

95 000000  
Колескова О.П.

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему

«ПОДХОДЫ К ОЗДОРОВЛЕНИЮ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ  
ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ»

Выполнил:

Обучающийся 5 курса 10 группы

педиатрического факультета

Чернобай Игорь Олегович

Волгоград 2018г.

## Содержание

1. Введение .....	3
2. Цель научно-исследовательской работы .....	4
3. Задачи научно-исследовательской работы .....	5
4. Основные определения и понятия .....	6
5. Теоретическая часть научно-исследовательской работы .....	9
6. Роль участкового врача педиатра в оздоровлении детей с заболеваниями органов дыхания.....	30
7. Собственное исследование.....	31
8. Выводы.....	34
9. Список литературы.....	35

## 1. Введение

Тема данной научно-исследовательской работы актуальна в педиатрической практике, ввиду наибольшей распространенности болезней органов дыхания в структуре общей заболеваемости детей разных возрастных категорий. У детей в возрасте 0-14 лет они занимают 48% от всех болезней, 15-17 лет - 34%. Своевременная профилактика, направленная на оздоровление детей с болезнями органов дыхания позволит как уменьшить общее число случаев заболеваний, так и облегчить их течение.

Своевременная терапия заболеваний органов дыхания, адекватная нозологической форме, способствует минимизации осложнений, уменьшает общее негативное влияние на организм ребенка, его физическое и нервно-психическое развитие.

## **2. Цель научно-исследовательской работы**

Цель данной работы разобрать виды профилактики болезней органов дыхания, осветить наиболее часто встречающиеся инфекционные и неинфекционные заболевания дыхательной системы, дать рекомендации по повышению резистентности организма детей. Разобрать роль участкового врача педиатра в оздоровлении детей с заболеваниями органов дыхания.

### 3. Задачи научно-исследовательской работы

- Разобрать общую структуру заболеваемости среди детей разных возрастных категорий
- Кратко описать наиболее распространенные нозологические формы болезней органов дыхания
- Осветить понятия о первичной, вторичной и третичной профилактике
- Разобрать основы проведения закаливания
- Описать роль участкового врача педиатра в повышении резистентности к болезням органов дыхания, а так же в минимизации их осложнений.

#### 4. Основные понятия и определения

- *Острый бронхиолит (J21)* определяется как воспалительное заболевание нижних дыхательных путей с преимущественным поражением мелких бронхов и бронхиол и развивается у детей в возрасте до 2 лет (наиболее часто - у детей в возрасте до 1 года).
- *Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ)* – острая, в большинстве случаев, самоограничивающаяся инфекция респираторного тракта, проявляющаяся катаральным воспалением верхних дыхательных путей и протекающая с лихорадкой, насморком, чиханием, кашлем, болью в горле, нарушением общего состояния разной выраженности.
- *Бронхит* – воспалительный процесс в бронхах в отсутствие инфильтративных изменений в паренхиме легких (инфильтративных или очаговых теней на рентгенограмме). Бронхит характеризуется диффузным характером процесса; при преобладании изменений трахеи говорят о трахеобронхите.
- *Бронхолегочная дисплазия (БЛД)* – это полиэтиологическое хроническое заболевание морфологически незрелых легких, развивающееся у новорожденных, главным образом глубоко недоношенных детей, в результате интенсивной терапии респираторного дистресс-синдрома (РДС) и/или пневмонии.
- *Бронхиальная астма (БА)* – это гетерогенное заболевание, которое характеризуется хроническим воспалением дыхательных путей и диагностируется по респираторным симптомам свистящего дыхания, одышки, стеснения в груди или кашля, переменных по длительности и интенсивности, в сочетании с обратимой обструкцией дыхательных путей.
- *Бронхоэктазы (БЭ)* представляют собой локализованное необратимое расширение бронхов, сопровождающееся воспалительными изменениями в бронхиальной стенке и окружающей паренхиме с развитием фиброза.
- *Ангина (острый тонзиллит)* - общее инфекционное заболевание с местными проявлениями в виде острого воспаления одного или нескольких компонентов лимфаденоидного глоточного кольца, чаще всего небных миндалин. Термин «ангина» известен со времён античной медицины, до настоящего времени с ним связывают многие патологические изменения ротоглотки, имеющие общие симптомы, но различающиеся по этиологии и течению.

- *Пневмония* - острое инфекционно-воспалительное заболевание лёгочной паренхимы с вовлечением в процесс всех структурных элементов респираторных отделов лёгких.
- *Фарингит* — острый или хронический воспалительный процесс, локализованный в глотке, поражающий ее слизистую и более глубокие слои, а также ткани мягкого неба, лимфатические узлы.
- *Гайморит* – воспаление гайморовых (верхнечелюстных придаточных) пазух носа. Сопровождается затруднением носового дыхания, слизисто-гнойнными выделениями из носовых ходов, интенсивными болями в переносице и у крыльев носа, припухлостью щеки и века со стороны поражения, подъемом температуры тела.
- *Риносинусит* – это комплексное заболевание, при котором одновременно инфекцией или вирусами, поражаются околоносовые пазухи и собственно, слизистые полости носа. Как правило, воспалительный процесс начинается в челюстной пазухе и позже переходит на основные слизистые защитные структуры.
- *Закаливание* — метод физиотерапии по воздействию на организм человека различными природными факторами: воздухом, водой, солнцем, низкими и высокими температурами (относительно температуры тела) и пониженным атмосферным давлением, с целью повышения функциональных резервов организма и его устойчивости к неблагоприятному воздействию этих факторов
- *Вакцина* - медицинский или ветеринарный иммунобиологический препарат, предназначенный для создания иммунитета к инфекционным болезням
- *Первичная профилактика* - система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний (дезинсекция, дератизация, вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, охрана окружающей среды и т. д.). Ряд мероприятий первичной профилактики может осуществляться в масштабах государства.
- *Вторичная профилактика* - комплекс мероприятий, направленных на устранение выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (стресс, ослабление иммунитета, чрезмерные нагрузки на любые другие функциональные системы организма) могут привести к возникновению, обострению и рецидиву заболевания. Наиболее эффективным методом вторичной профилактики

является диспансеризация как комплексный метод раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, направленного лечения, рационального последовательного оздоровления.

- *Третичная профилактика* - комплекс мероприятий по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности. Третичная профилактика имеет целью социальную (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовую (возможность восстановления трудовых навыков), психологическую (восстановление поведенческой активности) и медицинскую (восстановление функций органов и систем организма) реабилитацию.



## 5. Теоретическая часть научно-исследовательской работы

Болезни органов дыхания наиболее распространены в педиатрической практике и занимают наибольший удельный вес в структуре общей заболеваемости.

