

УДК 371.2:612.015.36

Узденов Ислам Магомедович

ВЛИЯНИЕ ШКОЛЫ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

В статье рассмотрены факторы, негативно влияющие на здоровье детей в период обучения в школе. Приводятся примеры мониторинга здоровья и факторов риска болезней у детей. Представлены методики восстановительного лечения детей с разнообразной патологией.

Ключевые слова: факторы риска, здоровье детей, мониторинг здоровья, восстановительное лечение.

Uzdenov Islam M.

TECHNIQUES OF REHABILITATIVE TREATMENT OF CHILDREN WITH A VARIETY OF DISEASES ARE PRESENTED

The article discusses the factors affecting the health of children in schooling. The examples of health monitoring and disease risk factors in children are given.

Key words: risk factors, child health, health monitoring, rehabilitation treatment.

Большую часть своего времени дети проводят в школе, поэтому воздействие школьных факторов на здоровье детей и подростков трудно переоценить. Школа должна стать базой для реализации самых современных и эффективных программ профилактики и оздоровления подрастающего поколения. Это особенно важно, когда наблюдается увеличение суммарной нагрузки, интенсификация учебного процесса [12]. К этому добавляются не подходящая по росту мебель, слабая освещённость, гиподинамия, что ведет к увеличению количества близоруких детей к окончанию школы в 3 раза [34]. Основной проблемой младшего школьного возраста является нарушение осанки [18].

В 80 % школ РФ выявлены несоответствия требованиям действующих норм по обеспечению площадями, по превышению электромагнитного излучения от мониторов. Каждое пятое учебное место с компьютером в школах России не соответствует санитарным нормам. Только 78,2 % учащихся начальных классов получают горячее питание, среди учащихся 5–11 классов таковых 51,5 % школьников [26]. Питание детей отличается несбалансированностью, что способствует развитию некоторых экологически обусловленных заболеваний [10]. Оценка психоэмоциональной устойчивости старшеклассников показала высокий уровень тревожности и беспокойства в начальный период обучения [23].

Модернизация образовательной системы сопровождается серьезными издержками. Однако неблагоприятные изменения здоровья у многих детей, особенно страдающих хроническими заболеваниями, связаны не только с учебной нагрузкой, но и с существенными нарушениями организации их свободного времени и отдыха в семье. Это приводит к истощению образовательного потенциала, снижению стрессоустойчивости, снижению творческого потенциала, ухудшению межличностных отношений. Снижение физического здоровья объясняется не только прямым воздействием вредных экологических факторов, но и кинезиофобией, выражающейся в отсутствии интереса к активным занятиям физическими упражнениями [20].

Для эффективной организации медико-социальной помощи детям необходим мониторинг их здоровья, то есть регулярный сбор и аккумуляция данных, получаемых на всех уровнях системы здравоохранения, что позволит точнее прогнозировать тенденции в состоянии здоровья детского населения и планировать оказание медицинской помощи детям. Информатизация педиатрической службы должна включать создание и эксплуатацию систем для диспансеризации, анализа инвалидности, младенческой и детской смертности, специализированных регистров по отдельным заболеваниям [17]. Подобные компьютеризированные системы уже есть и в России [43].

Одной из причин создания федеральной системы мониторинга детской инвалидности являлась необходимость регулярного слежения за выполнением индивидуальных программ реабилитации за состоянием здоровья и уровнем качества жизни детей [45].

Обеспечение доступа к медико-социальным базам данных через Интернет позволит работникам органов здравоохранения быть в курсе общей ситуации, иметь на руках сходные показатели в других территориях, а пациентам и их родителям – контролировать изменения в состоянии своего здоровья [17].

В зарубежных странах с 1991 года существует также система мониторинга факторов риска у молодежи, которая контролирует шесть категорий поведенческих рисков для здоровья молодежи: 1) поведение, которое способствует непреднамеренным травмам и насилию; 2) сексуальное поведение, которое способствует инфицированию вирусом иммунодефицита человека и другими венерическими заболеваниями и нежелательной беременности; 3) употребление табака; 4) употребление алкоголя и наркотиков; 5) нездоровое пищевое поведение 6) отсутствие физической активности [47, 52, 57].

