

«УТВЕРЖДАЮ»

Главный врач СП №3 г.
Ургенча Хорезмской области
Гаипова Н.А. 

« 24 »  2022 г.

ОТЧЕТ

**О внедрение результатов научно-исследовательской работы в практику
лечебно-практического учреждения**

Семейная поликлиника №3 города Ургенча Хорезмской области

АЛИЕВА Н.Р., ХУДАЙНАЗАРОВА С.Р.

**ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ И АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У
ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА РЕГИОНА
ПРИАРАЛЬЯ**

Ташкент-2022

1. Введение

Совершенствование государственной политики Узбекистана в сфере защиты детства является приоритетом [Постановление Президента Республики Узбекистан №4513 от 08.11.2019г. и Указ Президента Республики Узбекистан №УП-5590 от 7 декабря 2019 года]. Медицинское обеспечение детского населения должно улучшаться за счёт повышения эффективности и качества профилактической, лечебно-диагностической и медико-социальной помощи. Физиологические механизмы адаптивной перестройки детского организма в экологически неблагоприятных условиях закономерно приводят к сдвигам элементного гомеостаза. Неблагоприятные условия среды обитания в первую очередь представляют опасность для детей, которые в силу морфофункциональной незрелости отличаются повышенной чувствительностью к различным экологическим факторам. Физическое развитие является основным интегральным показателем комплексной оценки здоровья. С другой стороны, физическое развитие – индикатор отрицательного влияния на организм неблагоприятных социально-биологических и экологических факторов. Поэтому от того насколько правильно определен уровень развития, своевременно выявлены его отклонения, зависит точность комплексной оценки здоровья и эффективность оздоровительных мероприятий среди детей. Биологическая и физиологическая роль химических элементов (МЭ) огромна, так как они принимают участие в различных процессах обмена веществ, адаптации организма в патофизиологических условиях. Микроэлементы, составляя лишь 0,02% массы человеческого тела, способны изменять протекание важнейших биологических реакций. Одной из важнейших составляющих здоровья человеческого организма является стабильность его химического состава. Многие химические элементы принимают непосредственное участие в сложной физиологической системе организма на всех этапах его развития. Одним из методов оценки влияния окружающей среды на детский организм, является изучение микроэлементного состава волос, который позволяет выявить не только избыточное или недостаточное поступление в организм макро- и микроэлементов, но и нарушение их соотношения, которое сказывается на элементном гомеостазе. Волосы являются интегральным показателем минерального обмена и отражают микроэлементный статус организма в целом.

2. Цель испытания- оценить здоровья и адаптационного потенциала у детей младшего школьного возраста региона Приаралья.

3. Обоснование для проведения испытания-внедрение нововведения. Высыхания Аральского моря негативно повлияло не только на изменения климата окружающей среды, но и на здоровье населения региона Приаралья

и приобрело особую значимость для всей планеты. Кризис Аральского моря является одной из крупнейших экологических проблем планеты, в связи с резким ухудшением экологической ситуации в регионе Приаралья.

Воздействие комплекса экстремальных климатогеографических, социальных, экологических факторов отражается в неблагоприятных динамических сдвигах здоровья детей. Влияние факторов внешней среды может привести и к изменению функционирования регуляторных систем детского организма и его генетического аппарата, что в свою очередь вызывает структурные перестройки тканей, закладывая тем самым, основы новых взаимодействий. Причем если сила и скорость внешних воздействий соизмерима с процессами самообновления тканей, то происходят приспособительные перестройки. Если же воздействия более мощные, более быстрые, или действуют слишком длительно, то формируются различные виды повреждений органов и систем на фоне снижения активности защитно-приспособительных реакций организма на повреждающее воздействие. Для оценки физического развития в младшем школьном возрасте используют многочисленные индексы, которые определяются как соотношения между различными антропометрическими показателями, представленные с помощью математических формул. Преимущество метода индексов заключается в том, что он позволяет дать оценку физическому развитию детей в широком возрастном диапазоне. Расчетные формулы позволяют проследить за динамикой показателей физического развития ребенка, помогают охарактеризовать темпы его развития и определить на ранней стадии отклонение от нормы. Метод индексов является одним из наиболее первостепенных методов, именно благодаря этому методу начали накапливаться первые данные об индивидуальной оценке физического развития детей. Систематическое наблюдение за ростом и развитием детей является важным звеном в системе контроля за состоянием ребенка и разработке лечебно-профилактических мероприятий для его оздоровления. Динамическое наблюдение за ФР отдельных детей в течение длительного времени носит название индивидуализирующего метода исследования. Массовое исследование ФР больших групп детей в относительно короткий срок называется генерализирующим методом. Физическое развитие и адаптационный потенциал в настоящее время рассматривается как индикатор здоровья у детей. Именно адаптация напрямую связана с тем фоном, который, в конечном счете, определяет риск развития заболеваний, а значит и уровень здоровья. Формирование заболеваний зависит от функциональных отклонений и адаптационного потенциала. Между функциональными нарушениями и заболеваемостью имеется патологическое состояние как промежуточная фаза, которые принято называть донозологическим. Дети при поступлении в школу адаптируются под воздействие факторов школьной среды, что приводит к стрессу и напряжению организма, это является

началом дезадаптацией у детей. Влияния элементного статуса на здоровья детей имеют статистически значимые различия между содержанием элементов в биосубстратах у детей нормальным физическим развитием и с отклонениями от нормы, также на наличие корреляции между уровнем микроэлементов и ростом, весом и объемом головы детей. Волосы представляют собой биологический субстрат, отражающий в своем составе процессы депонирования, концентрирования и элиминации химических элементов в течение длительного времени, и соответственно, характеризуют элементный статус организма и являются индикатором здоровья.