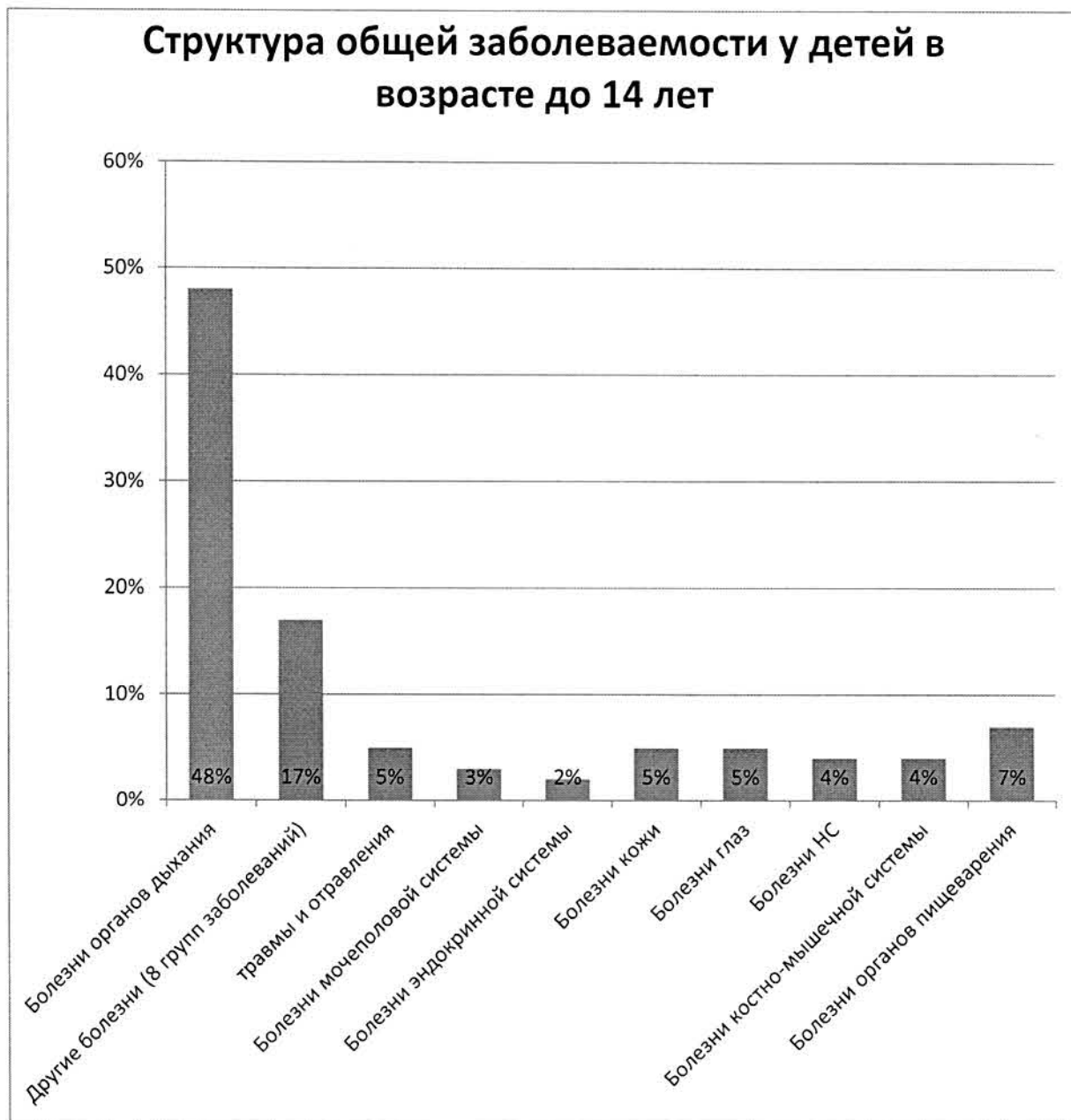


Рисунок 1. Структура общей заболеваемости у детей в возрасте до 14 лет

## Структура общей заболеваемости у детей в возрасте 15-17 лет

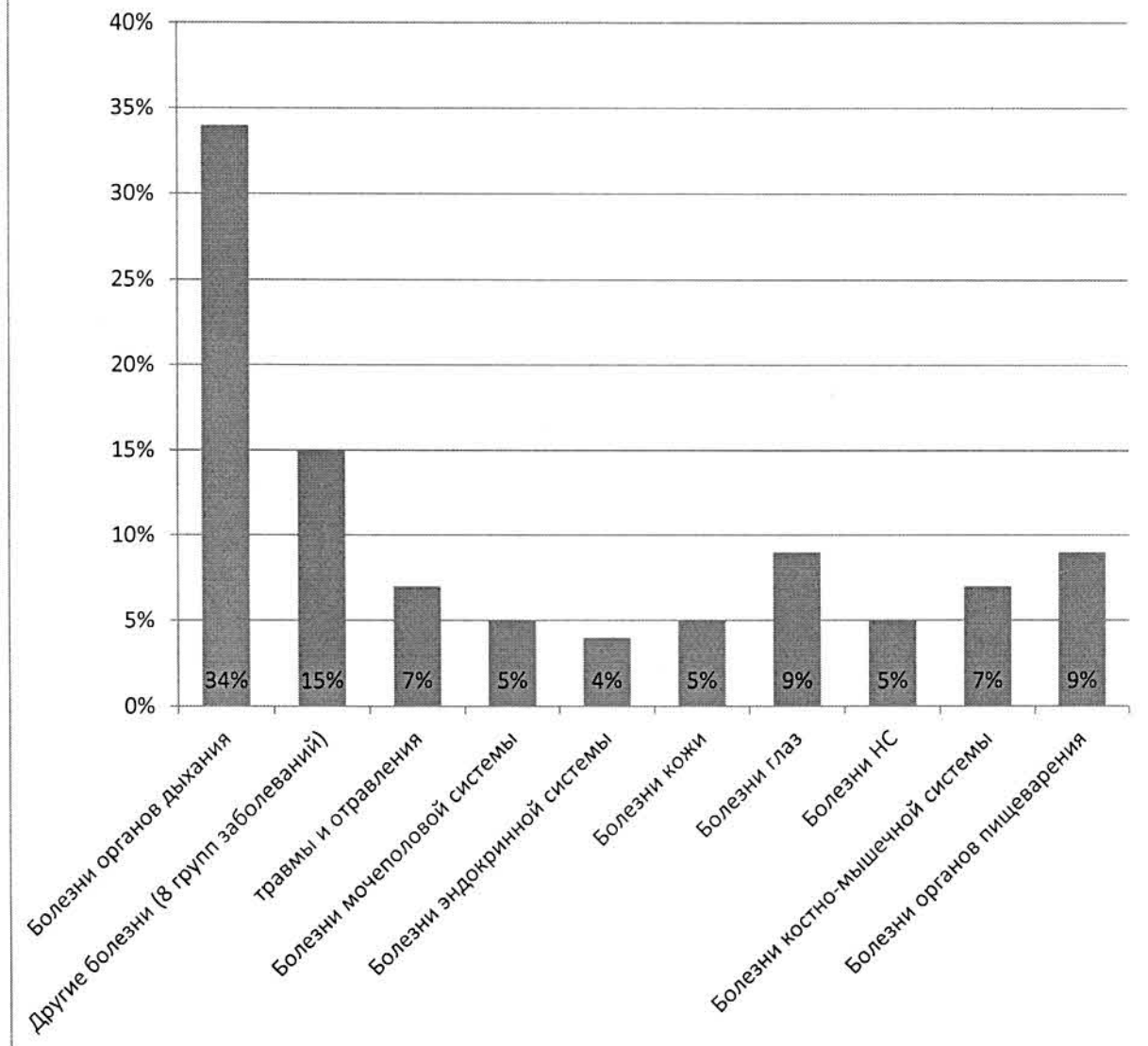


Рисунок 2 Структура общей заболеваемости у детей в возрасте 15-17 лет

Таким образом, можно сделать вывод, что во всех возрастных группах в структуре амбулаторных больных преобладали пациенты с заболеваниями верхних дыхательных путей.

