

ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России  
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

76 лист  
Ташепова О.В.  
①

Научно- исследовательская работа на тему

**«СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ НА  
УЧАСТКЕ»**

**Выполнила:**

Обучающийся 5 курса 8 группы  
педиатрического факультета  
Шахбазова Маликат Ахмедовна

Волгоград 2018г.

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
Цель научно-исследовательской работы.....	6
Задачи научно-исследовательской работы.....	6
Основные определения и понятия.....	7
Теоретическая часть НИР.....	8
Роль врача.....	18
Собственное исследование.....	19
Выводы.....	22
Список литературы.....	24

## **ВВЕДЕНИЕ**

Сегодня уровень цивилизованности страны определяется не только развитием космической техники, электроники и уровнем атомной энергетики, но и продолжительностью жизни населения, являющейся одним из наиболее обобщенных показателей здоровья человека.

Здоровье нации — это определенная норма потока смены поколений, сохраняющая определенный уровень достаточности здоровья. Здоровье — презентатор социальной, экологической, духовной, экономической норм развития любой цивилизации. Здоровье нации — это высокий уровень экономики и обороноспособности страны. Здоровье нации тесно связано с нормой развития общественного интеллекта, образования, науки, культуры, физического воспитания и спорта.

И невозможно поддерживать здоровье населения без четко установленных и регламентированных установок слежения, контроля, за качеством обслуживания медицинской помощью каждого гражданина нашей страны, которое начинается с самых первых месяцев его жизни.

Наблюдение за здоровьем ребенка начинается с самых первых месяцев его жизни, благодаря чему врач может адекватно оценивать его физическое и психомоторное развитие, предупредить и проследить за началом развития болезни, своевременно оказать помощь и информировать родителей о методах профилактики тех или иных патологий.

Контроль за нормальным ростом и развитием ребёнка — основа профилактической работы врача-педиатра детских поликлиник при работе как с неорганизованными, так и организованными детьми.

Основные задачи врачебного контроля:

- тщательный и углублённый контроль развития детей в определённые возрастные периоды;
- назначение рекомендаций, направленных на правильное физическое, половое и нервно-психическое развитие, на сохранность и совершенствование всех функциональных систем организма;



- раннее выявление отклонений в состоянии здоровья ребёнка с целью быстрой реабилитации для предотвращения нарушения развития и формирования хронических заболеваний;
- оценка состояния здоровья;
- определение групп риска (биологического, семейно-психолого-педагогического и социального), выделение медико-социальных групп детей, требующих специального внимания семьи, педагогов, психологов и социальных работников;
- выделение группы больных детей острыми (транзиторными, циклическими) и хроническими заболеваниями (диспансерные группы по ф. 30).

Содержание комплексных медицинских осмотров определяется возрастом и группой здоровья детей. К ним привлекаются многие узкие специалисты, проводятся дополнительные обследования и лабораторные исследования, что позволяет комиссионно, на междисциплинарном уровне решать вопрос о состоянии здоровья ребёнка и мониторировать его развитие. При необходимости и с учётом установленного качества здоровья индивидуально назначаются оздоровительные профилактические или лечебные мероприятия.

По завершении планового осмотра необходимо дать оценку физическому, половому и нервно-психическому развитию, определить группы здоровья ребёнка. При наличии критериев конкретного диагноза формируется диагноз, и ребёнок наблюдается педиатром по группе диспансерного учёта по ф. 30 (пороки развития, наследственные заболевания, хронические болезни).

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 апреля 2007 г. N 307 «О стандарте диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни» определены стандарты плановых осмотров детей до года.

Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних (далее - профилактические осмотры) проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних.

Медицинский осмотр - это комплекс медицинских мероприятий, вмешательств, который включает в себя осмотр врачей-специалистов, а также лабораторные и инструментальные исследования, направленные на

## **Цель научно-исследовательской работы:**

1. Мониторинг уровня здоровья детей первого года жизни на участке детской поликлиники.
2. Определить структуру заболеваемости детей первого года жизни на участке .
3. Изучение динамики показателей физического развития и распространенности заболеваний по данным обращаемости детей первого года жизни в амбулаторно-поликлиническом звене.

