Перед введением катетер поливают стерильным вазелиновым маслом, синтомициновой эмульсией. Кончик катетера вводят в отверстие мочеиспускательного канала, и постепенно перехватывая его, продвигают по уретре глубже, а половой член левой рукой подвигают кверху, как бы натягивая на катетер. Когда катетер достигает наружного сфинктера, может встретиться препятствие, обычно легко преодолеваемое. Лишь изредка спазм сфинктера оказывается непреодолимым для катетера. В данном случае ребенку необходимо успокоиться, глубоко подышать. О проникновении катетера в мочевой пузырь можно судить по выделению из него мочи.

Методика сбора суточного диуреза без катетеризации мочевого пузыря.

Оборудование:

- 1) Мерная банка.
- 2) Емкость для сбора мочи (3-х литровая банка).
- 3) Направление.
- 4) Лист суточного диуреза (Лист суточного диуреза:Дата.ФИО.Количество выпитой и введенной жидкости. Количество выделенной мочи)

Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:

- 1) Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
- 2) Разбудите пациента утром и предложите ему помочиться в унитаз (эта порция не учитывается).
- 3) Дайте пациенту 3-х литровую банку.

- 4) Собирайте последующую мочу в 3-х литровую банку в течение суток с 8 утра до 8 утра следующего утра.
- 5) Записывайте в лист учета суточного диуреза количество выпитой и выделенной жидкости.
- 6) Собирайте первую утреннюю порцию мочи следующего дня в этот же сосуд, например с 8 до 8 часов.
- 7) Подсчитайте по листу суточного диуреза количество выделенной мочи и количество выпитой и введенной жидкости за сутки.
- 8) Запишите полученные результаты в специальную графу температурного листа.
- 9) Проведите дезинфекцию мерной банки в соответствии с требованиями санэпидрежима.

Оценка достигнутых результатов:

учтены все вводимые и употребляемые жидкости в листе учета суточного диуреза. Собраны все порции выделенной мочи за сутки.

Обучение пациента или его родственников: консультативный тип сестринской помощи в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.

- Обучите пациента делать записи в листе суточного диуреза.
- Объясните пациенту, что при подсчете количества выпитой жидкости учитывается объем в мл: первых блюд - 75% жидкости; вторых блюд - 50% жидкости; в стакане - 250 мл, среднее яблоко - 30 мл. средний апельсин - 50 мл и др

Общая методика сбора мочи:

Оснащение:

чистая стеклянная банка, направление

Этапы:

1. Объясните пациенту цель и ход предстоящего исследования и получить его согласие.

2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей подготовке к исследованию.

а) Обучите пациента технике гигиенической процедуры (подмывание) утром, накануне исследования теплой водой с мылом в направлении от уретры к промежности с последующим высушиванием салфеткой в том же направлении.

Если у пациентки в этот период менструация посоветуйте закрыть отверстие влагалища ватно-марлевым тампоном.

б) Обучение пациента технике сбора мочи для исследования утром, после гигиенической процедуры начать мочеиспускание в унитаз на

счет «1,2», затем задержать мочеиспускание, открыть банку и собрать в нее 100-200 мл мочи (при необходимости следует завершить мочеиспускание в унитаз) закрыть банку крышкой. Дайте направление пациенту на исследование, заполнив его по форме. Объясните пациенту куда и в какое время он или его близкие должны принести емкость с мочой и направление.

Правила сбора мочи у детей грудного возраста:

Оснащение: резиновый круг, пеленки, лоток или тарелка, колба, пробирка, пластырь, емкость для мочи, бланки для направлений в лабораторию.

Подготовка к процедуре:

1. Объяснить маме ход и цель предстоящей манипуляции
2. Проверьте наличие всего необходимого для проведения процедуры
3. Вымойте руки. Наденьте перчатки
4. Подмойте ребенка
5. Вымойте руки

Выполнение процедуры сбора мочи у грудных детей:

1. Уложите ребенка:
 - а) девочку на резиновый круг, обернутый пеленкой, поставьте в центр круга лоток или тарелку
 - б) мальчику опустите половой член в пробирку, зафиксируйте пробирку лейкопластырем к коже живота
2. Оберните каждую ножку пеленкой
3. Прикройте ребенка пеленкой
4. Наблюдайте за ребенком

Окончание процедуры:

1. Собранную мочу перелейте в чистую посуду
2. Вымойте руки
3. Оденьте ребенка
4. Положите его в кроватку
5. Оформите направление
6. Обеспечьте своевременную доставку мочи в лабораторию.

РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПОДСЧЕТЕ СУТОЧНОГО ДИУРЕЗА И В СБОРЕ МОЧИ.

Средний медицинский персонал играет важную роль в выполнении указаний врача. Медицинские сестры осуществляют подготовку всех необходимых материалов для процедуры. Информировуют пациента о технике процедуры, о её необходимости. Фиксируют все необходимые данные о процедуре в соответствующих документах.