Таблица 1. Диагнозы больных БОД по возрастным группам (удельный вес)

Возраст	До 7 лет	7–14лет	15–17 лет	18 и старше
Тонзиллит	53,3±2,1	87,2±1,4	80±1,6	67,0±1,9

Фарингит	15,4±1,5	-	-	25,5±1,8
Фаринготонзиллит	-	12,8±1,3	-	3,2±0,2
Риносинусит	-	-	20±1,7	-
Ринофарингит	10,6±1,2	-	-	-
Фаринготонзиллит	-	-	-	-
ОРВИ	7,2±1,1	-	-	-
Другие диагнозы	13,5±1,4	-	-	4,3±0,3

В возрастной группе дошкольного возраста наиболее распространенными диагнозами были тонзиллит (53,3 %), фарингит (15,4 %), ринофарингит (10,6 %). Среди других диагнозов, составивших 13,5 %, были – ринит, риносинусит, тонзиллофарингит.

В группе школьного возраста 7–14 лет и 15–17 лет наиболее частыми диагнозами были также тонзиллиты (80– 87,2 %). У взрослых распространены – тонзиллит (67,0 %), фарингит (25,5 %) и реже – фаринготонзиллит (3,22 %), а также гайморит, риносинусит.

В структуре амбулаторных больных с заболеваниями нижних дыхательных путей, у которых исследована мокрота, преобладали лица с диагнозами: хронический бронхит (50 %), острый бронхит затяжного течения (29 %), внебольничная пневмония (21 %).

В числе проб, поступивших для исследования от амбулаторных больных, мазки из зева составили 92,8 %, отделяемое носа – 4,9 % и мокрота – 2,3 %.

Из чего можно сделать вывод о том, что наиболее распространены инфекционные нозологические формы болезней органов дыхания – ОРВИ (фарингит, тонзиллит, ринит, ларингит), острый бронхит.

### **Первичная профилактика инфекционных заболеваний органов дыхания**

#### *Основные требования к проведению закаливания*

1. Учет индивидуальных особенностей организма ребенка. При формировании системы закаливания необходимо учитывать состояние здоровья, возраст, климатические условия, развитие подкожно-жировой клетчатки, тип нервной системы, степень закалённости ребенка.

Следует выделять три группы детей: I – здоровые закалённые; II – дети, имеющие функциональные отклонения в состоянии здоровья, и здоровые, но незакалённые; III – дети, страдающие хроническими заболеваниями, и реконвалесценты после длительных заболеваний.

Закаливание детей I группы нужно начинать с индифферентных раздражителей.

Для воздушных ванн – это комфортные показатели температуры воздуха, для местных и общих водных процедур – температура кожи в состоянии теплового комфорта.

Для детей II и III групп начальная и конечная температура воздействующих факторов должна быть на 2–4°C выше, чем для детей I группы, а темп её снижения более медленным. Изменяя продолжительность воздействия холодных раздражителей, можно увеличивать энергозатраты ребёнка. Это важно для детей повышенного питания и с ожирением, т.к. кратковременные холодные воздействия тонизируют процессы теплоотдачи, а продолжительные по времени заинтересовывают глубинные процессы обмена (телопродукцию).

2. Постепенное увеличение силы раздражителя означает, что недопустимо в начале закаливания почти мгновенное и глубокое снижение температуры, а также быстрое увеличение продолжительности процедуры.

А. Для ослабленных детей закаливание можно начинать с участков тела менее чувствительных к холоду (например – рук) постепенно переходя к участкам тела, которые не подвергались холодному воздействию и поэтому более чувствительны (спина).

Б. Изменение площади поверхности тела, подвергающейся действию закаливающего фактора: обычно начинают с дистальных участков, постепенно увеличивая площадь воздействия.

В. Переход от менее интенсивных процедур к более интенсивным: от воздушных к водным, от обтирания к обливанию водой.

Г. Увеличение интенсивности закаливающего фактора: понижение или повышение температуры, увеличение скорости движения воздуха, силы ультрафиолетового облучения.

Д. Увеличение времени действия закаливающего раздражителя. Интенсивность закаливающего фактора должна возрастать постепенно, но каждая последующая нагрузка

должна вызывать ответную реакцию организма, вегетативные сдвиги: учащение пульса, увеличение глубины и частоты дыхания. Отсутствие этих сдвигов свидетельствует о недостаточном увеличении воздействующего раздражителя.

3. Систематическое использование закаливающих процедур во все времена года, без перерывов, т.е. регулярные повторения закаливающих воздействий, которые формируют на базе безусловного рефлекса условно –рефлекторную пульсацию кожных сосудов, что обеспечивает большую устойчивость кожной поверхности к длительному воздействию холода, а регуляция теплоотдачи способствует поддержанию температуры внутренней среды на постоянном уровне. При прекращении закаливающих воздействий условные рефлексы угасают. Тренирующий эффект закаливающей нагрузки достигается через несколько месяцев (2 – 3), исчезает за 2–3 недели (у дошкольников через 5–7 дней).

Учитывая это правило, нельзя отменять закаливание даже в случае легких заболеваний детей – следует уменьшать нагрузку или интенсивность раздражителя.

4. Специфичность процессов адаптации обуславливает необходимость соблюдать принцип разнообразия или комплексности средств закаливания. Подразумевается использование разновидностей действия одного и того же фактора. Например, полоскание водой горла и обливание водой стоп приводит рефлекторно к снижению чувствительности носоглотки к холоду.

5. Полиградационность, т.е. необходимость тренировок к сильным и слабым, быстрым и замедленным, а также средним по силе и времени охлаждениям. Чтобы не закреплять узкие стереотипы закалённости, необходимо вырабатывать готовность детского организма реагировать на разные по диапазону колебания факторов. Отмечают феномен «односторонней адаптации», суть которого заключается в том, что если закалять верхнюю часть туловища, то устойчивым к охлаждению становится только торс, но не нижние конечности. В этом случае толерантность к холоду на стопах ослабевает. Поэтому лучше сочетать местные и общие закаливающие процедуры, когда достигается оптимальная устойчивость организма к холоду.

6. Все закаливающие процедуры должны проводиться на фоне положительных эмоций. Нарушение этих правил приводит к отсутствию положительного эффекта от закаливания, а иногда и к гиперактивации нейроэндокринной системы и последующему ее истощению.

### *Основные виды закаливающих процедур*

Закаливающие процедуры разделяют на общие, когда воздействию подвергается вся поверхность тела, и местные, направленные на закаливание отдельных участков тела.

Местные процедуры оказывают менее сильное действие, чем общие. Но добиться полезного эффекта можно и при местном закаливании, если умело подвергать воздействию температурных факторов наиболее чувствительные к охлаждению участки тела – ступни, горло, шею. Особенно полезно сочетать общие и местные закаливающие процедуры. Это намного повышает устойчивость организма к неблагоприятным внешним факторам.

### *Воздушные ванны*

Воздушные ванны из всех естественных сил природы рассматриваются как наиболее «мягкие» и безопасные процедуры. С них обычно и рекомендуется начинать систематическое закаливание организма.