Очевидно, что в настоящее время возникла необходимость создания системы коррекционных воздействий на физическое и психологическое здоровье детей, которая повысит их общую и умственную работоспособность, а, следовательно, и результативность их обучения [29]. Создавая условия для детей с ограниченными возможностями здоровья, следует помнить о принципе равных прав для других детей. Для этого следует научиться работать со всеми детьми, учитывая их индивидуальные особенности [11]. Требуется не просто приспособление ребенка к особенностям развития в среде, а создание многовариантной среды, в которой каждый ребенок общается на доступном ему уровне. Адаптация детей с особенностями развития происходит путем включения их в социальные связи общества, использования латентных ресурсов общественных связей [3].

Концепция восстановительной медицины, разрабатываемая Министерством здравоохранения Российской Федерации, предусматривает два основных направления – сохранение здоровья здоровых и собственно реабилитацию, т. е. оптимальное восстановление здоровья больного человека. В ее рамках предложена организация центров, которые будут внедрять в практику методы восстановительной медицины. В функции центров также войдут квалифицированная амбулаторная и стационарная реабилитационная помощь, разработка и внедрение новых медицинских технологий, направленных на осуществление первичной и вторичной профилактики. [6]. Для этого требуется добиться максимальных результатов при восстановительном лечении детей с участием семьи, врачей и пациентов-детей [54].

Среди эффективных методик восстановительного лечения сообщается об эффективности сенсорной терапии у подростков с вегетативной дисфункцией. В результате удавалось добиться решения различных задач: снятия психоэмоционального и мышечного напряжения, достижения релаксации и душевного равновесия, нормализации различных функций центральной нервной системы, создания положительного эмоционального фона, снижения тревожности и агрессивности, расширения коммуникативных возможностей, обучения основам аутотренинга [7].

Боли в спине беспокоят около 10 % детей и подростков. Сообщается о том, что мануальная терапия успешно применяется у них в восстановительном лечении болевых синдромов различного происхождения [22].

В комплексное восстановительное лечение также входят фитотерапия, гомеопатия, биорезонансная и мануальная терапия [31].

Физиотерапия у детей применяется как самостоятельно, так и в совокупности с другими методами лечения. Особенно она эффективна в составе комплексного лечения. Широкое использование физиотерапевтических факторов в терапии различных заболеваний обусловлено тем, что они обладают многообразными лечебными эффектами: противовоспалительным, иммуномодулирующим, анальгетическим, антигипоксическим, противоаллергическим, бактерицидным, что имеет большое значение для повышения неспецифической резистентности организма при инфекционных заболеваниях [22].

Учитывая, что одним из определяющих факторов развития заболевания у часто болеющих детей является несостоятельность иммунитета, то основу реабилитационных мероприятий должны составлять немедикаментозные методы иммунокоррекции, обладающие неспецифическим и специфическим воздействием на иммунитет и общую реактивность организма [9]. Экс-

периментально и клинически установлено, что многие физические факторы, используемые в медицинской практике, могут обладать иммуномодулирующим действием [39]. При этом предпочтение должно отдаваться методам общего иммуномодулирующего воздействия, так как физические методы местного воздействия не обеспечивают достаточную глубину проникновения, а оценка их клинической эффективности не имеет доказательной базы [38]. Одним из таких методов общего воздействия, применяемых в реабилитации часто болеющих детей, является рефлексотерапия [1, 2]. Наиболее мягким, легко переносимым и эпидемиологически безопасным методом является низкочастотная магнитотерапия, которая влияет как на клеточное, так и на гуморальное звено иммунитета [28, 37].

Для тренировки адаптивных систем организма используют гидрокинезиотерапию, общетерапевтический массаж, лечебную физкультуру, [19, 25, 33, 38, 40]. У часто болеющих детей также проводится коррекция сопутствующих иммунных, вегетативных, неврологических нарушений преимущественно немедикаментозными методами. Хорошие результаты дает метод биологической обратной связи [44]. Последовательная, систематическая и комплексная восстановительная терапия может привести к эффективной реабилитации и оздоровлению часто и длительно болеющих детей.

Проблема реабилитации детей после перенесенных острых кишечных инфекций также часто встречается в педиатрической практике. Использование физиотерапии при реабилитации после острых кишечных инфекций значительно повышает эффективность комплексной терапии, а в некоторых случаях (при наличии аллергических реакций к лекарственным препаратам и продуктам питания) может оказаться терапией выбора [8, 13, 14, 16, 27]. Представляют интерес методы озонотерапии в восстановительном лечении больных с синдромом раздраженной кишки [15]. Перспективным направлением в физиотерапии является применение методов фотохромотерапии [16].

