

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России  
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

96  
Лашинская О.В.

Научно-исследовательская работа на тему

**«СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ  
ВТОРОГО ГОДА ЖИЗНИ»**

**Выполнил:**  
Обучающийся 5 курса 5 группы  
педиатрического факультета  
Шевцова Мария Владиславовна

Волгоград 2018г.

## 2.Содержание

1. Введение.....	3стр.
2. Цель научно-исследовательской работы.....	4стр.
3. Задачи научно-исследовательской работы .....	4стр.
4. Основные определения и понятия .....	5стр.
5. Теоретическая часть научно-исследовательской работы .....	6стр.
6. Собственное исследование.....	24стр.
7. Роль врача.....	31стр.
8. Выводы.....	33стр.
9. Список литературы.....	34стр.

## 1. Введение

Известно, что в нашей стране уделяется много внимания охране здоровья детей. Ежегодно миллионы детей и подростков проходят медицинский осмотр.

Цель этих осмотров - выявление детей, нуждающихся в лечебных и оздоровительных мероприятиях. Кроме того, они дают возможность определить потребность в медицинских кадрах и сети лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). В совокупности их результаты дают характеристику состояния здоровья всего подрастающего поколения.

При этом задача врача заключается не только в констатации заболеваний и назначении лечения, а и в определении способности каждого ребенка или подростка полноценно выполнять присущие ему социальные функции. Эта способность определяется уровнем достигнутого развития, нормальным функционированием основных органов и систем, достаточной адаптацией к условиям окружающей среды.

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

Изучить состояние здоровья детей 2-го года жизни на участке

## **3.Задачи научно-исследовательской работы**

- 1 .Определить состояние здоровья детей 2-го года жизни.
- 2.Выявить заболевания детей 2-го года жизни

#### **4. Основные определения и понятия**

Здоровье, по определению ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения), – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Здоровье – это не только отсутствие болезней и повреждений, но и гармоничное физическое и нервно-психическое развитие, нормальное функционирование всех органов и систем, отсутствие заболеваний, достаточная способность адаптироваться к непривычным условиям среды, резистентность к неблагоприятным воздействиям.

По мнению академика Ю.П. Лисицына, «...здоровье человека не может сводиться лишь к констатации отсутствия болезней, недомогания, дискомфорта, оно – состояние, которое позволяет человеку вести нестесненную в своей свободе жизнь, полноценно выполнять свойственные человеку функции, прежде всего трудовые, вести здоровый образ жизни, т.е. испытывать душевное, физическое и социальное благополучие».

## **5. Теоретическая часть научно-исследовательской работы**

Данные о заболеваемости, наряду с показателями смертности, инвалидности – основные в оценке состояния здоровья детей 2-го года жизни .

Изучение заболеваемости и роли факторов, ее определяющих, занимает особое место в оценке здоровья детей. Для получения объективной оценки заболеваемости детского населения необходимо анализировать во взаимосвязи статистические показатели по разным источникам: база данных фондов ОМС, медицинские осмотры детей, учетно-отчетная документация медицинских учреждений, компьютерные методы обследования детского населения.

Показатели здоровья детей 2-го года жизни связаны с периодом 1-го года жизни, здоровьем матери, социально-экономической и экологической обстановкой, характером вскармливания ребенка, навыками семьи в профилактике и лечения болезней у детей 1-го года жизни, а так же в стандартизированных подходах к диспансерному наблюдению.

Амбулаторно-поликлинический этап является важнейшим звеном в системе здравоохранения, как наиболее массовая форма медицинского обеспечения населения. На этом этапе решаются проблемы общественного здоровья, профилактики, оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи, реабилитации, реализуются стратегия, концепция и тактика развития здравоохранения, оценивается популяционное здоровье, осуществляется планирование медицинской помощи, оценка ее качества

### **Факторы влияние на состояние здоровья детей 2-го года жизни:**

1.здоровье матери 90%

2.социально-экономические и гигиенические факторы-34%



3. окружающая среда-24%

4. профилактика заболеваний-88%

5. питание ребенка 1 года жизни(в том числе ГВ)-83%

Система комплексной оценки состояния здоровья основывается на 4-х базовых критериях:

1. Наличие или отсутствие функциональных нарушений и/или хронических заболеваний (с учетом клинического варианта и фазы течения патологического процесса).