## **Задачи научно-исследовательской работы**

1. Вычислить и проанализировать процент всех детей до 1 года, которые находились под наблюдением на участке в поликлинике за 2016- 2018 год.
2. Собрать данные о результатах показателей работы врача по наблюдению за детьми до 1 года за 2018 год.
3. Проследить за динамикой распределения детей по группам здоровья и индекс здоровья детей до 1 года.
4. Указать регулярность наблюдения детей до 1 года за 2016- 2018 год.
5. Оценка характера вскармливания детей до 1 года на педиатрическом участке за период 2016–2018 гг.



## **Основные определения и понятия.**

*Здоровье* - это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

*Заболевание* организма, выраженное в нарушении его нормальной жизнедеятельности, продолжительности жизни, и его способности поддерживать свой гомеостаз.[1]

*Группы здоровья:*

I группа — здоровые дети, не имеющие отклонений по всем признакам здоровья, не болеющие за период наблюдения, или имеющие незначительные единичные отклонения, не влияющие на состояние здоровья и которые не нужно корректировать.

II группа — дети с фактором риска возникновения патологии различных органов и систем, а также имеющие некоторые функциональные и морфологические отклонения, измененную резистентность, у которых отсутствуют хронические заболевания среди детей раннего возраста (первого года жизни) выделяют ПА и ПБ группы здоровья.

- ПА группа (группа риска) — здоровые дети с минимальным риском формирования хронических заболеваний, т.е. с факторами риска только одного вида в онтогенезе (по данным биологического и генеалогического анамнезов), которые перечислены ниже.
- ПБ группа (группа высокого риска) — здоровые дети с факторами риска 2-го вида или одновременной отягощенностью факторами риска всех 3 видов. К ним относят детей следующих групп.

III группа – больные в компенсированном состоянии: имеющие хронические заболевания или врожденную патологию в состоянии компенсации с редкими и нетяжело протекающими обострениями

хронического заболевания без выраженного нарушения общего состояния и самочувствия.

IV группа – больные в субкомпенсированном состоянии: имеющие хронические заболевания или врожденную патологию в состоянии субкомпенсации с нарушениями общего состояния и самочувствия после обострения, с затяжным характером реконвалесценции после острых заболеваний.

V группа – больные в декомпенсированном состоянии: с тяжелыми хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации и со значительно сниженными функциональными возможностями; как правило, они не посещают образовательные учреждения общего профиля, а обучаются либо в специализированных школах, либо на дому и наблюдаются по индивидуальным схемам. [3]

*Инфекционные заболевания* — это группа заболеваний, вызываемых проникновением в организм патогенных (болезнетворных) микроорганизмов.



## Теоретическая часть НИР

Здоровье населения является показателем внешнего и внутреннего социального благополучия, а также косвенным показателем национальной безопасности. Для создания здорового общества, прежде всего, необходимо особое внимание уделять детскому населению – важнейшему резерву производительных сил. Состояние здоровья детей отражает уровень реализации биологического потенциала нации и является «зеркалом», происходящих в обществе процессов. По мнению академика А. А. Баранова с соавт., режим воспроизводства населения во многих регионах Российской Федерации близок к критическому состоянию. Снижение уровня жизни, ухудшение общедоступности медицинской помощи проявилось в низких показателях рождаемости, стабилизации высоких показателей младенческой и детской смертности, отрицательном естественном приросте населения на большинстве территорий России, ухудшении качественных показателей здоровья детского населения. Значительные успехи достигнуты в снижении младенческой смертности (с 12,4 в 2003 г. до 7,3 в 2011 г. на 1000 детей, родившихся живыми). Уровень этого показателя в настоящее время значительно приблизился к европейским значениям. В то же время численность детского населения за последние 10 лет снизилась на 17,4% и на начало 2008 г. составила 28,5 млн. человек. В условиях низкой рождаемости в Российской Федерации, особое значение приобретает качество жизни новорожденных. О его ухудшении свидетельствует тот факт, что ежегодно до 38% детей рождаются больными или заболевают в период новорожденности. По данным XVI Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии», который состоялся 24 февраля 2012 года, в среднем каждый десятый младенец рождается недоношенным и с низкой массой тела. При этом общая заболеваемость новорожденных по Российской Федерации снизилась с 6020,6 (2004 г.) до 5396,9 (2010 г.) на 10000 новорожденных. Показатели здоровья детей первого года жизни связаны с периодом