При реабилитации пациентов с острыми и хроническими гепатитами могут использоваться те же методы физиотерапевтического иммунокорректирующего воздействия, как и при реабилитации часто болеющих детей и детей после острой кишечной инфекции, но с изменением параметров [5]. Наиболее сложными пациентами, с позиции реабилитации, являются дети, перенесшие инфекционные заболевания нервной системы [35, 42]. Задачей восстановительного лечения и реабилитации является ликвидация последствий острого периода заболевания и адаптация ребенка к привычному образу жизни и нагрузкам [27, 32].

Вызывают интерес сообщения о методиках реабилитации с помощью видеоигр. Хотя видеоигры связывают со многими негативными для здоровья последствиями, они также могут быть полезны в терапевтических целях. Показано, что видеоигры улучшали психологические результаты терапии на 69 %, результаты физиотерапии – на 59 %, результаты физической активности – на 50 %, результаты медико-санитарного просвещения – на 42 % и на 37% – результаты самоуправления заболеванием [51, 56].

В последнее время всё больше внимания уделяется программам первичной профилактики для уменьшения последствий хронических болезней на индивидуальном, институциональном и общественном уровнях [5]. Например, в детских садах и школах применяются программы по предотвращению избыточного веса и ожирения в детском возрасте. Как правило, эти программы не оцениваются с научной точки зрения, тем самым нет возможности получить доказательную базу для оценки их эффективности. Оценка программ первичной профилактики может рассматривать научные доказательства (внешние доказательства), мотивацию и опыт участников процесса (внутренние доказательства), а также мотивацию и восприятие проблемы целевыми группами [50]. При разработке и реализации программ вмешательства должна учитывать социально-культурные особенности и среду обитания целевых групп. Кроме того, должен использоваться комплексный совместный подход, например, для оценки потребностей и проблем целевых групп или местных жителей [46]. Целевые группы могут быть вовлечены в разной степени: для обмена информацией, консультаций, совместной работы, полного разделения ответственности [49, 58]. Хотя это означает, что для внедрения программы потребуется достаточно много времени, что должно учитываться при планировании времени, однако это может помочь улучшить принятие и устойчивость окончательного варианта программы.

Все виды профилактической деятельности могут быть сгруппированы по различным направлениям: здоровое питание, физическая активность, релаксация, вакцинация и санитарное просвещение. Для детей важно обеспечить возможность отдохнуть в специально оборудован-

ном помещении со световыми эффектами и музыкой, что в Европе называют «Snoezelen» [59]. «Snoezelen» направлена на обеспечение хорошей релаксации у детей, а в настоящее время концепция «Snoezelen» больше предназначена для детей из социально неблагополучных семей как конкретной целевой аудитории [48].

При решении любой медицинской проблемы должны быть определены подходящие целевые группы, выбраны модифицируемые факторы риска, установлены реалистичные цели вмешательства. Оценка является ключевым компонентом любого вмешательства, которое должно не только оценить структуры и процессы, но оценить эффективность программы в соответствии с жесткими научными критериями. Одним из самых сложных этапов является внедрение научно обоснованных модулей вмешательств в практику и достижение их устойчивости [55].

Реализация качественных показателей часто приводит к увеличению приверженности этих мер (эффект Хоторна: то, что измеряется, улучшается). Если соблюдение показателя качества также сильно коррелирует с увеличением желаемого результата здоровья, то увеличение приверженности этому показателю может привести к улучшению здоровья. Тем не менее, степень улучшения может различаться в разных популяциях пациентов из-за таких проблем, как общее состояние здоровья, сопутствующих заболеваний, генетических и экологических факторов [53, 60].

Таким образом, для изменения ситуации в лучшую сторону следует [26] кардинально изменить финансирование детских и подростковых учреждений, разработать и внедрить в образовательных учреждениях новые технологии профилактики и укрепления здоровья учащихся, основанные на повышении функциональных резервов организма.