Физические заболевания или врожденные пороки развития определяют во время осмотра педиатром или врачом-специалистом и оценивают как «здоров», «пограничное состояние» или «болен».

Проводится биологический и генеалогический анализ, социальные условия жизни.

2. Уровень функционального состояния основных систем организма.

Определяется сравнением показателей основных функциональных систем с нормой.

3. Степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям.

Резистентность и реактивность – определяют кратность острых заболеваний по обращаемости за предшествующий период (обычно год). Хороший результат – отсутствие или редкие (до 3 раз) заболевания.

*Часто болеющие дети (ЧБД)* — это термин, обозначающий группу детей, выделяемую при диспансерном наблюдении, характеризующуюся более высоким, чем их сверстники, уровнем заболеваемости острыми респираторными инфекциями.

Критерии выделения детей в группу ЧБД сформулированы в 1986 г. В.Ю. Альбицким и А.А. Барановым. Они приведены в таблице 1, из которой видно, что в возрасте до 1 года к группе ЧБД относят ту категорию детей, которые перенесли 4 и более эпизодов ОРЗ в год. Среди детей от 1 до 3 лет в нее включают детей, перенесших в течение года 6 и более эпизодов ОРЗ, соответственно, среди детей от 3 до 5 лет — 5 и более эпизодов, а среди детей старше 5 лет — 4 и более ОРЗ в год

Таблица 1 "Критерии включения детей в группу часто болеющих"

Возраст ребенка	Частота эпизодов ОРЗ в год
До года	4 и более
1 — 3 года	6 и более
4 — 5 лет	5 и более
Старше 5 лет	4 и более

#### 4. Уровень достигнутого развития и степень его гармоничности.

Оценивается физическое развитие и степень его гармоничности (антропометрия и оценка полученных данных с помощью сигмальных отклонений или центильных критериев), а также психическое развитие и степень его гармоничности (таблицы НПР).

Основным методом, позволяющим получить характеристики, на основании которых дается комплексная оценка состояния здоровья, является профилактический медицинский осмотр. Комплексная оценка состояния



здоровья каждого ребенка или подростка с формализацией результата в виде отнесения к одной из "групп здоровья" дается с обязательным учетом всех перечисленных критериев.

В зависимости от состояния здоровья дети могут быть отнесены к следующим группам:

- к *I группе здоровья* относятся здоровые дети, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, не имеющие анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных отклонений;

- к *II группе здоровья* относятся дети, у которых отсутствуют хронические заболевания, но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения, реконвалесценты, особенно перенесшие тяжелые и средней тяжести инфекционные заболевания; дети с общей задержкой физического развития без эндокринной патологии (низкий рост, отставание по уровню биологического развития), дети с дефицитом массы тела (масса менее  $M - 2 \text{ сигма}_R$ ) или избыточной массой тела (масса более  $M + 2 \text{ сигма}_R$ ), дети часто и/или длительно болеющие острыми респираторными заболеваниями; дети с физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранности соответствующих функций;

- к *III группе здоровья* относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями, при отсутствии осложнений основного заболевания; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации соответствующих функций, степень компенсации не должна ограничивать возможность обучения или труда ребенка, в том числе подросткового возраста;

- к *IV* группе здоровья относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями или неполной компенсацией функциональных возможностей; с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии, но с ограниченными функциональными возможностями, возможны осложнения основного заболевания, основное заболевание требует поддерживающей терапии; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с неполной компенсацией соответствующих функций, что, в определенной мере, ограничивает возможность обучения или труда ребенка;

- к *V* группе здоровья относятся дети, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями, с редкими клиническими ремиссиями, с частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, с выраженной декомпенсацией функциональных возможностей организма, наличием осложнений основного заболевания, требующими постоянной терапии; дети-инвалиды; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с выраженным нарушением компенсации соответствующих функций и значительным ограничением возможности обучения или труда.

Отнесение больного ребенка или подростка ко II, III, IV или V группам здоровья проводится врачом с учетом всех приведенных критериев и признаков (см. приложение 1.). Врач-специалист на основании анализа данных, содержащихся в истории развития ребенка, медицинской карте ребенка для образовательных учреждений, результатов собственного осмотра, а также инструментальных и лабораторных исследований, выносит (по своей специальности) полный клинический диагноз с указанием основного заболевания (функционального нарушения), его стадии, варианта течения, степени сохранности функций, наличия осложнений, сопутствующих заболеваний или заключение "здоров".