Закаливающее действие воздуха связано с разницей температур между ним и поверхностью кожи. Слой воздуха, находящийся между телом и одеждой, обычно имеет постоянную температуру около 27–28°C. Разница между температурой кожи одетого человека и окружающим воздухом, как правило, невелика, поэтому отдача тепла организмом почти незаметна.

Длительное пребывание на свежем воздухе – неременный элемент закаливания.

Даже зимой нужно стараться, чтобы дети были на прогулке не менее 3–4 часов. Как правило, во время прогулки проводятся подвижные игры. Можно выделить несколько способов закаливания воздухом. Рассмотрим эти способы применительно к детям до года.

I способ – проветривание помещения. Закаливание воздухом начинается именно с этого. Лучший способ проветривания – сквозное, его можно устраивать в отсутствие ребенка. Закаливающим фактором при проветривании помещения является понижение температуры на 1–2°C. Осенью и зимой проветривать помещение необходимо 4–5 раз в день по 10–15 минут. Летом окно должно быть открыто, оптимальная температура воздуха в помещении, где находится грудной ребенок, +20°C. Исследования показали, что при более высокой температуре в помещении рост и развитие ребенка задерживаются.

II способ – прогулка, включающая сон на воздухе. Желательно как можно больше времени проводить под открытым небом. Летом за городом целесообразно питание, сон, гимнастику, игры вынести на свежий воздух. В любое время года полезно гулять, не забывая, однако, что одевать ребенка нужно по погоде. В первые 1,5 года жизни ребенка рекомендуется дневной сон на воздухе. При этом быстрое засыпание, спокойный сон, ровное дыхание, розовый цвет лица, отсутствие пота, теплые конечности при пробуждении свидетельствуют, что ребенок одет правильно, то есть находится в состоянии теплового комфорта. При охлаждении или перегревании ребенок спит беспокойно. Холодные конечности являются показателями резкого охлаждения. Потный лоб и влажная кожа свидетельствуют о том, что ребенку жарко. Ежедневное пребывание на открытом воздухе – мощный оздоровительный фактор и для детей старшего возраста. Общая длительность пребывания учащихся начальных классов на открытом воздухе должна быть не меньше 3 – 3,5 часа.

III способ – воздушные ванны. Под влиянием воздушных ванн повышается поглощение кислорода, существенно изменяются условия теплообмена, улучшается состояние нервной системы ребенка – он становится спокойнее, лучше ест и спит. При проведении местных и общих воздушных ванн рекомендуется следующая температура воздуха в помещении

Таблица 2. Рекомендуемые температуры воздуха в помещении при местных и общих воздушных ваннах.

Фактор	Возраст, лет	Местные воздействия, °С		Общие воздействия, °С	
Воздух	До 2	+23	+20...+18	+23	+21...+20
	2 – 3	+22	+28...+16	+22	+20
	4 – 7	+22	+16...+14	+22	+19...+18

Продолжительность ограничена режимными моментами (утренняя гимнастика, музыкальные занятия). Продолжительность ванн с 3 – 5 минут до 10 – 15 минут.

Во время и после воздушной ванны ребенок должен выглядеть бодрым, у него должно быть хорошее настроение. Необходимо обращать внимание на сон и аппетит ребенка: их нарушение может быть признаком неблагоприятного влияния воздушной ванны. В летний период их можно сочетать с *солнечными ваннами*.

Солнечный свет совершенно необходим для нормального развития ребенка. Вместе с тем ни в коем случае нельзя допускать слишком длительного пребывания детей под палящими лучами солнца. Во время прогулок и солнечных ванн голова ребенка должна быть всегда прикрыта легким светлым головным убором. Для детей старше года температура воздуха при воздушных ваннах составляет  $+18-19^{\circ}\text{C}$ . Во время воздушной ванны дети должны находиться в движении: участвовать в подвижных играх, выполнять гимнастические упражнения и т.п. После воздушных ванн, проводимых в помещении, можно переходить на открытый воздух. Регулировать действие воздуха на организм помогает постепенное облегчение одежды.

Одно из эффективных средств закаливания – дневной сон на открытом воздухе летом и зимой в любую погоду. Лучше всего укладывать детей спать на веранде или балконе.

#### *Закаливание водой*

Закаливание детей водой следует начинать с местных процедур – умывания, мытья ног перед сном, игр с водой. С раннего возраста приучать детей к прохладной, но, конечно, не очень холодной воде. При местных водных процедурах начальная температура воды должна быть  $+28-30^{\circ}\text{C}$ , затем ее снижают через каждые 3–4 дня на  $1-2^{\circ}\text{C}$  для детей старше года до  $+16-18^{\circ}\text{C}$ . В дальнейшем от местных процедур переходят к кратковременным общим процедурам – обтиранию, обливанию, ванне, душу, купанию в открытых водоемах. Рекомендуется начинать с сухих обтираний. Делать это кусочком фланели. Тело ребенка протирают до появления небольшой красноты. Через две недели приступают к влажным обтираниям.

Температура воды для детей раннего возраста должна быть не ниже  $+33-34^{\circ}\text{C}$ , а в зимнее время –  $+34-35^{\circ}\text{C}$ . В дальнейшем температура воды постепенно снижают на  $1^{\circ}\text{C}$ , доводя ее до  $+28-30^{\circ}\text{C}$ . У детей 2–3-х лет температуру воды рекомендуется постепенно снижать до  $+24-26^{\circ}\text{C}$ . После обтирания тело вытирают насухо, слегка растирая его до легкого покраснения. Через 1,5 месяца влажных обтираний можно переходить к обливанию, но только детям старше одного года.



В помещении, где проводят влажное обтирание (обычно с помощью полотенца), температура воздуха должна быть не ниже  $+18-20^{\circ}\text{C}$ . Температура воды для увлажнения вначале не ниже  $+30-32^{\circ}\text{C}$ , затем ее ежедневно снижают на  $0,5-1^{\circ}\text{C}$ , доводя до  $+16-18^{\circ}\text{C}$ . Вначале обтирают грудь и живот, потом спину и поясницу, руки и ноги, последовательно вытирая каждую смоченную часть не только досуха, а до покраснения кожи и приятного ощущения тепла. Общая длительность влажного обтирания обычно не должна превышать 2–3 минут.

Местное обливание ног проводится при температуре воздуха в помещении не ниже  $+20^{\circ}\text{C}$ . При обливании ног смачивают нижнюю половину голени и стопы. Сосуд с водой держат на близком расстоянии от тела (4–5 см). На каждое обливание расходуется  $1/2-1/3$  литра воды соответствующей температуры (табл. 12). Температура воды снижается через 1 – 2 дня на  $2^{\circ}\text{C}$ .

Обливание продолжается 15–20 сек., после чего следует растирание кожи сухим полотенцем до легкого розового оттенка. Необходимо помнить, что эффект закаливания будет только в том случае, если прохладную воду лить на теплые ноги ребенка. В связи с этим обычно обливание ног рекомендуется проводить после дневного сна. Летом целесообразней обливание ног с целью закаливания сочетать с мытьем их после прогулки. При общем обливании голову оставляют сухой. Обливание продолжается 20–30 сек. Затем тело быстро вытирают насухо. Температура воздуха в помещении во время обливания не должна быть ниже  $+18^{\circ}\text{C}$ . Необходимо внимательно следить за самочувствием ребенка во время процедуры. Легкое побледнение, появление «гусиной» кожи в начале обливания вполне естественны. Однако если они держатся слишком долго, немедленно прекратите процедуру.