Литература

1. Абрамович Э. Г. Лечение методом пунктурной рефлексотерапии группы часто болеющих детей в условиях районной поликлиники // Педиатрия. 1998. № 1. С. 109.
2. Алимов В. В., Смирнова Т. Н. Применение иглорефлексотерапии в амбулаторных условиях // Современные технологии диагностики, лечения и профилактики заболеваний в педиатрии: тезисы докл. научн.- практ. конф. М.: Наука, 1998. С. 37–38.
3. Аляутдинова Р. Н. Современное состояние социально-педагогической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях ДООУ // Вестник университета. Педагогика, психология, право, социология. 2012. № 14. С. 208. М.: Издательский дом Государственного университета управления, 2012.
4. Амлаев К. Р., Койчуева С. М., Махов З. Д., Койчуев А. А. Формирование грамотности в вопросах здоровья. Доказательные рекомендации (обзор) // Профилактическая медицина. №6. 2012. С.25–28.
5. Байгалиев А. В. Импульсное инфракрасное лазерное излучение в ауторезонансном режиме в лечение больных острым вирусным гепатитом В // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. 2010. № 6. С. 24–25.
6. Беляев А. Ф. Восстановительная медицина – новая медицинская специальность // Тезисы межрегиональной научно-практической конференции «Проблемы реабилитации и восстановительного лечения детей и подростков на Дальнем Востоке». 2003. № 3. С. 89.
7. Бимбаев А. Б.-Ж., Баирова Т. А., Тугутова И. В., Дуйбанова Н. В. Использование сенсорной терапии в реабилитации подростков с артериальной гипертензией // Тезисы межрегиональной научно-практической конференции «Проблемы реабилитации и восстановительного лечения детей и подростков на Дальнем Востоке». Улан-Удэ, 2003. № 3. С. 90.
8. Богданова М. А., Узунова Н. А., Петрушенко С. Ю. Методы физиотерапии в коррекции вегетативной дисфункции у подростков с гастродуоденитом // Физиотерапия, бальнеология, реабилитация. 2010. № 3. С. 27–29.
9. Боголюбов В. М., Пономаренко Г. Н. Общая физиотерапия. СПб.: Медицина, 1998. 315 с.
10. Боев В. М., Утенина В. В., Быстрых В. В. и др. Дисбаланс микроэлементов как фактор экологически обусловленных заболеваний // Гигиена и санитария. 2001. № 5. С. 68.
11. Бочарова В. Г. Социально-педагогическая деятельность как научная категория. М., 2002. 30 с.
12. Винокурова И. В., Литовченко О. Г. Состояние здоровья детей и подростков в образовательных учреждениях города Сургута // Краткие сообщения. Успехи современного естествознания. 2005. № 8. С. 67–69.
13. Горбачева К. В., Кирьянова В. В. Коррекция дисбиоза кишечника с применением СМВ-терапии // Материалы научно-практической конференции «Физиотерапия, санаторно-курортное лечение и реабилитация в детстве». СПб., 2008. С. 15–16.
14. Гусакова Е. В. Влияние высоко- и низкоинтенсивной магнитотерапии на метаболическую активность микрофлоры толстой кишки у пациентов с синдромом раздраженного кишечника // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2010. № 6. С. 24–27.