Оценка состояния здоровья по группам при нескольких диагнозах у ребенка дается по самому основному и тяжелому из них. При каждом последующем осмотре в декретированные сроки отмечается динамика в состоянии здоровья ребенка, например переход из 2 группы в 1 группу здоровья ( в случае улучшения ) или в 3 и 4 ( в случае ухудшения ). Своевременное обследование и оздоровление детей 2 группы здоровья препятствует развитию у них патологического состояния с переходом в 3 группу здоровья.

Комплексную оценку состояния здоровья ребенка на основании заключений специалистов и результатов собственного обследования дает врач-педиатр, возглавляющий работу медицинской бригады, проводящей профилактический осмотр.

Детям, с впервые заподозренными в момент осмотра заболеваниями или функциональными нарушениями, а также с подозрением на изменившийся характер течения болезни, уровень функциональных возможностей, появление осложнений и др., по результатам профилактического медицинского осмотра комплексная оценка состояния здоровья не дается. В таких случаях, необходимо проведение в полном объеме диагностического обследования. После получения результатов обследования выносятся уточненный диагноз и дается комплексная оценка состояния здоровья.

Все дети, независимо от того, к какой из групп здоровья они отнесены, ежегодно проходят скрининг-обследование, по результатам которого определяется необходимость дальнейшего педиатрического осмотра.

Дети, отнесенные к I группе здоровья, проходят профилактические медицинские осмотры в полном объеме в сроки, определенные действующими нормативно-методическими документами.

Контроль за состоянием здоровья детей, отнесенных ко II группе здоровья, осуществляется при профилактических медицинских осмотрах и ежегодно - врачом-педиатром.

Дети, отнесенные к III - V группам здоровья, проходят профилактические медицинские осмотры в соответствующие возрастные периоды. Кроме того, контроль за состоянием их здоровья и оценка эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий осуществляется на основании результатов диспансерного наблюдения.

Результаты комплексной оценки состояния здоровья могут, в определенной степени (в качестве скрининга), помогать решать прикладные специальные задачи в отношении состояния здоровья детей - отнесение к определенным группам для занятия физической культурой, спортивный отбор, решение экспертных вопросов в отношении профессионального выбора, военной службы и др.

Таблица 2 «Группы здоровья»

Группа	Характеристика группы	Состав группы	Хроническая патология	Функциональное состояние систем организма	Резистентность и реактивность	Физическое развитие и ННР
I группа	Здоровые дети, подлежащие общему медицинскому наблюдению	А. Дети, развитые соответственно возрасту, из семей без «факторов риска». Могут иметь отдельные стигмы, не требующие коррекции. Б. Дети с вариантами нормы и непатологическими привычками. В. Подгруппа	Отсутствует	Отклонений нет	Редкие, легко протекающие ОРЗ	Нормальные, соответствующие возрасту



		<p>внимания - здоровые дети с повышенным генетическим, семейным, социальным, экологическим риском.</p>				
<p>II группа</p>	<p>Здоровые дети, с функциональными и морфологическими отклонениями, требующие повышенного внимания, консультаций специалистов</p>	<p>A. Подгруппа краткосрочного врачебного наблюдения (менее 6 мес), например, реконвалесценты после хирургических вмешательств, травм,</p>	<p>Отсутствует</p>	<p>Функциональные отклонения (отягощенный акушерский анамнез, аномалии прикуса и т.д.)</p>	<p>Продолжительные ОРЗ, последующим периодом реабилитации (субфебрилитет и т.д.)</p>	<p>ФР нормальное, но возможен дефицит/избыток массы тела I степени. НГР в норме.</p>

		<p>перенесенных пневмоний и других инфекций, острых заболеваний, потребовавших госпитализации, а также дети с начальными проявлениями рахита, гипотрофии, анемии. Дети, нуждающиеся в общеоздоровительных мероприятиях.</p> <p>Б. Подгруппа длительного</p>				
--	--	---	--	--	--	--

					<p>врачебного наблюдения. Дети с отклонениями, доступными коррекции (умеренная миопия, косоглазие, плоскостопие, аномалии прикуса, начальный кариес зубов, энурез и т. п.).</p> <p>В. Подгруппа постоянного медицинского наблюдения. Дети из условий и семей повышенного</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