Обоснованием для внедрения явилось поиск и исследование направленные на изучение здоровья и адаптационного потенциала у детей младшего школьного возраста региона Приаралья, можно считать актуальной проблемой в педиатрии.

4. Вид и дизайн испытания-внедрения нововведения.

Обследованы 240 детей в возрасте от 7-10 лет, проживающих г. Ургенче и в Багатской, Ургенчской районах Хорезмской области и таком возрасте 60 детей контрольная группа в г.Ташкенте. Согласно полученным данным, из общего количества детей в возрасте 7-8 лет было 19% мальчиков и 16% девочек, в то время как в возрасте 9-11 лет мальчиков было 38%, а девочек 27%. Полученные данные демонстрируют превалирование мужского контингента среди детей младшего школьного возраста.

5. Отбор исследуемых пациентов.

Исследование проводилось среди детей младшего школьного возраста, в возрасте 7-10 лет. Отбор детей осуществлялся методом сплошной случайной бесповторной выборки.

6. Схемы использования объекта(воздействия лечебных и диагностических факторов, планы манипуляций и профилактических мероприятий)

Физическое развитие оценивалось по показателям антропометрических данных: масса тела, рост, окружность грудной клетки, а также артериальное давление и пульс. Оценку физического развития детей проводили по стандартам роста ВОЗ (2006) с использованием программы WHO AnthroPlus (2009) и определяли по значениям величины Z-score и расчетные индексы. Полученные в результате осмотров данные интерпретировались более детально с использованием следующих расчётных индексов: индекс Рорера, индекс Пинье, индексы Бругша, Кетле II, Кердо, физической работоспособности, адаптационного потенциала. Изучение микроэлементного статуса организма детей проводили состава волос методом нейтронно-активационного анализа.

7. Общий график испытания-внедрения нововведения.

В работе представлен анализ результатов расчётных индексов физического развития и анализ микроэлементного состава организма у детей младшего школьного возраста в регионе Приаралья.

8. Критерии оценки эффективности исследуемого объекта.

Для оценки здоровья детей исследовали физическое развитие, адаптационный потенциал и микроэлементы волос. В обследованных группах практически здоровых школьников региона Приаралья были выявлены отклонения от нормального уровня физического развития (43,3%). У обследованных практически здоровых школьников значения индекса Пинье свидетельствовали о слабом телосложении, значения индексов Бругша выявили узкогрудость. Данная тенденция свидетельствует об астенизации и грациализации телосложения в популяции школьников. Согласно полученным данным содержание Na и Cl повышено относительно референтных значений во всех районах области. Такая ситуация возможна вследствие употребления высокоминерализованной питьевой воды. Во всех районах наблюдается пониженное содержание по сравнению с референтными значениями содержание кобальта, меди и хрома, а в Ургенче и Ургенчском районе пониженное содержание цинка и калия. По результатам статистической обработки данных региона Приаралья, установлена корреляционная связь между заболеванием ОРЗ, функциональными отклонениями и микроэлементами. Наиболее значительная сильная положительна корреляционная связь, была между микроэлементами медь и хроническим энтероколитом, цинк и антропометрические показатели, как вес, рост, ОГК. Использование расчетных индексов совместно с антроплюсом для оценки физического развития и адаптивного потенциала ребенка являются более информативными для общей и глубокой диспансеризации.

9. Статистика.

Для статистических расчетов использовали стандартные (MS Excel 2007, Statistica 6,0) и специально разработанные программы. Оценку различий количественных показателей в изучаемых группах проводили параметрическими (вычисление M-взвешенной средней арифметической, средней ошибки (m), среднеквадратичного отклонения (σ), достоверности различий средних величин по t-критерию Стьюдента). Приводили описательные статистики: среднее, стандартное отклонение, медиану, 25-й и 75-й процентиль. Для анализа внутригрупповой взаимосвязи количественных признаков применяли корреляционный анализ Пирсона и Спирмана. Различия сравниваемых показателей считали значимыми при $p \leq 0,05$.

10. Прекращение испытания-внедрения нововведения.

Испытания прекращается после оценки эффективности проведения профилактических мероприятий через 6 и 12 месяцев наблюдения.