15. Ефименко Н. В. Озонотерапия в восстановительном лечении больных с синдромом раздраженного кишечника // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. М., 2010. № 4. С. 55–56.
16. Кирьянова В. В., Дудина А. В., Сологуб Т. В. Комплексное лечение острого вирусного гепатита А с применением фотохромотерапии // Нелекарственная медицина. 2008. № 1. С. 34–41.
17. Кобринский Б. А. Мониторинг состояния здоровья детей России на основе применения компьютерных технологий // Вестник Росздравнадзора. Москва, 2010. № 1. С. 16–20.
18. Кожухов М. В., Семикина Е. В., Заброда Н. Н. Сравнительная характеристика состояния здоровья и уровня физического развития детей дошкольного и младшего школьного возраста // Материалы конференции. Современные наукоемкие технологии. Курский государственный медицинский университет. 2005. № 1. С. 65–66.
19. Колупаева Т. В., Коробов А. М., Цодикова О. А. Применение светодиодных технологий для лечения детей с хроническим бронхитом // Нелекарственная медицина. 2009. № 2. С. 42–43.
20. Косницкая Е. А., Транковская Л. В. Обоснование необходимости реабилитационных мероприятий в современной школе // Тезисы межрегиональной научно-практической конференции «Проблемы реабилитации и восстановительного лечения детей и подростков на Дальнем Востоке». Владивосток, 2003. № 3. С. 92–93.
21. Кузнецов Н. И., Скрипченко Н. В., Ушкова М. К. Физиотерапевтические методы восстановительного лечения и реабилитации детей с инфекционными заболеваниями // Обзор. Журнал инфектологии. Санкт-Петербург, 2011. Т. 3. № 3. С. 5–11.
22. Ли И. Л. Восстановительная терапия у детей и подростков с дорсалгиями // Тезисы межрегиональной научно-практической конференции «Проблемы реабилитации и восстановительного лечения детей и подростков на Дальнем Востоке». Владивосток, 2003. № 3. С. 94.
23. Литовченко О. Г. Онтогенетические и адаптационные аспекты морфофункционального состояния учащихся г. Сургута в условиях учебной деятельности // Материалы конференции. Успехи современного естествознания. Сургут, 2006. № 2. С. 45.
24. Малиновский Е. Л. Возможности курсовой фотодинамической терапии при оздоровлении часто длительно болеющих детей с хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей // Российский вестник фотобиологии и фотомедицины. 2010. № 4. С. 108–120.
25. Маскова Г. С. Эффективность индивидуальной реабилитации часто болеющих детей в условиях детской поликлиники // Поликлиника. 2007. № 1. С. 32–34.
26. Милушкина О. Ю. Состояние здоровья и санитарно-эпидемиологическая характеристика условий воспитания и обучения детей и подростков в Российской Федерации // Здоровье населения и среда обитания. 2003. № 9. С. 1–2.
27. Москвин С. В. Лазерная терапия в педиатрии. М.: ЭСМО, 2010. 479 с.
28. Николаева Н. В. Роль динамической магнитотерапии в реабилитации часто болеющих детей // Педиатрия. 2008. Т. 87. № 2. С. 56–61.
29. Пантюхова Е. А. О некоторых аспектах состояния здоровья, двигательного развития и физической подготовленности воспитанников младшего (7–10 лет) и среднего (11–12 лет) школьного возраста детского дома № 4 г. Омска // Вестник МГОУ. Серия «Педагогика». Омск, 2011. № 3. С. 201–204.
30. Полунина В. В. Комплексная реабилитация длительно и часто болеющих детей с использованием методов рефлексотерапии на амбулаторно-поликлиническом этапе: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.: РГМУ, 2008. 34 с.
31. Пономарев Ю. В., Глухова Е. З., Пономарева Н. А., Логинова Н. Б. Перспективы применения методов традиционной медицины в педиатрии // Тезисы межрегиональной научно-практической конференции «Проблемы реабилитации и восстановительного лечения детей и подростков на Дальнем Востоке». Владивосток, 2003. № 3. С. 96.
32. Пономаренко Г. Н. Частная физиотерапия: учебное пособие. М.: Медицина, 2005. 744 с.
33. Смирнова И. Н., Зарипова Т. Н., Антипова И. И. Аэрозольотерапия минеральными водами в лечении больных хроническим бронхитом и бронхиальной астмой // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2010. № 3. С. 18–23.
34. Степанов Е. Г., Ильясова А. А., Шафиков М. А., Фасиков Р. М., Мулдашева Н. А. Состояние здоровья и санитарно-гигиенические условия воспитания и обучения детей и подростков в условиях промышленного города // Материалы конференции. Успехи современного естествознания. Салават, Респ. Башкортостан. 2004. № 8. С. 73–76.
35. Технология медицинской реабилитации детей с последствиями перенесенных нейроинфекций. Схема восстановительного лечения. Инструкция по применению. Минск, 2003. 10 с.
36. Улащик В. С. Иммуномодулирующее действие лечебных физических факторов // Медицинские новости. 2006. № 11. С. 8–13.
37. Улащик В. С. О сочетанных методах магнитотерапии // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2010. № 2. С. 3–10.