		<p>медицинского риска, с пограничными состояниями (см. выше), негрубыми нарушениями осанки и увеличениями щитовидной железы в препубертатном периоде, функциональными шумами в сердце, минимальной мозговой дисфункцией, дети с проявлениями диатезов,</p>				
--	--	--	--	--	--	--

	<p>субфебрилитетом, имеющим самостоятельное диагностическое значение.</p>					
<p>III группа</p>	<p>Дети со стойкими отклонениями в состоянии здоровья, подтвержденным диагнозом хронического заболевания, но в стадии компенсации. Они требуют ограниченный физических и эмоциональных</p>	<p>А. Дети с прогностически благоприятными заболеваниями (кандидаты во II группу) хронический тонзиллит, соматогенная задержка роста, речи, вегетодистонии.</p> <p>Б. Дети с прогностически</p>	<p>Хроническая патология, врожденные дефекты органов и органов систем</p>	<p>Функциональные отклонения, патологически измененная система, без клинических проявлений</p>	<p>Редкие нетяжелые обострения основного заболевания. Редкие интеркуррентные заболевания</p>	<p>ФР нормальное, но возможен дефицит/избыток массы тела 2-3 степени, низкий рост. НПР в норме или слегка отстает</p>



	<p>нагрузок, регулярного наблюдения специалистами, проведения специальных функциональных исследований.</p>	<p>тревожными заболеваниями - компенсированные врожденные пороки развития, неврозы, синдромы повышенной химической, радиационной чувствительности, аллергическими заболеваниями.</p> <p>В. Дети с нетяжелыми проявлениями наследственных заболеваний</p>	Хроническая	Врожденные	Частые	ФР - дефицит
IV	Дети с	А. Дети с	Хроническая	Врожденные	Частые	ФР - дефицит

группа	хроническими заболеваниями и врожденными пороками с периодической функциональной декомпенсацией	приобретенными заболеваниями, требующими повторных госпитализаций - рецидивирующие болезни, например, бронхиальная астма.	патология, врожденные дефекты развития	отклонения патологически измененного органа или системы	обострения основного процесса, другие заболевания с нарушением общего состояния	или избыток массы тела, низкий рост. НПР в норме или отстаёт
		Б. Дети с наследственной и врожденной патологией, требующей длительного (постоянного) лечения - гемофилия,				

		<p>адреногенитальный синдром, фенилкетонурия, гипотиреоз.</p> <p>В. Дети с постоянной, но неполной инвалидностью</p>				
V группа	<p>Дети-инвалиды</p> <p>А. Дети с онкозаболеваниями и. Дети, страдающие болезнями с серьезным прогнозом. Дети на гемодиализе.</p> <p>В. Дети-инвалиды, требующие</p>	<p>Тяжелая хроническая патология, врожденный порок, предрешающей инвалидность</p>	<p>Отклонения патологически измененных органов и систем</p>	<p>Частые тяжелые обострения основного заболевания, присоединение другой патологии.</p>		

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

постоянного ухода  
и применения  
медицинских  
технологий

## Диспансерное наблюдение

Диспансерное наблюдение в динамике за здоровым ребенком — важнейший раздел профилактической работы участкового педиатра. Своевременное выявление и грамотная оценка отклонений от нормы физического и психомоторного развития, питания, режима, закаливания позволяют скорректировать эти дефекты, чтобы сохранить состояние здоровья или вернуть, если оно утрачено.



## **6.Собственное исследование**

В исследовании были изучены 20 карт развития ребенка , рожденных в 2017 году в период с 01 января по 31 декабря.

**1-ое исследование:** Выявление частоты заболеваний

Заболевания ,по которым проводилось исследование:

- 1.ОРИ
- 2.Инфекционные заболевания
- 3.Заболевания ЖКТ
- 4.Врожденные пороки развития
- 5.Сахарный диабет
- 6.Аллергические заболевания
- 7.Болезни мочевыводящий путей
- 8.ЛОР-заболевания
- 9.Глистные инвазии
- 10.Генетические заболевания(синдром Дауна)
- 11.Злокачественные новообразования
- 12.Обменные заболевания(рахит)
- 13.Заболевание крови(железодефицитная анемия)
- 14.Травмы\отравления
- 15.Инвалидизация
- 16.Смертность

17. Полностью здоровые дети (не перенесшие ни одно из перечисленных заболеваний).