новорожденности, здоровьем матери, социально-экономической и экологической обстановкой, характером вскармливания ребенка, навыками семьи в профилактике и лечении болезней у детей, в объеме реабилитации и восстановительного лечения, а также в стандартизированных подходах к диспансерному обследованию и наблюдению за детьми. Согласно уставу ВОЗ, «Здоровье – это не отсутствие болезни как таковой или физических недостатков, а состояние полного физического, душевного и социального благополучия». В современном обществе здоровье рассматривается как социальное свойство личности, качественный и количественный уровень которого обеспечивает человеку конкурентоспособность, благополучие семьи, профессиональный рост. Социально-экономические и гигиенические факторы: по мнению ученых, являются ведущими по влиянию на состояние здоровья населения. Вклад социальных факторов стабильно составляет около 50%, доля влияния факторов окружающей среды в крупных промышленных городах колеблется в пределах от 24 до 33%. Имеются данные о значительном влиянии социальных факторов: регион проживания, жилищные условия, состав семьи, вредные привычки родителей, профессиональные вредности, уровень дохода и благополучие семьи на состояние здоровья детей и показатели заболеваемости. Современные условия жизни – расслоение общества на бедных и богатых, постоянные стрессовые воздействия, рост природных катаклизмов и негативных антропогенных влияний, недостаточное и неправильное питание, вынужденное пренебрежение к своему здоровью, широкое распространение нездорового образа жизни отрицательно воздействуют на организм, особенно в период его роста и развития. Влияние социально-гигиенических факторов на заболеваемость детей показано в ряде работ зарубежных исследователей. З. Ф. Сабирова с соавт. (2002) подчеркивают, что сегодня недостаточно изучены количественные зависимости специфических и неспецифических показателей здоровья от комбинированного воздействия многокомпонентного химического загрязнения среды в районах размещения



нефтеперерабатывающих, нефтехимических промышленных комплексов. При оценке влияния загрязнения окружающей среды на здоровье населения показано, что вклад суммарного загрязнения атмосферного воздуха и питьевой воды в уровень общей смертности детского населения составляет 45,6%. Многочисленные исследования подтверждают непосредственное влияние производственных факторов на показатели здоровья детей. Так, по данным А.З. Лихтшангофа с соавт. (1993), проведение углубленного осмотра детей в ряде крупных промышленных регионов показало высокую заболеваемость различными видами острой и хронической патологии. Особенно это проявляется среди детей, матери которых испытывают неблагоприятное воздействие производственной среды. Почти у половины новорожденных, родившихся от матерей, которые имели контакт с профессиональными вредностями во время беременности, отмечаются клинические признаки перенесенной внутриутробной гипоксии, задержки внутриутробного развития, морфофункциональной незрелости органов и систем. Перинатальные повреждения мозга диагностируются с частотой 14,4%, перинатальные гипотрофии – у 11,2%. По данным ряда авторов, у 25-40% матерей, дети которых умерли на первом году жизни, работа была связана с воздействием на них во время беременности различных профессиональных вредностей. В детской популяции в условиях антропогенного загрязнения, по мнению Е.В. Михайловой (2004), наиболее распространены неврологические заболевания, патология со стороны органов зрения, костно-мышечной системы, патология ЛОР-органов, эндокринные болезни и нарушения обмена веществ, заболевания крови. Значительное влияние на состояние здоровья детей оказывает характер течения беременности и родов. Токсикозы во время беременности приводят к функциональной неустойчивости сердечной деятельности, слабости адаптации к внешним условиям, повышенной вероятности возникновения судорожного синдрома. Установлено влияние характера беременности на заболеваемость острой пневмонией детей первых трех лет жизни.