38. Физиотерапия: национальное руководство / под ред. Г. Н. Пономаренко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 864 с.
39. Хан М. А., Карпова Е. П., Хоруженко О. В. Галоингаляционная терапия в комплексном лечении детей с острым риносинуситом // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2009. № 6. С. 31–34.
40. Церковная Ю. Е. Курсовая низкоинтенсивная лазерная терапия в комплексе мероприятий санаторного оздоровления детей с хронической патологией бронхолегочной системы // Лазерная медицина. 2007. Т. 11, вып. 3. С. 35–37.
41. Чанков И. И. Фотодинамическая терапия хронического декомпенсированного тонзиллита у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук И.И. Чанков // Томск, 2006. 27 с.
42. Черникова Л. А. Нейрореабилитация: проблемы и пути решения // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2004. № 3. С. 3–10.
43. Шарапова О. В., Царегородцев А. Д., Кобринский Б. А., Воропаева Я. В. Предварительные итоги диспансеризации находящихся в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей // VII Российский конгресс «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии»: Материалы конгресса. М.: ОВЕРЛЕЙ, 2008. С. 25.
44. Шиман А. Г., Шабров А. В., Максимов А. В. Физиотерапия заболеваний желудочнокишечного тракта: учебное пособие. СПб.: Изд. «Дизайн», 1999. С. 138–206.
45. Широкова В. И., Царегородцев А. Д., Кобринский Б. А., Воропаева Я. В. Мониторинг диспансеризации детского населения: состояние и задачи по повышению его эффективности // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2009. № 4. С. 4–10.
46. Baum F. In: Quality, Evidence and Effectiveness in Health Promotion. Davies J.K., MacDonald G., editor. London, New York: Routledge; 1998. Measuring effectiveness in community-based health promotion. P. 68–89.
47. Brener N. D., Kann L., Shanklin S., Kinchen S., Eaton D. K., Hawkins J., Flint K.H.; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Methodology of the Youth Risk Behavior Surveillance System-2013. MMWR Recomm Rep. 2013 Mar 1; 62(RR-1):1–20.
48. Deutsche Gesellschaft für Evaluation (DeGEval) Standards für Evaluation. 2009. <http://www.degeval.de/calimero/tools/proxy.php?id=18054>
49. Haerens L., De B. I., Barba G., Eiben G., Fernandez J., Hebestreit A., Kovacs E., Lasn H., Regber S., Shiakou M. Developing the IDEFICS community-based intervention program to enhance eating behaviors in 2 to 8-year-old children: findings from focus groups with children and parents. Health Educ Res. 2008.
50. Iris Pigeot, Stefaan De Henauw, Ronja Foraita, Ingeborg Jahn, and Wolfgang Ahrens Primary Prevention from the Epidemiology Perspective: Three Examples from the Practice BMC Med Res Methodol. 2010; 10: 10.
51. Law J., Zeng B., Lindsay G., Beecham J. Cost-effectiveness of interventions for children with speech, language and communication needs Int J Lang Commun Disord. – 2012 Jan-Feb; 47(1):1–10.
52. Liu L., Johnson H.L., Cousens S., Perin J., Scott S., et al. Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. Lancet. 2012. 379: 2151–2161.
53. Marsh J. L., McMaster W., Parvizi J., Katz S. I., Spindler K. AOA symposium. Barriers (threats) to clinical research. J Bone Joint Surg Am. – 2008;90(8):1769–1776.
54. Modi A. C., Pai A. L., Hommel K. A., Hood K. K., Cortina S., Hilliard M. E., Guilfoyle S. M., Gray W. N., Drotar D. Pediatric self-management: a framework for research, practice, and policy. Pediatrics. 2012 Feb; 129(2):473–485.
55. Patricia L. Kavanagh, William G. Adams, C. Jason Wang Quality indicators and quality assessment in child Arch Dis Child. 2009 June; 94(6): 458–463.
56. Primack B. A., Carroll M. V., McNamara M., Klem M. L., King B., Rich M., Chan C. W., Nayak S. Active video games and health indicators in children and youth: a systematic review. Am J Prev Med. 2012 Jun. 42(6). P. 630–638.
57. Rao C., Adair T., Kinfu Y. Using historical vital statistics to predict the distribution of under-five mortality by cause. Clin Med Res. 2011. 9: 66–74.
58. Rosato M., Laverack G., Grabman L.H., Tripathy P., Nair N., Mwansambo C., Azad K., Morrison J., Bhutta Z, Perry H. Community participation: lessons for maternal, newborn, and child health. Lancet. 2008; 372: 962–971. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61406-3.
59. Springett J. In: Evaluation in Health Promotion. Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen DV, Potvin L, Springett J, editor. WHO Regional Publications; 2001. Participatory approaches to health promotion; P. 83–105.
60. Wang C. J., Elliott M. N., McGlynn E. A., Brook R. H., Schuster M. A. Population-based assessments of ophthalmologic and audiologic follow-up in children with very low birth weight enrolled in Medicaid: A quality-of-care study. Pediatrics. 2008; 121(2): 278–285.