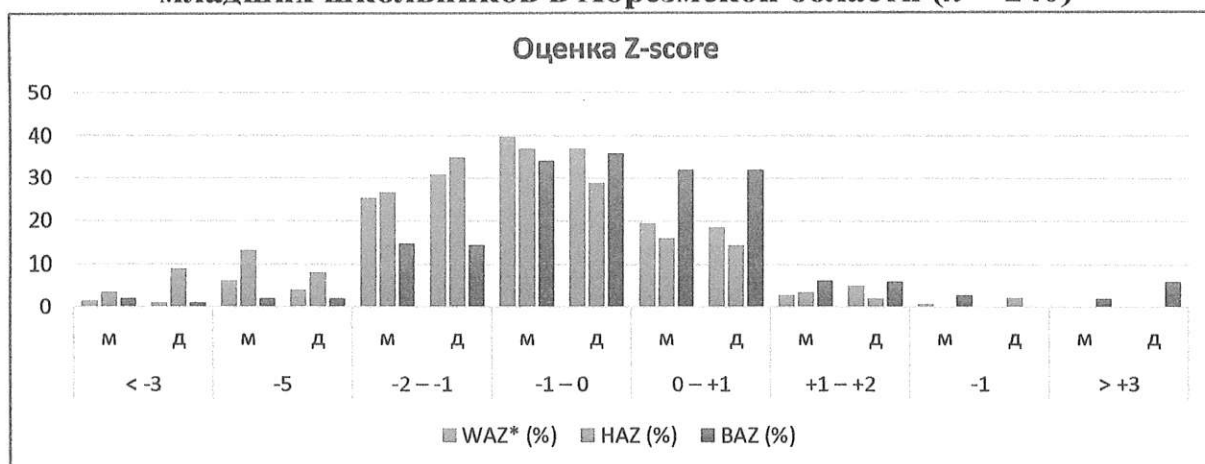
11. Оценка полученных результатов.

Для оценки физического развития детей у младших школьников Хорезмской области обследовали WHO AnthroPlus и получили такие данные WAZ -2-3CO встречались у 6,2% мальчиков и 4,1% девочек, HAZ -2-3 CO 13,2% у мальчиков и 8,2% у девочек. В контрольной группе школьников города Ташкента, 13,3% мальчиков было WAZ-2-3 CO и 3,3% у девочек, соответственно HAZ-2-3 CO - 3,3% у мальчиков и 23,3% у девочек. Увеличение веса, WAZ + 2 + 3 CO в Ташкенте приходилось 10% мальчиков, а WAZ > +3 CO у 6,7% и у девочек > +3 CO и WAZ, и HAZ составил одинаковое количество у 3,3%, увеличение в весе, и в росте не наблюдалось у школьников в Хорезмской области. Несоответствие у детей Хорезмской области по показателям предложенной оценки физического развития ВОЗ, в стандартных отклонениях у мальчиков выявлено резкое уменьшение в массе тела и в росте, что показало дисгармоничное физическое развитие -2- -1CO, при WAZ составило 25,2% и HAZ 26,6%, а для девочек WAZ составил 30,9% и HAZ 35% у девочек было больше отставание в росте. По показателям, которые были выявлены среди школьников с избыточной массой тела и увеличение роста выше стандартных показателей + 2- +1 CO для мальчиков- WAZ 2,8% и HAZ 3,5%, у девочек было намного больше школьников с избыточной массой тела WAZ 5,1% и HAZ 2,0%. Школьники контрольной группы г. Ташкенте отличались от сверстников проживающих в области, показатели стандартных отклонений -2-1 CO у мальчиков WAZ 6,7% и у девочек показатели резко отличались от мальчиков WAZ 40%, соответственно HAZ у мальчиков и девочек 13,3% одинаково, а увеличение роста было выше у мальчиков - HAZ 16,7%, а у девочек 13,3%. Одинаковые показатели + 2- +1CO у девочек и мальчиков - составил WAZ 6,7%.

По рекомендации ВОЗ (2006) и WHO AnthroPlus (2009) критерии стандартных отклонений Z-scores - 1-0- +1CO в пределах нормы. По нашим исследованиям проведенных в Хорезмской области у мальчиков вес WAZ- 60% соответствует нормативным данным стандартных отклонений что показано выше, а рост HAZ- 53 %. Вес школьниц незначительно отличается от мальчиков, так же находится в пределах нормы стандартных отклонений - что составило WAZ - 55%, а HAZ -43,4%. Дети контрольной группы по стандартным отклонениям Z-scores - 1-0-+1CO имели разницу по полу, у мальчиков WAZ- 57,0% и HAZ 60,3%, у девочек WAZ 47% и HAZ 40,3% (таб.№2). В Хорезмской области Z-score ИМТ к возрасту (BAZ) < -3CO у мальчиков -2% и у девочек 1%, а дети г. Ташкента у которых BAZ- мальчики- 6,7%. Учитывая образ жизни столичных детей и разнообразия питания быстрого приготовления у детей города Ташкента наблюдается высокие показатели BAZ у девочек-3,3%, у мальчиков-10%, которые говорят о склонности детей к избыточному весу, BAZ- показатели приведены в диаграмме №1 и №2.