Патологическое течение беременности и родов определяет повышенную заболеваемость детей в течение первых 7 лет жизни и продолжает оказывать влияние, в частности, на возникновение функциональных отклонений со стороны пищеварительной системы детей даже в школьном возрасте. Рациональное вскармливание является одним из важнейших условий, обеспечивающих адекватное созревание различных органов и тканей, оптимальные параметры физического, психомоторного, интеллектуального развития, устойчивость младенцев к неблагоприятным факторам за счет развития иммунной системы и формирования активного и пассивного иммунитета. На современном этапе многие авторы подчеркивают роль грудного вскармливания в формировании здоровья человека на долгие годы. Вскармливание, которое определяет физическое и интеллектуальное развитие детей, формирует взаимную привязанность между матерью и ребенком, обуславливает в дальнейшем характер и тип поведения человека. Нарушения питания в раннем возрасте, дефицит микронутриентов нередко приводят к значительным отклонениям в физическом развитии детей, возникновению алиментарно-зависимых заболеваний. В настоящее время питание детей первого года жизни в РФ во многих случаях является неадекватным и характеризуется недостаточной распространенностью грудного вскармливания, так по данным Минздрав соцразвития РФ, в 2010 году в Российской Федерации доля детей, находившихся на грудном вскармливании к числу детей, достигших 1 года, составляла от 3 до 6 мес. – 39,9%, от 6 до 12 мес. – 41,3%. Грудное вскармливание имеет значительные преимущества перед искусственным вскармливанием не только для самого ребенка и его матери, но и для семьи и общества в целом. Находясь на грудном вскармливании, ребенок меньше подвержен инфекционным заболеваниям желудочно-кишечного тракта и мочевыводящих путей, респираторным инфекциям, отитам и пневмониям, развитию пищевой аллергии, бронхиальной астмы, сахарного диабета.



Общая заболеваемость детей первого года жизни не изменяется в течение последних восьми лет (2600-2700 на 1000 детей, достигших возраста 1 года), хотя за тот же период частота отдельных классов болезней возросла на 42-45% (врождённые аномалии, болезни нервной системы, почек и мочевыводящих путей). В структуре заболеваемости детей первого года за последние 5 лет наиболее заметно выросла заболеваемость по классам болезни нервной системы (на 24 %), болезни глаза и его придаточного аппарата (на 24%), мочеполовой системы (на 23,2 %). Первое место – 57,7% в структуре заболеваний составляют болезни органов дыхания, на втором месте – перинатальная патология нервной системы (5,6%), третьем – болезни органов пищеварения (5,5%). Среди детей первого года жизни значительно выросла распространенность болезней мочеполовой системы – на 23%, болезней нервной системы – 15,6%, глаза и его придаточного аппарата – на 20,1%, врожденные аномалии на 15%, болезней органов пищеварения – 9,5%. нервной системы, болезни органов пищеварения.

## **Роль врача в наблюдении за детьми до 1 года.**

Работа в поликлинике ведётся по приказу № 60 от 1985 г. На одного педиатра должно быть 800 детей. На каждого ребёнка заводится амбулаторная карта, учетная форма 112. Во время беременности педиатр должен заполнять дородовой патронаж – информация о семье разного рода, генеалогическое дерево. В конце определяется группа здоровья.

После выписки из роддома делается запись в журнале новорождённых на участке. Врач идёт на первый патронаж новорождённого: осмотр ребёнка, пупочной ранки, оценка состояния, наличие приданного (бельё ребёнка), коляски, кровати. Объясняет маме как кормить грудью, советы по грудному вскармливанию. Осмотр молочных желёз матери. Рекомендации по прогулкам, купанию ребёнка. Мама отдаёт врачу обменную карту (когда родился, как протекали роды, какая масса, прививки и т. д.).

Осмотр проводится каждый день в течение 10 суток.

- Потом осмотр на 14 и 21 сутки.
- Ежемесячный осмотр на участке: антропометрия, прибавка в весе и других показателях.
- В 3, 6, 9 месяцев врач пишет квартальные эпикризы, а каждый год – этапный эпикриз.
- Осмотр 2 раза в месяц до 3 месяцев (до 6 месяцев - недоношенных); 1 раз в месяц до года; 1 раз в 3 месяца до 2 лет; 1 раз в 6 месяцев до 3 лет; раз в год - после 3 лет.
- Форма № 63 содержит информацию о прививках. Картотека работает с формами и составляет план прививок на месяц каждому педиатру. Педиатр заводит учётную форму № 30 (взятие на диспансерный учёт).

## **Собственное исследование.**

Проведено изучение состояния здоровья детей первого года жизни, находившихся под наблюдением на базе ГУЗ «Детская поликлиника №16» (г. Волгоград) за период 2016–2018 гг. Заболеваемость детей изучали по обращаемости в детскую поликлинику и путем клинического наблюдения в ходе исследования. Комплексная оценка состояния здоровья базировалась на заключениях специалистов по амбулаторной документации, на выписках из историй болезни стационаров, данных лабораторного и инструментального обследования. Для оценки основных тенденций в состоянии здоровья детей первого года использовали данные о распределении по группам здоровья на начало и конец учетного года, охвате грудным вскармливанием, заболеваемости.

## **Результаты и обсуждение.**

Сравнительный анализ возрастной структуры детского населения на педиатрическом участке показал устойчивую тенденцию к повышению количества детей за период 2016–2018 гг. (с 815 до 835 человек). Обращают на себя внимание существенные различия динамики показателей: в 2018 г. в сравнении с 2016 и 2017 гг. количество детей первого года жизни увеличилось на 15 % (Рисунок 1).



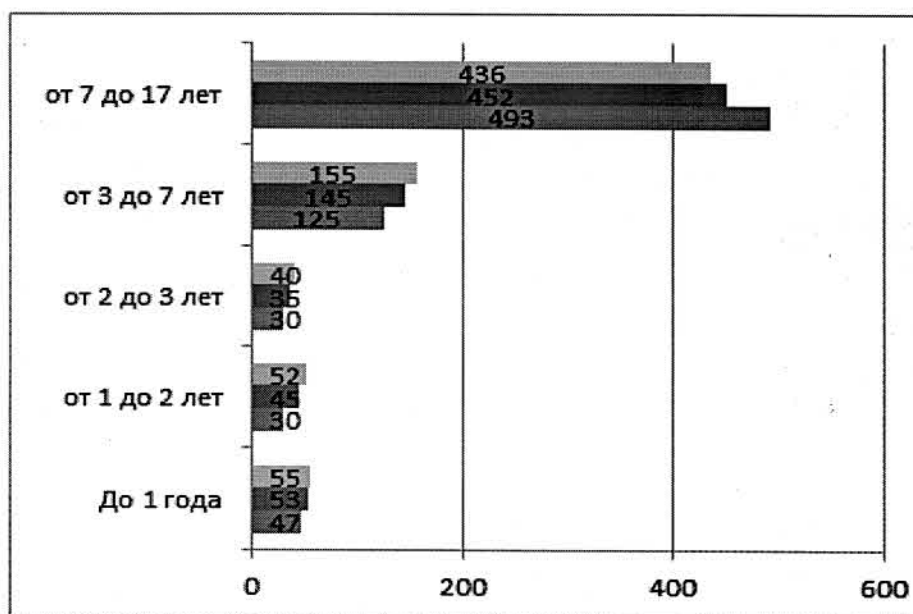


Рис. 1. Возрастная структура детского населения на педиатрическом участке за период 2016–2018 гг.

Сравнительная оценка распределения новорожденных детей по группам риска выявила значительный рост количества новорожденных с риском развития патологии ЦНС и с риском внутриутробного инфицирования за период 2016–2018 гг., что связано с увеличением распространённости инфекционно-воспалительных заболеваний у женщин репродуктивного возраста, в том числе урогенитальной сферы. Согласно литературным источникам, заболеваемость новорожденных в раннем неонатальном периоде при наличии у матерей урогенитальной инфекции колеблется в пределах 50–100 % ; в нашем исследовании – 85–95 %. Выявлен незначительный рост новорожденных с риском развития врожденных пороков органов и систем и наследственно обусловленных заболеваний с 40 % до 45 % (Таблица 1).



Таблица 1

Распределение новорожденных детей по группам риска за период 2016–2018 гг.

Группы риска	2016 год	2017 год	2018 год
I группа – новорожденные с риском развития патологии ЦНС	70	75	80
II группа – новорожденные с риском внутриутробного инфицирования	85	95	95
III группа – новорожденные с риском развития трофических нарушений (большая масса тела, гипотрофия, незрелость и эндокринопатии)	65	70	65
IV группа – новорожденные с риском развития врожденных пороков органов и систем и наследственно обусловленных заболеваний	40	35	45
V группа – новорожденные из группы социального риска	20	25	30

Анализ распределения детей первого года жизни на группы здоровья показал, что если в 2016 году к IV группе здоровья было отнесено 5 % наблюдаемых детей, то к 2018 году показатель составил 0 %. За этот же период произошло увеличение наполняемости второй группы здоровья: 2016 г. – 65 %, 2017 г. – 78 %, 2018 г. – 68 % (Таблица 2).

Таблица 2

Распределение детей первого года жизни по группам здоровья

Группа здоровья	2016 год		2017 год		2018 год	
	Абс.	доля (%)	Абс.	доля (%)	Абс.	доля (%)
Первая	15	25	17	27	17	27
Вторая	30	65	35	35	37	68
Третья	1	5	1	1	1	5
Четвертая	1	5	0	0	0	0

Одним из ведущих критериев здоровья детей является уровень и гармоничность их роста и развития. В последнее время в литературе появляется все больше работ, отражающих особенности физического развития детей, обусловленные региональными климатогеографическими, этническими, экологическими особенностями, спецификой уклада жизни, различным социально-экономическим положением. Установлено, что проживание в неблагоприятных климатогеографических, экологических и социальных условиях обуславливает актуальность непрерывного мониторинга физического развития и заболеваемости детского населения

России. Выявлено уменьшение количества детей с гиперсоматическим типом и увеличения с мезосоматическим типом развития в 2018 году в сравнении с 2016–2017 гг. – 10 % и 85 % соответственно (Рисунок 2).

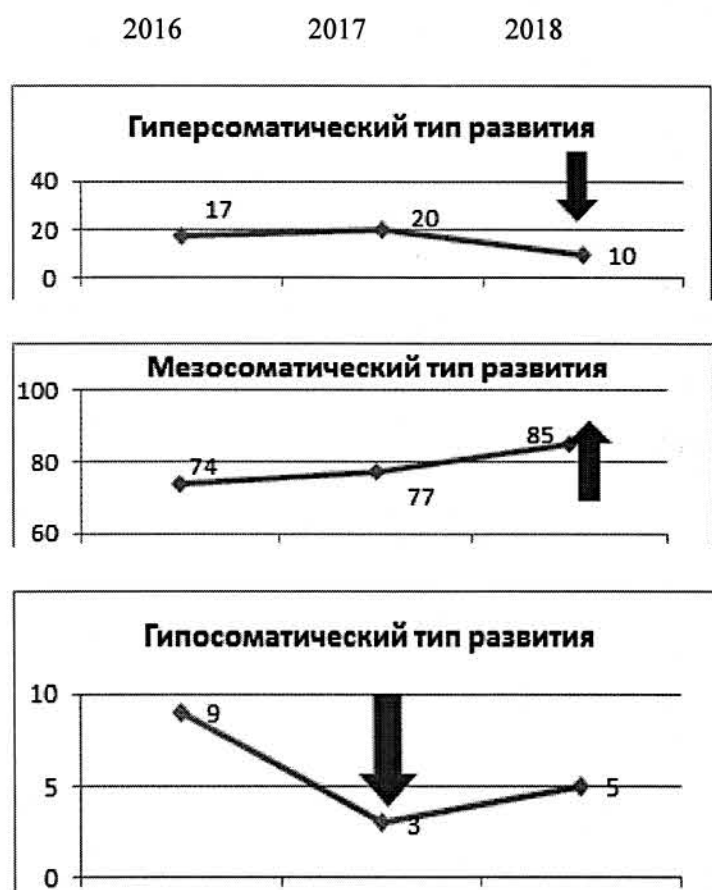


Рис. 2. Распределение детей первого года жизни по соматотипу за период 2016–2018 гг., %

Проведена оценка динамики и ранговой структуры общей заболеваемости детей 0–1 года за период 2016–2018 гг. Болезни органов дыхания (ОРЗ) традиционно заняли лидирующую позицию в уровне и структуре регистрируемой инфекционной заболеваемости, однако в 2017 г оказался выше – 196 %, чем в 2016 г. (114 %) и в 2018 г (109 %, что обуславливает более 80 % всех вызовов врачей на дом. Второе место заняли кишечные инфекции и составили в максимальный уровень в 2017 году – 10 %, в 2016 г –



8,5 %, в 2018 – 6,4 %. Случаев пневмонии за 2016 и 2018 года не было, за 2017 год – встречалась у 3,3 % детей (Рисунок 3). Полученные результаты говорят, что в 2017 году отмечалась вспышка эпидемии ОРВИ. Анализ ранговой структуры показал, что респираторные болезни продолжают оставаться основной причиной заболеваемости, вызывая наибольшее количество социальных и экономических потерь.

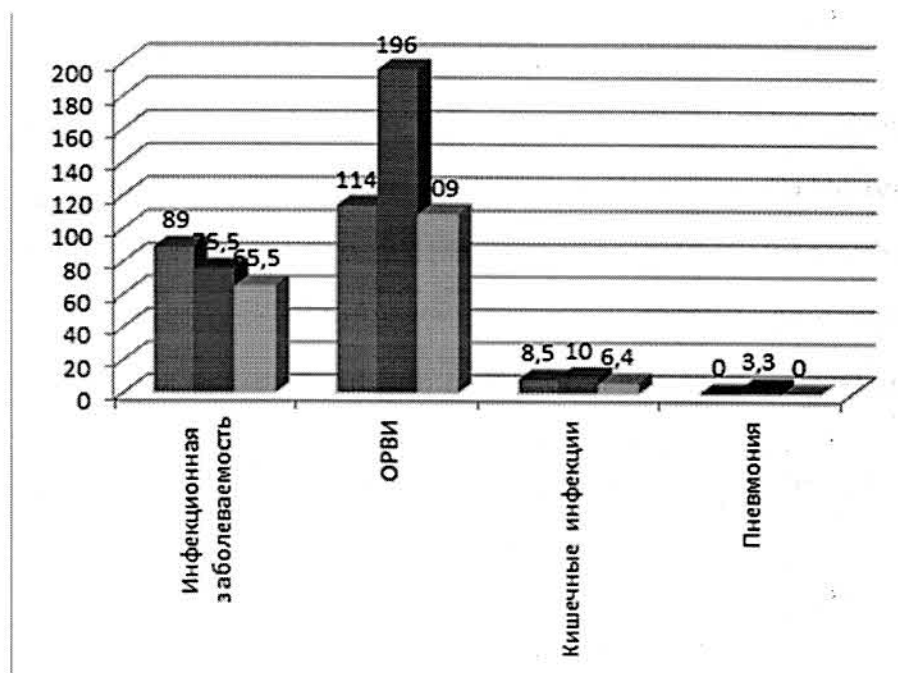


Рис. 3. Динамика частоты инфекционной заболеваемости детей 0–1 года за период 2016–2018 гг.

По данным литературы, в структуре первичной и общей заболеваемости детей одно из ведущих мест занимает патология центральной нервной системы. В нашем исследовании также в структуре соматической заболеваемости максимальный уровень отмечался по классу болезни нервной системы (перинатальное поражение центральной нервной системы): в 2016 году – в 90 % случаев, в 2017 г. – 92 %, 2018 – 94 %, т.е. произошло заметное повышение за данный период. Согласно исследованиям отечественных



ученых, основной причиной неврологической патологии (до 80 %) у детей первого года жизни является повреждение головного мозга в перинатальном периоде. Отмеченный факт обусловлен ростом проблем внутриутробного развития плода, патологий беременности и родов, а также более широкими возможностями выявления неврологических нарушений у детей первого года жизни.

На второй позиции в структуре соматической заболеваемости по частоте находились алиментарно-зависимые заболевания. Среди них представителями явились анемия, рахит, частота которых относительно 2016 года снизилась в 2018 году. Рассматривая ситуацию относительно хирургических патологических состояний, таких как пупочные и паховые грыжи, водянка яичка, гемангиомы, следует обратить внимание на достаточно высокий уровень данной патологии, которая неизменно возросла с 5,7 % до 14 %; рост за исследуемый период составил 8,3 %.

Необходимым условием обеспечения здоровья детей первого года жизни, их роста и развития, устойчивости к воздействиям инфекций и другим внешним неблагоприятным факторам является оптимальное питание. Так, за период 2016–2018 гг. число детей, находившихся на естественном вскармливании до 1 года, увеличилось с 50 % в 2016 г. до 85 % в 2018 г. Количество детей, получавших искусственное вскармливание, уменьшилось с 20 % в 2016 г. до 5 % в 2018 г. (Таблица 3). Это подчеркивает возможность управления факторами здоровья.

Таблица 3

Характер вскармливания детей до 1 года на педиатрическом участке за период 2016–2018 гг.

Вид вскармливания	2016 год (n=47)		2017 год (n=53)		2018 год (n=55)	
	Абс.	Доля (%)	Абс.	Доля (%)	Абс.	Доля (%)
Естественное	24	50	40	75	47	85
Смешанное	14	30	10	20	5	10
Искусственное	9	20	3	5	1	5

## **Выводы**

Проведенное исследование позволило получить широкий круг показателей, характеризующих здоровье детей младшей возрастной группы. Самый высокий удельный вес в структуре заболеваемости детей первого года жизни на протяжении всего анализируемого периода имел класс болезней органов дыхания. Выявлено снижение интенсивных показателей заболеваемости острыми респираторными инфекциями верхних дыхательных путей к 2018 году.

Таким образом, показатели здоровья детей первого года жизни связаны с течением периода новорожденности, состоянием здоровья матери, социально-экономической и экологической обстановкой, характером вскармливания ребенка, навыками семьи в профилактике и лечении болезней у детей, в объеме реабилитации и восстановительного лечения, а также в стандартизированных подходах к диспансерному обследованию и наблюдению за детьми. Данный факт диктует необходимость изучения региональных особенностей состояния здоровья детского населения и анализа медико-социальных, гигиенических факторов, определяющих его.

## **Список использованной литературы.**

1. Баранов А. А., Кучма В. Р., Сухарева Л. М. Медико-социальные проблемы воспитания подростков. – М.: ПедиатрЪ, 2014. – 388 с.
2. Дмитриева М. В., Мазур Л. И., Щербицкая О. В. Особенности состояния здоровья и физического развития детей, поступающих в школу // Современные тенденции в науке, технике, образовании: материалы Международной научно-практической конференции: в 3-х частях. – 2016. – С. 11-13.
3. Ерофеев Ю. В., Михеева Е. В., Новикова И. И., Поляков А. Я. Результаты гигиенической оценки здоровья современных школьников // ЗНиСО. – 2012. – № 8 (233). – С.10-12.
4. Жирнов В. А., Дмитриева М. В. Состояние здоровья детей с врожденными пороками развития, воспитывающихся в закрытых учреждениях // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 3; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=19171>.
5. Корсаков А. В., Михалев В. П., Трошин В. П. Сравнительная оценка состояния окружающей среды и здоровья детского населения Брянской области // Здравоохранение Российской Федерации. – 2012. – № 1. – С.21-26.



## 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 8 группы

Шахбазова Маликат Ахмедовна

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:



О.В. Полякова