- перед процедурой медсестра тщательно проводит гигиену наружных половых органов или информирует пациента о необходимости этого пункта;
- первую (утреннюю) порцию мочи выливает в унитаз;
- весь объем мочи, собранной за сутки, не нужен в лаборатории, достаточно отлить от общего количества 200 мл в отдельную емкость, при этом зафиксировав цифру суточной мочи;
- в лабораторию медсестра доставляется контейнер с уриной, на нем фиксирует время начала сбора мочи и окончания, общий объем биологической жидкости, рост, вес и возраст пациента.

Под четким руководством медсестры пациент выполняет все необходимые указания. Ведь если все необходимые действия выполнены правильно, то результаты процедуры и сделанных в дальнейшем анализов будут информативны для врача, который поставит верный диагноз и в дальнейшем назначит соответствующее лечение.

СОБСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Медсестра попросила меня собрать мочу пациента в возрасте 1 месяца с патологией ишемия головного мозга и пациента в возрасте 15 лет с ДЦП и дефицитной анемией для определения диуреза.

Перед сбором мочи выслушала инструкции от медсестры.

Перед сбором мочи:

- перед анализом тщательно проводят гигиену наружных половых органов;

- первую (утреннюю) порцию мочи не нужно считать, она выливается в унитаз;
- емкость с мочой хранить следует в холодильнике;
- весь объем мочи, собранной за сутки, не нужен в лаборатории, достаточно отлить от общего количества 200 мл в отдельную емкость, при этом зафиксировав цифру суточной мочи;
- в лабораторию доставляется контейнер с уриной, на нем фиксируется время начала сбора мочи и окончания, общий объем биологической жидкости, рост, вес и возраст пациента.

После я собрала мочу у пациента в возрасте 1 месяца следующим образом:

1. Вымыла руки, надела стерильные перчатки
2. Подмыла ребенка с помощью влажных салфеток
3. Пациента аккуратно положила на резиновый круг, обернутый пленкой, поставила в центр круга лоток.
4. Обернула каждую ножку пленкой
5. Прикрыла ребенка пленкой
6. Наблюдала за ребенком.

При окончании процедуры сделала следующее:

1. Собранную мочу перелила в чистую посуду
2. Вымыла руки
3. Одевала ребенка
4. Положила его в кроватку
5. Зафиксировала объем мочи в температурном листе.

Пациент в возрасте 15 лет находился в тяжелом состоянии, поэтому сбор мочи осуществлялся через катетер.

Таким образом, в первые сутки моего наблюдения суточный диурез пациента в возрасте 1 месяца составил – 295 мл

на вторые - 420 мл

на третьи – 400 мл

При норме суточного диуреза ребенка данного возраста 320 - 590 мл.

Для пациента в возрасте 15 лет результаты следующие:

первые сутки - 670 мл

вторые сутки – 800 мл

третьи – 1414 мл

В норме суточный диурез ребенка данного возраста должен составлять от 1500 мл.

Таким образом, величина суточного диуреза колебалась в соответствии с патологией и назначенным врачом лечением.

Итак, на основе данных можно сделать вывод, что суточный диурез зависит от возраста ребенка, от патологии и от назначенного врачом лечения.

ВЫВОД

Таким образом можно сделать вывод, что методика сбора мочи является важной частью обследования пациента, потому что благодаря этой методике можно установить такие состояния как: олигурия, полиурия и т.д. Так же при необходимости медицинская сестра может установить катетер, который может облегчить сбор мочи. Катетеры подбирают в зависимости от возраста и пола.

Так же важна роль медицинской в выполнении данной методике. Под ее контролем осуществляется сбор анализов, ведь если все сделано правильно, то есть большая вероятность того, что анализ будет информативен для врача и диагноз будет поставлен правильный и будет назначено правильное лечение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сестринское дело в педиатрии / В. Д. Тульчинская, Н. Г. Соколова, Н. М. Шеховцова; под ред. Р. Ф. Морозовой. — Изд. 20-е, испр. — Ростов н/Д : Феникс, 2015. — 383 с. — (Среднее медицинское образование).. 2015
2. Сестринский уход в хирургии. МДК 02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях — Изд. 2-е, Феникс, 2017.— 544 с. — (Среднее медицинское образование).. 2017
3. Общий уход за детьми. Руководство к практическим занятиям и сестринской практике. Учебное пособие Запруднов А., Григорьев К. — Изд. 6-е, ГЭОТАР-Медиа, 2015.— 512 с.— (Среднее медицинское образование).. 2015
4. Основы сестринского дела. Учебное пособие. Тамара Обуховец, О. Чернова. — Изд. 4-е, Феникс, 2017.— 766 с. — (Среднее медицинское образование).. 2017
5. Детская урология-андрология. Учебное пособие. Разин Максим Петрович, Галкин Валерий Николаевич, Сухих Николай Константинович — Изд. 10-е, ГЭОТАР-Медиа, 2013.— 128 с.

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная программой практики «Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (помощник палатной медицинской сестры, научно-исследовательская работа)» обучающегося 2 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия 9 группы

Королева Арина Сергеевна

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.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Большакова