Таблица 3

	Заболевание	Количество всего детей	Количество детей с этим заболеванием	Процентное соотношение, %
1	ОРИ	20	18	90
2	Инфекционные заболевания	20	7	35
3	Заболевания ЖКТ	20	3	15
4	Врожденные пороки развития	20	1	5
5	Сахарный диабет	20	0	0
6	Аллергические заболевания	20	7	35
7	Болезни мочевыводящих путей	20	2	10
8	ЛОР-заболевания	20	1	5
9	Глистные инвазии	20	0	0
10	Генетические заболевания (синдром Дауна)	20	1	5
11	Злокачественные новообразования	20	0	0
12	Обменные заболевания (рахит)	20	0	0

13	Заболевание крови(железодефицитная анемия)	20	1	5
14	Травмы\отравления	20	1	5
15	Инвалидизация	20	0	0
16	Смертность	20	0	0
17	Полностью здоровые детей(не перенесшие ни одно из перечисленных заболеваний)	20	3	15

Дети второго года жизни ,по результатам исследования, чаще всего болеют:

1 место –это острые респираторные инфекции

2 место-это инфекционные и аллергические заболевания

3 место- это заболевания ЖКТ

4 место- это болезни мочевыводящий путей

5 место-это врожденные пороки развития, ЛОР-заболевания, генетические заболевания(синдром Дауна), заболевание крови(железодефицитная анемия), травмы\отравления.

Отсюда следует вывод, что необходимо более тщательно проводить профилактику острых респираторных инфекций, следить за контактом детей (исключать кот акт с больным ребенком),выявлять на первом году жизни предрасположенность к заболевания, например ,к таким как аллергические .Улучшить скрининг беременных, для предотвращения или предупреждения развития генетических заболеваний.

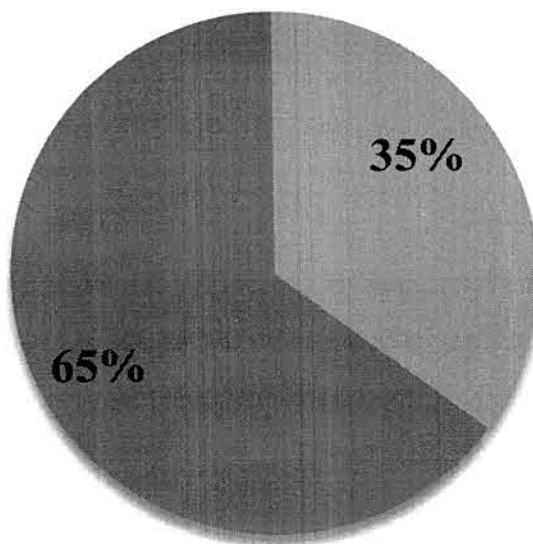
И быть более бдительным родителем для исключения травм\отравлений.

**2-ое исследование:** Влияние грудного и искусственного (смешанного) вскармливание на здоровье ребенка 2-го года жизни

Таблица 4

Вскармливание	Всего исследуемых детей	Количество детей ,на конкретном вскармливании	Процентное соотношение ,%
Грудное	20	13	65
Искусственное	20	7	35

**Соотношение грудного вскармливания по отношению к искусственному(смешанному) вскармливанию**



Отсюда следует вывод, что влияние грудного вскармливание на состояние детей 2-го года жизни существенное, и имеет преимущество по отношению к искусственному (смешанному) вскармливанию.

Так, дети ,находящихся на грудном вскармливании более 6 месяцев, имеют более лучшие показатели состояния здоровья детей .Среди таких детей меньшее число заболеваний острыми респираторными инфекциями, мочевыводящих путей, заболеваний ЖКТ .Снижается риск развития сахарного диабета, ожирения и аллергических заболеваний.

Всего для данного исследования из имеющихся 20 карт развития ребенка было взято 14: из них 7 на грудном вскармливании и 7 на искусственном (смешанном) вскармливании.



Таблица 5

Вскармливание	ОРИ		Заболевание мочевыводящих путей		Заболевания ЖКТ		Аллергические заболевания		СД	
	Количество детей	Процентное соотношение, %	Количество детей	Процентное соотношение, %	Количество детей	Процентное соотношение, %	Количество детей	Процентное соотношение, %	Количество детей	Процентное соотношение, %
Грудное	3	43	0	0	1	25	3	43	0	0
Искусственное(смешанное)	5	71	2	29	2	29	4	57	0	0

### 3-ие исследование: Определение группы здоровья детей

Таблица 6

Группы здоровья	Количество детей	Процентное соотношение, %
Первая(1)	3	15
Вторая (2)	16	80
Третья(3)	1	5
Четвертая(4)	0	0
Пятая (5)	0	0

Таким образом, большая часть детей принадлежит второй группе –это является самой распространенной на фоне других, здесь есть небольшие отклонения в здоровье, сопротивляемость к внешним факторам и заболеваниям снижена. Нет яркого выраженного отставания в развитии, например, нет хронических болезней, но есть функциональные нарушения. Если ребенок зачастую болеет острыми респираторными болезнями, то у него так же 2 группа.

## 7. Роль врача

Ведущей фигурой в организации внебольничной помощи детям является участковый врач-педиатр детской городской поликлиники. Он осуществляет динамическое наблюдение за состоянием здоровья, физическим и нервно-психическим развитием детей; занимается профилактикой заболеваний и травматизма среди детей; обеспечивает своевременную и качественную диагностику с целью выявления преморбидных состояний и ранних форм заболеваний; лечение больных детей в поликлинике и на дому; отбор детей, нуждающихся в лечении у врачей «узких» специальностей, госпитализации, санаторно-курортном лечении; проводит профилактическую и лечебную работу в детских организованных коллективах.

Вся деятельность участкового врача-педиатра строится в соответствии с задачами детской поликлиники в четырех основных направлениях:

- профилактическая работа;
- лечебная работа;
- противоэпидемическая работа;
- лечебно-профилактическая работа в детских организованных коллективах.

### Схема диспансерного наблюдения за детьми 2 года жизни

Частота осмотров специалистами: педиатр 1 раз в квартал, стоматолог по показаниям.

При проведении профилактических осмотров осуществляется контроль за режимом дня, питания, проведением гимнастики и закаливающих процедур, выполнением рекомендаций по воспитанию, профилактике рахита, подготовке к детскому дошкольному учреждению.

При объективном осмотре: особое внимание обращается на динамику массы тела и роста, зубную формулу, состояние прикуса, "пенку

психомоторную развития (проводится в КЗР), поведение, состояние кожных покровов, костно-мышечной системы, состояние зубов и характер прикуса, состояние внутренних органов.

Дополнительные методы обследования: антропометрия 1 раз в квартал, клинический анализ крови, мочи и кала на яйца глистов 1 раз в год.

Определяется прогноз адаптации к детскому учреждению. По результатам диспансеризации дается комплексная оценка состояния здоровья и назначается комплекс профилактических и оздоровительных мероприятий.

Основные профилактические и оздоровительные мероприятия: те же, что у детей первого года жизни и специальные мероприятия по подготовке к детскому учреждению.

Критерии эффективности диспансеризации: показатели психомоторного и физического развития, данные клинического обследования и частота заболеваний, степень тяжести адаптации к детскому учреждению.

## 8.Вывод

Изучила состояние детей второго года жизни.

Адекватно воздействуя на здоровье детей, общество тем самым закладывает основу для оптимального воспроизводства населения и состояния его здоровья в будущем

Таким образом сокращается доля здоровых детей и растет число детей, имеющих те или иные отклонения в состоянии здоровья.

## 9.Список литературы

- 1.Помощник участкового врача-педиатра .Н.В. Малюжинская, О.В.Полякова, А.Н.Халанский, 2015г.
2. Амбулаторно-поликлиническая педиатрия / Под редакцией В.А. Доскина. - М.: Медицинское информационное агентство, 2013г.
3. Бисярина, В. П. Клинические лекции по педиатрии / В.П. Бисярина. - М.: Медицина, 2014г.
4. Лазарева, Г. Ю. Диагностический справочник педиатра / Г.Ю. Лазарева. - М.: АСТ, 2015г.
- 5.Эрман, М. В. Клинические лекции по педиатрии. Для студентов медицинских вузов , 2013г.



## 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 5 группы

Шевцова Мария Владиславовна

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 вытекая из анализа представленного материала, обоснованы и подтверждены результатами статистического анализа.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:

О.В. Полякова