Диаграмма 1

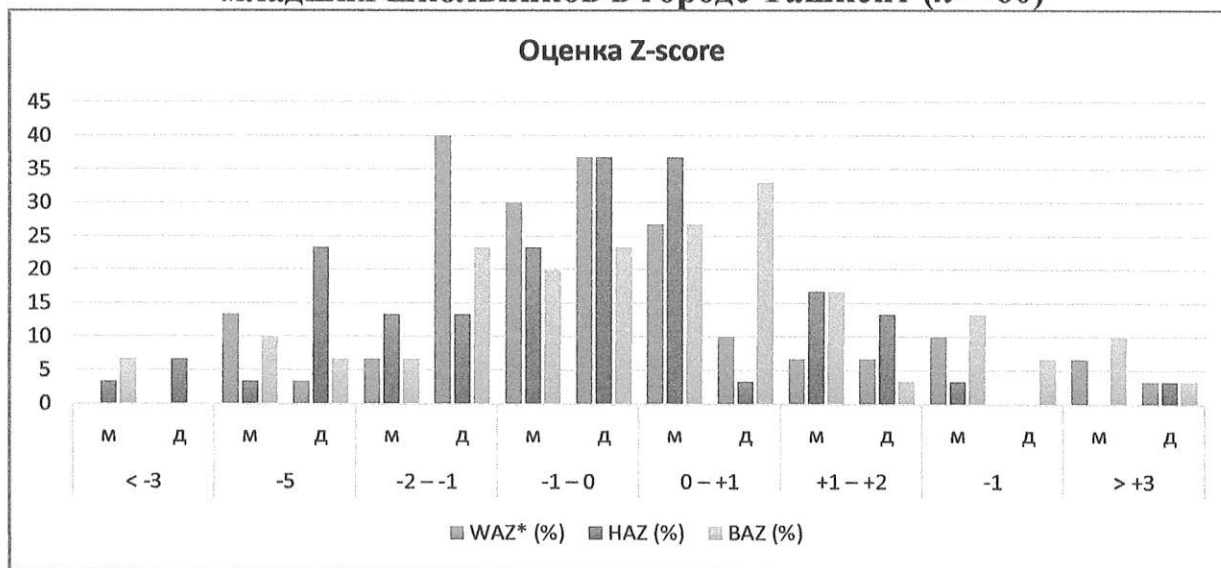
Распределение антропометрических показателей в изучаемой выборке младших школьников в Хорезмской области (n = 240)



Примечание. * — значения показателя рассчитаны для 97 девочек и 143 мальчиков в возрасте до 10 лет Хорезмской области, а также города Ташкента девочек 30, мальчиков 30. М — мальчики, Д — девочки. WAZ -масса тело, HAZ-рост, BAZ-ИМТ.

Диаграмма 2

Распределение антропометрических показателей в изучаемой выборке младших школьников в городе Ташкент (n = 60)



Примечание. * — значения показателя рассчитаны для 97 девочек и 143 мальчиков в возрасте до 10 лет Хорезмской области, а также города Ташкента девочек 30, мальчиков 30. М — мальчики, Д — девочки. WAZ -масса тело, HAZ-рост, BAZ-ИМТ.

В работе мы использованы простые и самые распространенные индексы расчета физического развития, которые включают два признака: роста – весовые (Кетле, Рорера) и грудо – весовые(Пинье, Бругша). Для комплексной оценки физического развития детей необходимо было всестороннее обследование с помощью различных методик, которые учитывают индивидуальные особенности подрастающего поколения (Беликова, Пятунина, 2008; Грицинская, Галактионова, 2005; Грицинская и др., 2012). Был проведен анализ физического развития школьников с помощью оценки

росто-весовых (Кетле II, Рорера) и грудно-ростовых (Пинье, Бругша) индексов (таб№1).

Таблица 1

Распределение средне-групповых значений индексов

Название Индекс а	Рекомендованные значения индексов	Г.Ургенч				Багатский и Ургенчский район (село)				Г.Ташкент			
		1-я группа		2-я группа		1-я группа		2-я группа		1-я группа		2-я группа	
		м	д	м	д	м	д	м	д	м	д	м	д
Кетле II, кг/м ²	14,34 — 15,72	16, 5	19,3	17, 7	17,6	14, 9	14, 8	16,0 2	15, 6	16, 7	15, 5	17, 9	17,3
Рорера, кг/м ³	10,7- 13,7	13, 7	16,9	13, 9	14,1 6	12, 77	12, 48	12,2 6	12, 23	13, 70	12, 8	13, 27	13,4 5
Пинье, ед.	10 - 25	35, 92	26,2 4	38, 91	37,6 4	35, 32	36, 39	39,2 4	39, 66	35, 62	38, 2	39, 36	36,5 5
Бругша, %	50-55	50, 2	54,8	47	47,8	52, 52	51, 9	48,9	49, 04	50, 5	49, 7	46, 7	49,4

По проведенным расчетам Индекс Кетле II (ИК II) объективно выявлялся как дефицит, так и избыток массы тела относительно роста детей, который мало зависит от особенностей телосложения и конституции ребенка. По индексу Кетле было выявлены следующие изменения в физическом развитии детей младшего школьного развития в регионе Приаралья: среди девочек г. Ургенча в возрастной группе 7-8 лет показатели индекса Кетле II в норме; из групп детей сельской местности, как у мальчиков так и у девочек обеих групп был выявлен резкий дефицит массы тела относительно роста, что говорит о резком дисгармоничном развитии детей сельской местности.

У детей в группе 9-10 лет г. Ургенча, села, а также контрольной группы детей г. Ташкента, наблюдалось дисгармоничное развитие в виде, дефицита массы тела относительно роста. Значения данного индекса у школьников обследованных групп соответствовали группам ГФР, что с одной стороны подтвердило оценку гармоничности ФР, а с другой – свидетельствовало о целесообразности широкого использования данного индекса в практической деятельности.