Купание в открытых водоемах – самый лучший способ закаливания в летнюю пору. Купаться дети могут начинать только после предварительного закаливания воздухом и водой. Температура воды в открытом водоеме должна быть не менее  $+22^{\circ}\text{C}$ , а воздуха  $+24^{\circ}\text{C}$ . Время пребывания в воде вначале составляет 3 мин., затем постепенно увеличивается до 6–8 мин. Купаться детям достаточно 1 раз в день. Лучшее время для этого в средней полосе – от 11 до 12 часов. При организации плавания детей можно использовать бассейны, отвечающие требованиям к плавательным бассейнам, их устройству, эксплуатации и качеству воды.

В холодный период года занятия в бассейне предпочтительно проводить после прогулки. При организации плавания в бассейне перед прогулкой для предупреждения

переохлаждения детей необходимо предусмотреть промежуток времени между ними не менее 50 минут.

Для профилактики переохлаждения детей плавания в бассейне не следует заканчивать холодной нагрузкой (холодный душ, проплывание под холодной струей, топтание в ванночке с холодной водой).

Продолжительность нахождения в бассейне в зависимости от возраста детей должна составлять в младшей группе – 15–20 минут.

Существует контрастное закаливание как переходная традиционным и интенсивным закаливанием: контрастные ножные ванны, контрастное обтирание, контрастный душ, сауна, русская баня и др. Контрастное закаливание эффективнее закаливания только холодом. Наиболее распространенным методом для детей является контрастное обливание ножек (нельзя обливать холодные ноги холодной водой, ноги предварительно нужно согреть). Контрастное обливание может быть щадящим, когда вначале ноги обливают теплой водой (+35–36°C), а затем сразу же прохладной (+24–25°C), после чего вновь следует теплое обливание (+35–36°C). Постепенно температура теплой воды увеличивается до +40°C, а холодной снижается до +18°C. Заканчивают процедуру сухим растиранием. Такой рекомендуется детям, ослабленным или после болезни. Детям же закаленным и редко болеющим лучше проводить контрастное обливание, начиная (+24–25°C), потом теплой водой (+35–36°C) и затем вновь холодной водой с таким же постепенным изменением температур. После обливания сухое растирание. Контрастный душ. Сначала нужно постоять под теплой водой, нагреть руки, ступни и обязательно воротниковую зону шеи. Затем прохладной водой обливать руки, ступни, и кратковременно шею. Затем снова вернуться к горячему душу. Такие процедуры проделывать не менее трех раз. Контрастные души всегда начинаются согреванием и заканчиваются обливанием холодной водой. Душ сочетает термическое и механическое раздражение, поэтому особенно эффективен. Продолжительность его для закаливания от 1 до 5 минут. Начинают с температуры воды +30–32°C, постепенно доводя ее до +21–22°C, снижая на 0,5–1 °C через каждые 2–3 дня. После проведения процедуры необходимо завернуться в махровое полотенце на несколько минут.

Баня – эффективная закаливающая и лечебная процедура. Очень хороша баня тяжелых диатезах, аллергических заболеваниях

Противопоказания для бани гипертония высокой степени или гипотония, тяжелое поражение почек, нервной системы, особенно повышенное внутричерепное давление, болезни сердца.

При использовании сауны с целью закаливания и оздоровления детей необходимо соблюдать следующие требования:

- площадь термокамеры должна быть не менее 9,0 м<sup>2</sup>;
- в термокамере следует поддерживать температуру воздуха в пределах +60–70 °С, при относительной влажности – 15–20%;
- во время проведения процедур необходимо избегать прямого воздействия теплового потока от калорифера на детей;
- калориферы устанавливаются в специальном углублении используют деревянные загородки для частичного ограждения теплового потока;
- при размещении термокамеры в помещении бассейна необходимо предусмотреть тамбур площадью не менее 6 м<sup>2</sup>, чтобы исключить влияние влажного режима бассейна на температурно-влажностный режим термокамеры;
- продолжительность первого посещения ребенком сауны не должна превышать более 3 мин.;
- после пребывания в сауне ребенку следует обеспечить отдых в специальной комнате и питье (чай, соки).

Присутствие медицинского персонала при проведении занятий в бассейне и при приеме детьми процедур в сауне обязательно.

Есть два варианта бани: сухая и парная. Дети, как правило, лучше переносят парную. Перед этой процедурой нужно приготовить заранее два – три тазика холодной воды. На голову малыша нужно надеть толстую шерстяную шапочку и занести его в парилку. Ребенок должен быть сухим. С ребенком раннего возраста не следует торопиться: при его крике или испуге нужно покинуть парилку и облить ребенка прохладной водой и дать ему питье. Процедуру повторить три раза. Кроме перечисленных закаливающих процедур хорошим средством закаливания и предупреждения заболеваний зубов, слизистой систематическое простое полоскание рта кипяченой водой комнатной

температуры. Приучать детей полоскать рот можно с 2 – 3 лет. На полоскание используют 1/3 – ½ стакана воды.

Медицинских отводов от закаливания не должно быть. Исключение должны составлять лишь острые заболевания. Нужно помнить, что методы и средства закаливания подбираются индивидуально в зависимости от возраста, состояния ребенка и условий окружающей среды.

Необходимо помнить, что все закаливающие процедуры – будь то воздушные, водные или солнечные – весьма сильное средство воздействия на детский организм, поэтому следует обязательно соблюдать все правила закаливания.

*Рекомендации по закаливанию детей от 1 года – 3 лет*

- Температура в помещении +19–20°C.
- Дневной сон на свежем воздухе при температуре воздуха от – +15 до +30°C.
- Воздушные ванны при смене белья после ночного и дневного сна, у детей старше 2 лет – во время утренней гигиенической гимнастики и умывания.
- Прогулки 2 раза в день при температуре воздуха от –15 до +30°C.
- Умывания. Температура воды в начале закаливания +20°C, в дальнейшем ее постепенно снижают до +16–18°C. Детям старше 2 лет моют шею, верхнюю часть груди и руки до локтя.
- Общие обливания после прогулок. Начальная температура воды +34–35°C, постепенно ее снижают до +24–26°C.
- Обливание ног перед дневным сном. Первоначальная температура воды +28°C, затем ее последовательно снижают до +18 °C.
- Общие ванны при температуре воды +36°C продолжительностью 5 минут с последующим обливанием более прохладной водой (+34°C) перед ночным сном.
- Летом пребывание под лучами солнца начинают с 5–6 минут и доводят длительность солнечных ванн до 8–10 минут (2–3 раза в день).

Купание проводится в первую половину дня, в жаркие дни, допускается повторное купание во второй половине дня. Начинать купание рекомендуется в солнечные и безветренные дни при температуре воздуха не ниже +23°C и температуре воды не ниже +20°C. Продолжительность купания в первые дни 2–5 минут, с постепенным увеличением до 10–15 минут. Не разрешается купание сразу после еды. Одновременно купаться может

не более 10 детей под наблюдением 2 взрослых (один находится в водоеме, второй наблюдает с берега). Продолжительность процедур 15–20 минут.