Индекс Рорера отличается тем, что определялись варианты пропорции тела человека. У исследуемых групп, были выявлены долихоморфия и мезоморфия. У девочек г. Ургенча в обеих группах наблюдалась

долихоморфия, которая характеризуется относительно коротким, узким туловищем и длинными конечностями. Долихоморфия определяется как высокое физическое развитие. У остальных детей и контрольной группы был мезоморфический тип телосложения - хорошие пропорциональные соотношения различных частей тела. Мезоморфия относится к показателям гармоничного развития.

Следующим индексом физического развития являлся индекс Пинье, который характеризует крепость телосложения. Согласно индексу Пинье все обследованные дети с высокой степенью достоверности имели слабое телосложение, так как их показатели выходили за пределы рекомендованных нормативов (10 – 25 ед.) в сторону их увеличения. Это может свидетельствовать о недостаточной физической подготовке детей и их слабом мышечном компоненте.

Согласно полученным показателям индекс Бругша, с помощью которого определяют степень пропорциональности между ростом и окружностью грудной клетки, были получены достоверно значимые различия между всеми значениями. У детей во всех группах 9-10 лет и в контрольной группе г. Ташкента среди девочек 7-8 лет определялся узкогрудый тип телосложения. Остальные дети имели нормальный объем грудной клетки. При расчете использованных индексов, учитывающий параметры окружности грудной клетки, у детей удалось выявить изменение соматотипа, направленное в сторону астенизации и грациализации телосложения. Морфометрическая характеристика школьников с гармоничным ФР показал, что средние значения индексов у детей, проживающих в городе и в селе особо не отличались ($p > 0,05$). Данные полученные в ходе расчетов по индексу Кетле II имели дефицит массы тела, согласно рекомендованным нормативам (14,34 – 16,04 кг/м²), а по индексу Пинье – у детей впервые выявили очень слабое телосложение, оценка узкогрудости было по индексам Бругша. Индекс Ропера характеризовал типы телосложения, в основном дети имели долихоморфный и мезоморфный тип телосложения. Показатели темпа гармоничного физического развития зависят от многих факторов, как и внешних так и внутренних.

Физическое развитие и адаптационный потенциал в настоящее время рассматривается как индикатор здоровья у детей. Именно адаптация напрямую связана с тем фоном, который, в конечном счете, определяет риск развития заболеваний, а значит и уровень здоровья. Формирование заболеваний зависит от функциональных отклонений и адаптационного потенциала. Между функциональными нарушениями и заболеваемостью имеется патологическое состояние как промежуточная фаза, которые принято называть донозологическим [5,6]. Дети при поступлении в школу адаптируются под воздействие факторов школьной среды, что приводит к стрессу и напряжению организма, это является началом дезадаптации у детей. Исследования функциональных состояний у детей был использован индекс Кердо и формула расчета адаптационного потенциала и работоспособности по Р.М. Баевскому. Оценка вегетативного нервной

системы по индексу Кердо у детей 7-8 лет г. Ургенче отмечалось выраженная симпатикотония. В группе у детей 9-10 лет наблюдалось эйтония - 1,2% детей, 27,8% - симпатикотония и у 72% детей было выраженной симпатикотония. У детей 7-8 лет проживающих в Ургенчском и Багатском районе нарушения вегетативного статуса имели 51% в виде симпатикотонии, 49% - выраженную симпатикотонию, а также дети тех же районом 9-10 лет - 3,7% эйтония, 57% - симпатикотония и 39,3% - выраженную симпатикотонию. По формуле адаптационного потенциала Р.М. Баевского, данные нашего исследования показали что у 41,5 % детей региона Приаралья имели состояние напряжённой адаптации, из них 26,9% дети в возрасте 7-8 лет и 14,6% дети в возрасте 9-10 лет.

При определении индекса работоспособности (ИР) без использования физической нагрузки, у детей 25,9% было выявлено нижний- средний уровень нормативных данных г. Ургенча.

Влияния элементного статуса на здоровья детей имеют статистически значимые различия между содержанием элементов в биосубстратах у детей нормальным физическим развитием и с отклонениями от нормы, также на наличие корреляции между уровнем микроэлементов и ростом, весом и объемом головы детей (Скальный А.В., 1999, 2012). Волосы представляют собой биологический субстрат, отражающий в своем составе процессы депонирования, концентрирования и элиминации химических элементов в течение длительного времени, и соответственно, характеризуют элементный статус организма [9] и являются индикатором здоровья. Изучение элементного состава волос у школьников показало, что содержание натрия и хлора в волосах было выше, а некоторые другие элементы такие как, кобальт, медь, хром, калий, кальций и цинк были ниже референтных значений (табл. 2).

Таблица №2

Содержание элементов в волосах школьников 7-11 лет, проживающих в Хорезмской области (мкг/г).

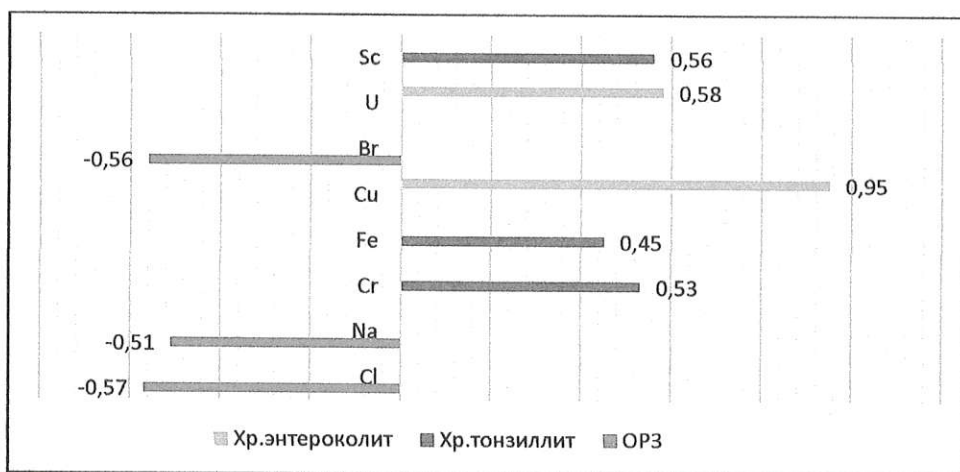
Элем	г. Ургенч	Ургенчский район	Багатский район	Референтные значения
	M±m	M±m	M±m	
Ca	910±250	970±240	960±130	1000-1500
Cl	4800±1900	5000±2500	3100±1000	1000-2000
Co	0.038±0.0052	0.025±0.0028	0.043±0.012	0.05-0.1
Cr	0.19±0.053	0.15±0.037	0.12±0.012	0.35-1.0
Cu	6.8±1.1	9.1±1.3	12±3.9	15-20
Fe	33±3.1	27±2.9	32±4.1	20-30
I	1.1±0.30	0.48±0.19	1.2±0.39	0.8-1.5
K	510±92	540±160	840±350	800-1000

Na	850±320	1000±530	980±310	250-800
U	0.36±0.072	0.23±0.11	0.43±0.099	0.1-0.3
Zn	140±26	130±26	170±38	150-250

По результатам статистической обработки данных региона Приаралья, установлена корреляционная связь между заболеванием ОРЗ, функциональными отклонениями и микроэлементами. Наиболее значительная сильная положительна корреляционная связь, была между микроэлементами медь и хроническим энтероколитом (диаграмма №3).

Диаграмма №3

Корреляционные связи между заболеваниями и микроэлементами



Кобальт играет важную роль в организме, прежде всего, в связи с участием в структуре витамина В12. В последние годы возрос интерес к взаимодействию витамина В12, фолиевой кислоты, метаболизма холина и когнитивного развития. При нехватке кобальта часто развиваются различные виды анемий, обострение нервных заболеваний, утомление и раздражительность [3]. Дисбаланс элементов в волосах наблюдался и в контрольной группе детей г. Ташкента(таб.№3).

Таблица №3

Содержание элементов в волосах школьников 7-11 лет, проживающих в г. Ташкенте, мкг/г

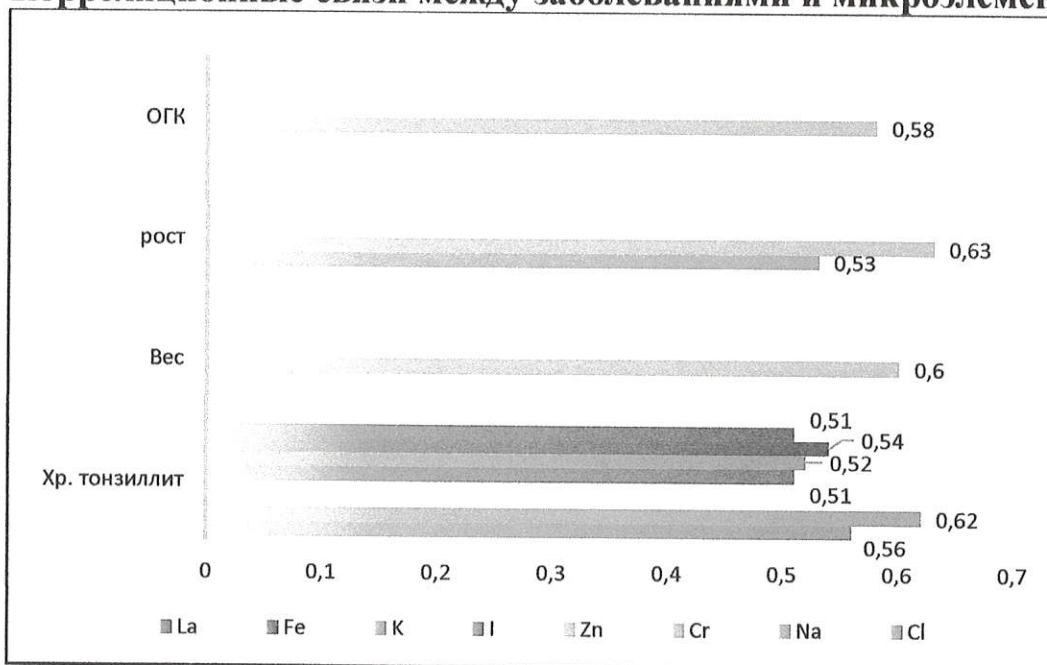
Элем	Бектемирский район г. Ташкента M±m	Референтные значения
I	0.5±0.13	0.8-1.5
Cl	3100±1100	1000-2000
Cu	7.4±0.58	15-20
K	680±390	800-1000
Ca	880±150	1000-1500

Se	0.34±0.035	0.35-1.0
Cr	0.11±0.0056	0.35-1.0
Fe	18±2.8	20-30
Zn	146±16	150-250
Co	0.093±0.016	0.05-0.1
La	0.094±0.034	0.02-0.04

Из таблицы 5, видно что, у детей контрольной группы снижены элементы медь, железо, хром, кальций, йод по сравнению с референтными значениями, и повышены лантан и хлор. Дефицит Ca, Fe, Cu элементов в волосах, приводит к анемии, к заболеваемости ЖКТ, к вторичным иммунодефицитным состояниям, нарушениям в физическом развитии. Установлена корреляционная связь между микроэлементами и физическим развитием у детей контрольной группы, представленная в диаграмме №4.

Диаграмма №4

Корреляционные связи между заболеваниями и микроэлементами



Примечание: выявлен ряд достоверных ($p < 0,05$).

Выявлен ряд достоверных положительных корреляций между цинком и ростом, массой тела и окружностью грудной клетки, а также между хромом и ростом. На фоне влияния экологических факторов в регионе, течение многих функциональных отклонений и хронических заболеваний протекает бессимптомно и латентно, что подтверждается дисбалансом элементов в волосах.

12. Оценка экономической эффективности.

Для прогнозирования физического развития рекомендуется педиатрам использовать разработанные программу для ЭВМ, программное обеспечение

дает экономию времени расчета индексов, что необходимо для школьных врачей и других специалистов.

13. Обязанности ответственного исполнителя.

Ответственный исполнитель выполнял работу в соответствии с настоящей инструкцией и протоколом.

14. Ведение документации.

Вся документация была конфиденциальной, все полученные данные вносились в Индивидуальные регистрационные формы(фишки). С целью проведения статистической обработки вся документация велась в электронном виде.

15. Публикации.

Возможность публикации данных, полученных про проведении испытания, согласованы с исполнителем.

16. Хранение документации.

Документация будут хранится в архиве поликлинике 15 лет. Копии электронных баз, данных переданы заказчику.

17. Подписи составителей протокола:

Председатель комиссии

Главный врач СП №3

г. Ургенча:

Соискатель



Гаипова Н.А.

Худайназарова С.Р.

Приложение №1

**Список групп детей младшего школьного возраста в 3-СП города
Ургенча Хорезмской области**

№	Ф.И.О	Год рождения	Адрес проживания	Диагноз
1	Тоиров М	11.10.2013	П. Махмуд 46/5	Практический здоров
2	Аллаяров Б	5.07.2014	Ал Хоразмий 24-18	Практический здоров
3	Тохирова М	27.11.2013	П. Махмуд 25	Практический здоров
4	Отабаева Б	07.03.2013	Ал Хоразмий 48-19	Практический здоров
5	Алишерова О	27.11.2013	П.Махмуд 25-6	Практический здоров
6	Абдуллаева Ш	20.09.2014	Мустакиллик 133	Практический здоров
7	Шавкатов А	9.01.2012	Феруз 175	Практический здоров
8	Мухамедов И	1.06.2011	П. Махмуд 19/2	Практический здоров
9	Аманбаев М	1.03.2011	Шерозий 29/20	Практический здоров
10	Бобоназаров О	31.03.2011	Самарканд 24	Практический здоров
11	Бабаев Я	29.12.2011	Эгам Рахим 68/4	Практический здоров
12	Ражабов О	19.08.2011	Махтумкули 13 пр4	Практический здоров
13	Маткаримов А	10.11.2011	П.Махмуд 8-2	Практический здоров
14	Бахтияров Б	19.01.2011	Махтумкули 17/4	Практический здоров
15	Матмуратов Р	01.09.2011	Махтумкули 201	Практический здоров
16	Шержанов А	08.06.2011	Махтумкули 18 пр4	Практический здоров
17	Рахманов Т	04.04.2011	Махтумкули 30 пр4	Практический здоров
18	Шержанов Ш	15.02.2011	Махтумкули 18 пр4	Практический здоров
19	Эгамбергенов Ш	21.01.2011	Мустакиллик 55	Практический здоров
20	Отабаев И	17.06.2011	А.Кодирий 47	Практический здоров
21	Худайбергенов Д	9.01.2011	Феруз 177	Практический здоров
22	Максудов А	9.01.2011	Махтумкули 30-5	Практический здоров
23	Улугбеков Э	27.02.2011	Мустакиллик 128	Практический здоров
24	Давлетов М	20.03.2011	Мустакиллик 126	Практический здоров
25	Мирзаев Ж	3.06.2012	П. Махмуд 13	Практический здоров
26	Фархадов С	15.11.2012	Партов 152	Практический здоров