Воздушные ванны начинают при температуре воздуха не ниже +18°C. Прием воздушных ванн рекомендуется сочетать с ходьбой, подвижными играми, физическими упражнениями, общественно полезным трудом.

В теплое время для сна надевают легкое белье с короткими рукавами, а летом в жаркие дни дети могут спать в одних трусиках. После укладывания детей открывают фрамуги, окна, создавая сквозное проветривание на 5–7 минут. В течение всего времени сна, для поддержания нужной температуры, оставляют открытыми с одной стороны фрамуги, окна. Закрывают их за 20–30 минут до подъема детей. Прогулка при правильной ее организации является одним из важнейших моментов закаливания детей. В зимний сезон дети должны находиться на свежем воздухе не менее 4–6 часов ежедневно. Дети до 3-х лет выходят на прогулку зимой в безветренную погоду при температуре наружного воздуха – 15°C. При этом важно правильно одеть и обуть ребенка соответственно сезону и погоде, чтобы обеспечить ему свободу движения и необходимый тепловой комфорт.

Так же свою эффективность показывает вакцинопрофилактика как специфическая первичная профилактика инфекционных заболеваний органов дыхания (коклюш, дифтерия, туберкулез, пневмококковая инфекция, гемофильная инфекция).

Таблица 3. Приложение N 1 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2014 г. N 125н.

### НАЦИОНАЛЬНЫЙ КАЛЕНДАРЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК

Категории и возраст граждан, подлежащих обязательной вакцинации	Наименование профилактической прививки
Новорожденные в первые 24 часа жизни	Первая вакцинация против вирусного гепатита В <1>
Новорожденные на 3 - 7 день жизни	Вакцинация против туберкулеза <2>
Дети 1 месяц	Вторая вакцинация против вирусного гепатита В <1>
Дети 2 месяца	Третья вакцинация против вирусного гепатита В (группы риска) <3>

	Первая вакцинация против пневмококковой инфекции
Дети 3 месяца <6.1>	Первая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Первая вакцинация против полиомиелита <4>
	Первая вакцинация против гемофильной инфекции (группы риска) <5>
(в ред. Приказа Минздрава России от 13.04.2017 N 175н)	
Дети 4,5 месяца <6.1>	Вторая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Вторая вакцинация против гемофильной инфекции (группы риска) <5>
	Вторая вакцинация против полиомиелита <4>
	Вторая вакцинация против пневмококковой инфекции
(в ред. Приказа Минздрава России от 13.04.2017 N 175н)	
Дети 6 месяцев <6.1>	Третья вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Третья вакцинация против вирусного гепатита В <1>
	Третья вакцинация против полиомиелита <6>
	Третья вакцинация против гемофильной инфекции (группа риска) <5>
(в ред. Приказа Минздрава России от 13.04.2017 N 175н)	
Дети 12 месяцев	Вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита
	Четвертая вакцинация против вирусного гепатита В (группы риска) <3>
Дети 15 месяцев	Ревакцинация против пневмококковой

	инфекции
Дети 18 месяцев <6.1>	Первая ревакцинация против полиомиелита <6>
	Первая ревакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Ревакцинация против гемофильной инфекции (группы риска)
	(в ред. Приказа Минздрава России от 13.04.2017 N 175н)
Дети 20 месяцев	Вторая ревакцинация против полиомиелита <6>
Дети 6 лет	Ревакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита
Дети 6 - 7 лет	Вторая ревакцинация против дифтерии, столбняка <7>
	Ревакцинация против туберкулеза <8>
Дети 14 лет	Третья ревакцинация против дифтерии, столбняка <7>
	Третья ревакцинация против полиомиелита <6>
Взрослые от 18 лет	Ревакцинация против дифтерии, столбняка - каждые 10 лет от момента последней ревакцинации
Дети от 1 года до 18 лет, взрослые от 18 до 55 лет, не привитые ранее	Вакцинация против вирусного гепатита В <9>
Дети от 1 года до 18 лет (включительно), женщины от 18 до 25 лет (включительно), не болевшие, не привитые, привитые однократно против краснухи, не имеющие сведений о прививках против краснухи	Вакцинация против краснухи, ревакцинация против краснухи

(в ред. Приказа Минздрава России от 16.06.2016 N 370н)

Дети от 1 года до 18 лет (включительно) и взрослые до 35 лет (включительно), не болевшие, не привитые, привитые однократно, не имеющие сведений о прививках против кори; взрослые от 36 до 55 лет (включительно), относящиеся к группам риска (работники медицинских и образовательных организаций, организаций торговли, транспорта, коммунальной и социальной сферы; лица, работающие вахтовым методом, и сотрудники государственных контрольных органов в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации), не болевшие, не привитые, привитые однократно, не имеющие сведений о прививках против кори	Вакцинация против кори, ревакцинация против кори <10>
---	--

(в ред. Приказа Минздрава России от 16.06.2016 N 370н)

Дети с 6 месяцев, учащиеся 1 - 11 классов; обучающиеся в профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования; взрослые, работающие по отдельным профессиям и должностям (работники медицинских и образовательных организаций, транспорта, коммунальной сферы); беременные женщины; взрослые старше 60 лет; лица, подлежащие призыву на военную службу; лица с хроническими заболеваниями, в том числе с заболеваниями легких, сердечно-сосудистыми заболеваниями, метаболическими нарушениями и ожирением	Вакцинация против гриппа
--	--------------------------

<1> Первая, вторая и третья вакцинации проводятся по схеме 0-1-6 (1 доза - в момент начала вакцинации, 2 доза - через месяц после 1 прививки, 3 доза - через 6 месяцев от начала вакцинации), за исключением детей, относящихся к группам риска, вакцинация против вирусного гепатита В которых проводится по схеме 0-1-2-12 (1 доза - в



момент начала вакцинации, 2 доза - через месяц после 1 прививки, 2 доза - через 2 месяца от начала вакцинации, 3 доза - через 12 месяцев от начала вакцинации).

<2> Вакцинация проводится вакциной для профилактики туберкулеза для шадящей первичной вакцинации (БЦЖ-М); в субъектах Российской Федерации с показателями заболеваемости, превышающими 80 на 100 тыс. населения, а также при наличии в окружении новорожденного больных туберкулезом - вакциной для профилактики туберкулеза (БЦЖ).

<3> Вакцинация проводится детям, относящимся к группам риска (родившимся от матерей - носителей HBsAg, больных вирусным гепатитом В или перенесших вирусный гепатит В в третьем триместре беременности, не имеющих результатов обследования на маркеры гепатита В, употребляющих наркотические средства или психотропные вещества, из семей, в которых есть носитель HBsAg или больной острым вирусным гепатитом В и хроническими вирусными гепатитами).

<4> Первая и вторая вакцинации проводятся вакциной для профилактики полиомиелита (инактивированной).

<5> Вакцинация проводится детям, относящимся к группам риска (с иммунодефицитными состояниями или анатомическими дефектами, приводящими к резко повышенной опасности заболевания гемофильной инфекцией; с аномалиями развития кишечника; с онкологическими заболеваниями и/или длительно получающим иммуносупрессивную терапию; детям, рожденным от матерей с ВИЧ-инфекцией; детям с ВИЧ-инфекцией; недоношенным и маловесным детям; детям, находящимся в домах ребенка).