27	Хайитбаев М	21.09.2012	П. Махмуд 10 пр3	Практический здоров
28	Худайберганов Н	10.05.2012	Жамбул 5	Практический здоров
29	Алимов Т	8.09.2011	А.Баходирхон 43-2	Практический здоров
30	Артикбаев У	18.03.2012	Узбекистон 31-49	Практический здоров
31	Адилбеков А	18.12.2012	П.Махмуд 25	Практический здоров
32	Атаджанов А	16.01.2012	Э.Рахим 29/1	Практический здоров
33	Баходиров Б	15.02.2012	П. Махмуд 22	Практический здоров
34	Давронбеков Б	2.09.2012	Ибр.25/6	Практический здоров
35	Зарипов У	16.09.2012	П.Махмуд 2-2	Практический здоров
36	Каримберганов Т	24.05.2012	Ойбек 31	Практический здоров
37	Ражабов А	18.08.2011	Партов 138	Практический здоров
38	Кадамов Б	26.06.2012	Махтумкули 16-4	Практический здоров
39	Кодиров О	12.08.2012	Махтумкули 197	Практический здоров
40	Сапарбаева О	30.07.2012	Махтумкули 270	Практический здоров
41	Отабекова П	30.11.2011	Э.Рахим 60	Практический здоров
42	Эркинова С	28.12.2011	П.Махмуд 14	Практический здоров
43	Аманбаева М	14.12.2011	Мустакиллик 120	Практический здоров
44	Полвонова З	31.05.2011	Махтумкули 256	Практический здоров
45	Муминбаева Ю	23.09.2011	П. Махмуд 23	Практический здоров
46	Адашова К	30.08.2011	Махтумкули 223	Практический здоров
47	Зарипбаева С	17.06.2011	Э.Рахим 70	Практический здоров
48	Куранбаева Ф	28.01.2011	Махтумкули 39 пр4	Практический здоров
49	Олимбаева С	17.05.2011	П.Махмуд 1 пр1	Практический здоров
50	Максудбекова Ш	01.11.2011	Махтумкули 6-4	Практический здоров
51	Жаббарова М	13.10.2011	Фаргона 55	Практический здоров
52	Русланбекова М	27.02.2011	Мустакиллик 128	Практический здоров
53	Садуллаева С	25.01.2011	Э.Рахим 82 тупик 4	Практический здоров
54	Рахимберганова С	20.11.2011	А.Баходирхон 59	Практический здоров
55	Сардарова С	17.06.2011	Кодирий 49	Практический здоров
56	Сапарова Д	22.10.2012	П. Махмуд 115	Практический здоров
57	Аматжонова М	9.12.2012	Ал-Беруний 171	Практический здоров

58	Аскарова Г	17.08.2012	Махтумкули 205	Практический здоров
59	Рузинбаева С	1.02.2012	Феруз 196	Практический здоров
60	Бахтиярова Х	26.02.2012	П. Махмуд 4/2	Практический здоров
61	Ботирова А	19.09.2012	А. Кодирий 19/2	Практический здоров
62	Каримберганава О	24.07.2012	Махтумкули 26-4	Практический здоров
63	Мансурова С	15.11.2011	Махтумкули 43-4	Практический здоров
64	матякубова Д	2.05.2012	П. Махмуд 10	Практический здоров
65	Шухратова Д	8.08.2012	Ойбек 11	Практический здоров
66	Полвонова Д	17.10.2012	Ойбек 33	Практический здоров
67	Раджапова Г	29.07.2011	Замахшарий 111	Практический здоров

Главный врач СП №3
г. Ургенча:



Handwritten signature in blue ink.

Гаипова Н.А.

«УТВЕРЖДАЮ»
Главный врач СИ №3 г.
Ургенча Хорезмской области
Гаипова Н.А. 
« 24 » _____ 2022 г.


АКТ ВНЕДРЕНИЯ

1. **Наименования предложения для внедрения (метод профилактики, диагностики, лечения, устройство, форма организационной работы)**
«Оценка здоровья и адаптационного потенциала у детей младшего школьного возраста региона Приаралья»
2. **Кем и когда предложен:** Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт
Авторы: Алиева Н.Р., Худайназарова С.Р.
3. **Источник информации:** (Методические рекомендации, отчёт о НИР, диссертации, монографии, съезды, конференции, семинары) методические рекомендации, DGU 14365
4. **Где и когда внедрено:** Семейной поликлинике №3 города Ургенча, 2022 г.
5. **Результаты применения метода за период 2020-2021 гг.**
6. **Эффективность внедрения (сокращения пребывания в стационарах, уменьшение расходов государственных бюджетных средств, снижение инвалидности и др. показателей):** При оценки состояния здоровья младших школьников в процессе обучения, необходимо обратить внимание на дезадаптацию и раннее выявление школьно-обусловленных функциональных нарушений и заболеваний. С целью снижения риска развития экологозависимых заболеваний, связанных с нарушением физического развития и адаптационного потенциала младших школьников, важно знать об опасности дефицита кобальта, хрома, меди, калия и цинка, избытка натрия и хлора у детей в период школьной адаптации, а также период развития и роста. Для прогнозирования физического развития рекомендуется педиатрам использовать разработанные программу для ЭВМ, программное обеспечение дает экономию времени расчета индексов, что необходимо для школьных врачей и других специалистов.
7. **Замечаний предложений нет.**

Дата _____

Подпись  _____