(сноска в ред. Приказа Минздрава России от 13.04.2017 N 175н)

<6> Третья вакцинация и последующие ревакцинации против полиомиелита проводятся детям вакциной для профилактики полиомиелита (живой); детям, относящимся к группам риска (с иммунодефицитными состояниями или анатомическими дефектами, приводящими к резко повышенной опасности заболевания гемофильной инфекцией; с аномалиями развития кишечника; с онкологическими заболеваниями и/или длительно получающим иммуносупрессивную терапию; детям, рожденным от матерей с ВИЧ-инфекцией; детям с ВИЧ-инфекцией; недоношенным и маловесным детям; детям,

находящимся в домах ребенка) - вакциной для профилактики полиомиелита (инактивированной).

(сноска в ред. Приказа Минздрава России от 13.04.2017 N 175н)

<6.1> Вакцинация и ревакцинация детям, относящимся к группам риска, может осуществляться иммунобиологическими лекарственными препаратами для иммунопрофилактики инфекционных болезней, содержащими комбинации вакцин, предназначенных для применения в соответствующие возрастные периоды.

(сноска введена Приказом Минздрава России от 13.04.2017 N 175н)

<7> Вторая ревакцинация проводится анатоксинами с уменьшенным содержанием антигенов.

<8> Ревакцинация проводится вакциной для профилактики туберкулеза (БЦЖ).

<9> Вакцинация проводится детям и взрослым, ранее не привитым против вирусного гепатита В, по схеме 0-1-6 (1 доза - в момент начала вакцинации, 2 доза - через месяц после 1 прививки, 3 доза - через 6 месяцев от начала вакцинации).

<10> Интервал между первой и второй прививками должен составлять не менее 3 месяцев.

Как элемент третичной профилактики для обеспечения реабилитации больных с заболеваниями органов дыхания часто используется *дыхательная гимнастика по методике Стрельниковой*

Показания:

- Расстройства неврологического и психического характера, включая часты депрессивные состояния.
- Нарушения зрения.
- Бронхит, пневмония и бронхиальная астма.
- ОРЗ и грипп.
- Вазомоторный ринит в острой и хронической форме.
- Аллергические патологии, включая сезонный поллиноз.
- Туберкулёз лёгких.

- Болезни сердца и сосудов.
- Гипертония.
- Дистония.
- Восстановительный период после инфаркта или инсульта.
- Частые мигрени.
- Эпилепсия.
- Заболевания эндокринологического характера.
- Воспалительные заболевания кожных покровов.
- Для укрепления иммунитета в период беременности.
- Избыточный вес.

#### Противопоказания:

- Заболевания психического характера и умственные отклонения, которые не позволяют больному понять всю суть метода лечения.
- Болезни, при которых любые физические упражнения могут привести к сильным кровотечениям.
- Период обострения хронических заболеваний.
- Хроническая ангина в остром периоде болезни.
- Инфекционные заболевания в остром периоде.
- Высокая температура тела.
- Острый тромбофлебит.
- Подозрение на внутреннее кровотечение.

#### Техника выполнения

##### 1. Ладшки

Стать прямо, руки согнуть в локтях и поставить их ладонями вверх. Сделать 4 ритмичных вдоха, сжимая ладшки в кулак. Опустить руки, отдохнуть 4 секунды. Свободно выдохнуть ртом. Сделать 24 подхода.

##### 2. Погончики

Стать прямо, руки сжать в кулаки и прижать к животу. На вдохе толкать кулаки вниз, напрягая плечи. Затем вернуть руки назад и расслабить их на выдохе. 8 вдохов – затем 4 секунды отдыха.

### 3. Насос

Стать прямо, ноги на ширине плеч, руки вдоль тела. Сделать наклон вперед и тянуть руки к полу, но не доставать его. Вдох одновременно с наклоном, а выдохнуть нужно при выпрямлении, но выпрямляться следует не до конца. Наклоняться 100 раз в течение 1 минуты.

### 4. Кошка

Стать прямо, ноги уже плеч. Немного присесть, повернуться вправо и выполнить резкий вдох. Вернуться в первоначальное положение. Повторить движение влево. Руки при этом выполняют хватящие движения. Спину держать прямо, поворачиваться в талии.

### 5. Обнимание плеч

В положении стоя согнуть руки в локтях и поднять их на уровень плеч. Выполнить резкий вдох, обнимая себя за плечи, но не скрещивая руки. Если тяжело, делать по 4 движения.

### 6. Большой маятник

Стать прямо, ноги поставить уже плеч. Наклониться вперед, потянуть руки к полу, выполняя при этом вдох. Затем вернуться назад, обнять руками плечи и снова вдыхать.

### 7. Повороты головой

Стать прямо, ноги уже плеч. Повернуть голову вправо – вдох, повернуть голову влево – вдох. Выдохи между вдохами.

### 8. Ушки

Стать прямо, ноги уже плеч. Наклонить голову вправо, коснуться ухом плеча, вдохнуть, голову влево – вдохнуть. Выдохи между вдохами.

### 9. Маятник головой

Стать прямо, ноги поставить уже плеч. Наклонить голову вперед и посмотреть в пол, вдохнуть. Назад, глядя вверх, снова вдохнуть. Выдохи между вдохами.

### 10. Перекаты

Стать прямо, левую ногу поставить вперед, а правую отвести назад. Перенести вес тела на левую ногу, а правую согнуть и поставить на носок. Присесть на левой ноге одновременно с сильным вдохом. Выпрямить ногу и перенести вес на правую ногу. Присесть на правой ноге, вдохнув.

## 11. Шаги

1. Передний. Стать прямо, ноги поставить уже плеч. Поднять левую ногу, согнув ее в колене, до живота (при этом носок тянется вниз). Присесть на правой ноге одновременно с шумным вдохом. Вернуться в исходное положение. Повторить с другой ногой. 8 раз по 8 вдохов.
2. Задний. Согнуть левую ногу в колене, доставая при этом пяткой ягодицы. Присесть на правой ноге, сделать вдох. Повторить другой ногой. 4 раза по 8 вдохов.

## Правила при выполнении дыхательной гимнастики

Правило 1. Первооснову дыхательной гимнастики Стрельниковой, как известно, составляет вдох. Именно данный элемент следует тренировать в первую очередь. При выполнении упражнений рекомендуется резко и энергично вдыхать. При этом вдох должен быть коротким, но достаточно сильным. Вдыхать следует, втягивая воздух через нос шумно и активно.

Правило 2. Другой составляющей комплекса дыхательных упражнений Стрельниковой считается выдох. Его следует воспринимать как противоположность вдоха. А потому выдыхать нужно медленно и плавно, выводя воздух через рот. Если вдох требует усилий и определенных энергетических затрат, то выдох характеризуется произвольностью. При этом нет необходимости выталкивать из себя воздух, он должен выходить свободно и беспрепятственно. Нередко стремление сделать выдох активным и энергичным приводит к сбою ритма дыхания.

Правило 3. Все упражнения, направленные на отработку техники правильного дыхания, нужно выполнять, производя счет. Это поможет не сбиться с ритма и к тому же последовательно и правильно сделать все требующиеся элементы.

Правило 4. Ритм, который является еще одной важной составляющей комплекса упражнений дыхательной гимнастики, должен соответствовать ритму маршевого шага. Все упражнения следует проводить в определенном темпе. Это важно для сохранения

ритма и достижения максимального эффекта. Каждый элемент дыхательной гимнастики рекомендуется выполнять менее чем за секунду. Это достигается путем упорных и регулярных тренировок.

Правило 5. В методике дыхания по Стрельниковой, вдох и выполняемое движение составляют единое целое. Их нужно проводить одновременно, а не поочередно. -

Правило 6. Все упражнения, составляющие дыхательную гимнастику Стрельниковой, можно выполнять в положении как стоя, так сидя или лежа. Это определяется состоянием пациента и степенью тяжести заболевания.

Правило 7. Количество повторений того или иного упражнения должно быть кратно четырем. Как известно, четверка - это величина одного музыкального размера, наиболее удобного для проведения гимнастических упражнений. По мере освоения дыхательных элементов данную величину повышают в 2 раза. И это происходит вовсе не случайно. Считается, что восьмерка является символом бесконечности и вечности.

## **6. Роль участкового врача педиатра в оздоровлении детей с заболеваниями органов дыхания**

При проведении дородовых патронажей даются рекомендации по обустройству детского уголка, что позволяет создать наиболее оптимальные условия для уменьшения негативного воздействия на органы дыхания (зонирование помещения для оптимизации проветривания и облегчения влажной уборки с целью элиминации аллергенов).

При проведении патронажей к новорожденным дается рекомендация по массажу, лечебной гимнастике, способам закаливания, режиму дня ребенка.

Проведение бесед с родителями об оптимальном питании ребенка, важности профилактических прививок, утренней зарядки, проветривании помещения.

Своевременная диагностика и адекватная терапия для предотвращения осложнений и хронизации процесса.

Назначение ЛФК, физиотерапевтического лечения, дыхательной гимнастики для реабилитации пациентов с заболеваниями органов дыхания, что позволяет вводить пациентов с хроническими заболеваниями органов дыхания в фазу устойчивой

компенсации процесса, а соответственно приводит к длительной ремиссии и повышает качество жизни пациента.

## 7. Собственное исследование

В рамках подходов к оздоровлению пациентов с болезнями органов дыхания я рассмотрел влияние противопневмококковой вакцины «Превенар» на заболеваемость пневмонией.

Таблица 3. Исследование на базе 8 и 10 участков.

Участок	Всего детей	Привитые	Не привитые
8	453	433	25
10	445	424	21
всего	898	857	46

Среди привитых детей на обои участка пневмонией переболели 20 детей

Среди непривитых детей на обои участка пневмонией переболели 2 ребенка

Первичная заболеваемость пневмонией среди привитых детей на обоих участках составила:  $ПЗ = (20 \times 1000) / 857 = 23,3$  заболевания в год на 1000 населения.

Первичная заболеваемость пневмонией среди непривитых детей на обоих участках составила:  $ПЗ = (2 \times 1000) / 46 = 43,5$  заболевания в год на 1000 населения.

Процентное соотношение первичной  
заболеваемости пневмонией среди  
привитых и не привитых  
противопневмококковой вакциной  
"Превенар" детей

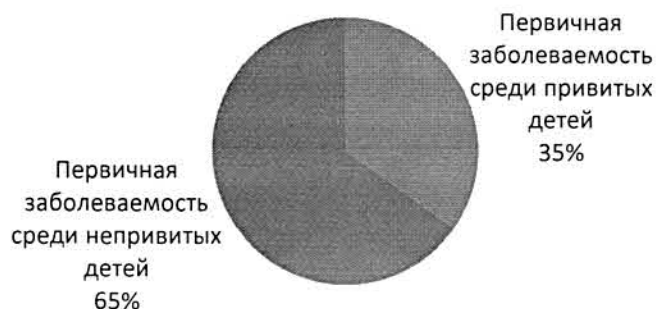


Рисунок 3. Процентное соотношение первичной заболеваемости пневмонией среди привитых и не привитых противопневмококковой вакциной "Превенар" детей.

Числовое соотношение первичной  
заболеваемости пневмонией среди  
привитых и не привитых  
противопневмококковой вакциной  
"Превенар" детей

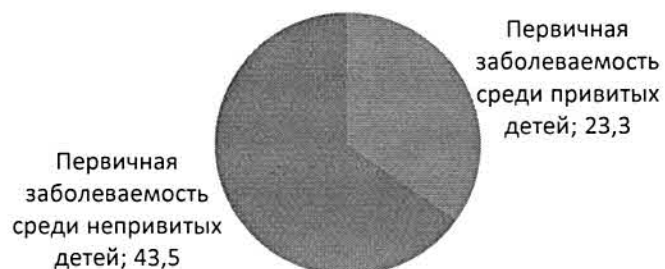


Рисунок 4. Числовое соотношение первичной заболеваемости пневмонией среди привитых и не привитых противопневмококковой вакциной "Превенар" детей.



Таким образом, наглядно видна эффективность проведения противопневмококковой вакцинации для профилактики пневмококковых инфекций верхних дыхательных путей в рамках оздоровления детей с заболеваниями органов дыхательной системы.

## 8. Выводы

Амбулаторно поликлиническое звено медицинской помощи все больше приобретает профилактическую направленность. Целью профилактики в поликлинике является предотвращение заболеваний, повышение резистентности организма к инфекционным нозологиям, повышение компенсаторных возможностей организма. Что приводит не только к уменьшению заболеваемости, но и позволяет уменьшить экономические затраты на лечение уже возникших заболеваний и их осложнений

Своевременная терапия заболеваний органов дыхания, адекватная нозологической форме, способствует минимизации осложнений, уменьшает общее негативное влияние на организм ребенка, его физическое и нервно-психическое развитие.

## 9. Список литературы

1. Поликлиническая педиатрия: учебник / под ред. А.С. Калмыковой. -М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 624 с.
2. Чиркин А.А., Огороков А.Н., Гончарик Н.А. Диагностический справочник терапевта. - Минск, 2016
3. Вайнбаум Я.С. Гигиена закаливания // Вайнбаум Я.С. и др. Гигиена физического воспитания и спорта. – М., 2015. – С. 72 – 91.
4. Баранов А.Е. Избавляемся от простуды // Физическая культура в школе, 2017. - №2. – С. 83 – 85.
5. Союз педиатров России, Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка. Научно-практическая программа «Острые респираторные заболевания у детей. Лечение и профилактика». М., 2016 г.
6. Брызгунов И. Закаливание: принципы и методы // Семья и школа, 2015. - №3. – С. 30 – 31.
7. Лаптев А.П. , Гук Е.П. Физкультура и закаливание в семье. – М., 2017.
8. Михайлов В. Основы воспитания здорового ребенка // Книга молодой семьи: Сборник. – Л., 2014. – С. 104 – 131.
9. Преображенский К. Со второго дня жизни // Семья и школа, 2016. - № 5. – С. 38 – 40.
10. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания (Практическое руководство. М.Педиатр. 2014).
11. Классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей. М.: Российское респираторное общество. 2016. 18с
12. Педиатрия. Национальное руководство. Краткое издание/ под ред. А. А. Баранова. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 768 с. : ил.

## 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 10 группы

Чернобай Игорь Олегович

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

В ходе проведенного анализа недостатков не выявлено.

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

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, четко и ясно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные и нерешенные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан глубокий анализ, свидетельствующий о научной зрелости автора. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал обширен, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала, обоснованы и подтверждены результатами статистического анализа.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова