# ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ»

УДК 616-053.2-071; 616-053

На правах рукописи

# АБДУЛЛАЕВА НОДИРА ШОМУРАТОВНА

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА (на примере г. Душанбе)

#### **АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.08 - Педиатрия

Работа выполнена на базе Государственного учреждения «Республика нский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Научные
консультанты:

**Олимова Клавдия Сергеевна** - доктор медицинских наук, профессор, директор медицинского центра ООО «Зангула»

Винярская Ирина Валериевна - д.м.н., профессор РАН, заведующая лабораторией социальной педиатр ии и качества жизни ФГАУ «НМИЦЗД» Минздрава России

# Официальные оппоненты:

Одинаева Нуринисо Джумаевна — доктор медицинских наук, профессор кафедры, директор ГБУЗ МО НИКИ детства Минздрава Московской области, заведующая кафедрой педиатрии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Главный педиатр Минздрава Московской области

Джураев Мухаммад Наврузович — доктор медицинских наук, заедующий кафедрой аллергологии и иммунологии Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Одиназода Азиз Абдусаттор – доктор медицинских наук, доцент, генеральный директор ГУ «Республиканский научный центр крови»

# Оппонирующая организация:

Ташкентский Педиатрический медицинский институт (г. Ташкент, Республика Узбекистан)

2024 г.

Защита диссертации состоится «»	2024 г. в	часов
на заседании диссертационного совета 6D. КОА-008 при	иГОУ «Таджикск	ий госу-
дар ственный медицинский универ ситет имени Абуали и	бни Сино».	
Адрес: 734026, Республика Таджикистан, г. Ду	ушанбе, ул. Син	o 29-31,
www.tajmedun.tj. тел.(+992) 918724088		
С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке	:ГОУ «Таджикск	ий госу-
дар ственный медицинский универ ситет имени Абуали и	бни Сино».	-

Ученый секретарь диссертационного совета, кандидат медицинских наук, доцент

Автореферат разослан « »

Джамолова Р.Дж.

#### Введение

**Актуальность темы исследования.** Среди множества социальноэкономических проблем, стоящих перед современным обществом, важнейшее место занимает проблема здоровья населения и, в первую очередь, детей.

Состояние здоровья детей является не только количественным показателем благополучия общества, отражающим различные его аспекты, в частности социально-экономические, но и составляет базовую основу для развития потенциала здоровья взрослых членов этого общества [Ваганов Н.Н., 2001; Баранов А.А., 2020; Мамаджанова Г.С., 2021; Чичерин Л.П., Альбицкий В.Ю., 2022].

Огромная социальная ответственность за состояние здоровья детей возлагается на государство и родителей. Здоровье детей является показателем внешнего и внутреннего социального благополучия страны, а также служит косвенным показателем национальной безопасности. Следовательно, совершенно обосновано рассматривать здоровье детей в качестве особой гуманитарной ценности, перспективного ресурса экономики и безопасности [Щеплягина Л.А., 2002; Володин Н.Н., 2006; Курышкин А.В., 2010; Машина Н.С., Галактионова М.Ю., 2015; Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Устинова Н.В., 2017; Дьяченко Т.С., 2017].

Правительством Республики Таджикистан в течение последних десятилетий был разработан и утвержден пакет нормативно-правовых и законодательных актов, направленных на совершенствование и укрепление нормативной базы службы материнства и детства. Все принятые документы позволяют поднять на новый уровень и способствовать совершенствованию и внедрению прогрессивных технологий и методов оказания высококвалифицированной специализированной медицинской помощи матерям и детям. Вся работа направлена на укрепление и сохранение здоровья матерей и детей в РТ.

В рамках данных стратегий решение поставленных задач по доступности, качеству и эффективности медицинских услуг способствуют укреплению детского здоровья, сокращению младенческой (МС) и детской (ДС) смертности, сохранению и наращиванию системы обеспечения репродуктивного и материнского здоровья, укреплению системы профилактической помощи, плану борьбы с инфекционными заболеваниями и нарушениями питания.

Одним из самых приоритетных направлений в современной медицине должно быть профилактическое направление, особенно, когда это касается детского населения: разработка и внедрение в систему здравоохранения современных здоровьесберегающих технологий, которые бы способствовали предупреждению заболеваемости, снижению уровня детской смертности, а также повышению качества жизни детей.

Эксперты ВОЗ утверждают, что первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является ведущим инструментом сохранения и укрепления здоровья для всех в начале нового тысячелетия - XXI век [Чичерин Л.П., 1999; Хаккал М., 2000; Чистович И., 2000].

Улучшение качества оказания первичной медико-санитарной помощи детскому населению является первостепенной задачей здравоохранения, в свя-

зи с чем особого внимания требует непрерывное повышение её качества и эффективности [Красавина Н.А., 2006; Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Устинова Н.В., 2020; Абдуллаева Н.Ш., 2023; Bullinger M., 1995].

Значительные успехи достигнуты в снижении младенческой (с 17,8 в 2011 г. до 14,2 в 2021 г.) и детской смертности (с 22,6 в 2011 г. до 17,7 в 2021 г.) по Республике Таджикистан. Однако, несмотря на достигнутые успехи, продолжает сохраняться тенденция, указывающая на ухудшение состояния здоровья детского населения, что, несомненно, может способствовать некоторому увеличению распространённости хронической патологии, данная проблема диктует необходимость наиболее углубленного исследования всех аспектов жизни ребенка [Зарипова М.М., 2009; Гафуржанова Х.А., 2019; Мамаджанова Г.С., 2021].

В 1997 году Всемирной Организацией Здравоохранения были определены конкретные критерии «Здоровья», где четко указывались основополагающие каноны, направленные на обеспечение адекватного физического, душевного и социального благополучия [Collier J., 1997].

Указанные постулаты дали возможность сформировать основу определения понятия «качество жизни» (КЖ) в медицине. Именно этот момент и позволил произвести трансформацию из одной модели понятия «Здоровье и болезни» в другую, т.е. из биомедицинской модели во всеобъемлемую форму – биопсихосоцальную. Это и позволило изменить отношение к больному, как к личности, основываясь на его субъективном восприятии болезни, страхов и тревоги, опираясь на его собственные наблюдения и опыт [Винярская И.В., 2008; Ионова Т.И., Никитина Т.П., 2017]. Следовательно, само понятие «Качество жизни» составляет центр данной модели.

Современное понятие и определение «качества жизни», являясь основой и методологией огромного пласта клинических и медико-социальный исследований, представляет собой неотъемлемую часть современного здравоохранения. Именно данные критерии КЖ с полной уверенностью можно отнести к значительным научным достижениям XX века [Новик А.А., Ионова Т.И., 2007, 2013].

Многовекторная оценка состояния здоровья детей различных возрастных групп, а именно раннего и дошкольного возрастов, посредством изучения качества жизни с учетом воздействия комплекса факторов на данный показатель представляет большой интерес, что послужило основой для проведения данного исследования.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Здоровье детского населения является ключевым показателем, характеризующим благополучие общества и эффективность оказания медицинской помощи.

Общеизвестно, что именно на детей в возрасте от периода новорожденности до семи лет приходится 67,9% случаев заболеваемости, т.е. более чем 2/3, причем большая часть заболеваемости (35%) приходится на долю детей дошкольного возраста, характеризующейся нейроэндокринными сдвигами и напряженностью адаптации. Следовательно, именно данный момент и является наиболее критическим периодом сохранения и укрепления здоровья детей дан-

ной возрастной группы. Сам факт состояния здоровья детей данного возрастного ценза находится под воздействием достаточно большого числа социальногигиенических и медико-биологических факторов, следовательно, усилия, направленные на оценку воздействия указанных факторов, относятся к категории особенно актуальных.

Основным показателем состояния здоровья растущего организма является его физическое развитие. По своим анатомо-физиологическим особенностям детский организм находится в процессе постоянного роста и развития и, как итог данного процесса, любые, даже незначительные, отклонения от нормального хода необходимо рассматривать как следствие неблагополучия в состоянии его здоровья [Баранов А.А., Кучма В.Р., Скоблина Н.А., 2008; Ватанбекова Г.С., 2012; Биянова И.Г., Мерзлова Н.Б., 2013].

В основе всей методологии оценки состояния здоровья детей, предусмотренных в педиатрии, основополагающей является комплексная оценка. Именно данная методология позволяет адекватно оценить состояние здоровья детей, в основе которой заложено клиническое обследование органов и систем, базирующихся на оценке всех показателей, итогом которой является определение группы здоровья с последующим выбором схем диспансеризации и дальнейшей разработкой комплекса профилактических мероприятий.

Именно всесторонняя оценки состояния здоровья ребёнка требует необходимость учёта не только параметров физического и психомоторного развития, но также адекватно оценить роль показателей качества жизни. Использование показателей КЖ, как критериев оценки применения различных медицинских технологий в практической деятельности амбулаторного звена здравоохранения, представляет особую актуальность.

Учитывая, что в отечественной педиатрии научные работы в данном направлении остаются малоизученными, была проведена данная исследовательская работа [Гафуржанова Х.А., 2015; Саидмурадова Г.М., Янгибаева Б.У., 2017].

Методы оценки эффективности работы городских центров здоровья, в частности профилактического направления, очень ограничены, в связи с чем попытка изучить возможности использования показателей КЖ в данном контексте представляла большой интерес.

Комплексный подход к изучению состояния здоровья детей раннего и дошкольного возрастов, с учетом показателей качества жизни, на их основе подготовка страновых показателей физического развития детей данных возрастных групп, изучение удовлетворённости законных представителей детей уровнем оказания медицинских услуг в рамках ПМСП, а также экспертиза деятельности медицинского персонала городских центров здоровья до сих пор не были предметами самостоятельного изучения и анализа в отечественной науке, что послужило основанием для проведения настоящего исследования, определило его актуальность, цель и задачи.

Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой. Тема исследовательской работы выполнена в рамках научноисследовательских работ ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии», посвященных изучению темы «Состояние достоверности и динамики развития показателей здоровья детей в младенческом возрасте, и разработка научно-обоснованной методологии межсекторального подхода к её устойчивости в Республике Таджикистан» ГР № 0121ТJ1090.

## Общая характеристика работы

**Цель исследования.** Изучить особенности формирования здоровья во взаимосвязи с качеством жизни, разработать и совершенствовать принципы первичной медико-санитарной помощи детскому населению.

#### Задачи исследования:

- 1. Изучить влияние проводимой реформы сектора здравоохранения в Республике Таджикистан на динамику основных показателей состояния здоровья детского населения.
- 2. Определить факторы, влияющие на становление физического, психомоторного развития, соматического здоровья детей в новых социально-экономических условиях.
- 3. Провести комплексную оценку состояния здоровья детей раннего и дошкольного возраста.
- 4. Изучить влияние факторов риска на качество жизни детей раннего и дошкольного возраста.
- 5. Установить возможность использования показателя «качество жизни» как критерия комплексной оценки состояния здоровья и эффективности применения лечебно-профилактических мероприятий у детей на уровне первичного звена здравоохранения.
- 6. Разработать региональные стандарты физического развития детей раннего и дошкольного возраста.
- 7. Разработать и научно обосновать принципы оптимизации первичной медико-санитарной помощи детскому населению в Республике Таджикистан.

**Объект исследования.** Диспансеризацией было охвачено 272506 детей от 0 до 18 лет г. Душанбе.

Проведено комплексное изучение состояния здоровья и физического развития 724 детей, из которых 315 были дети раннего и 409 — дошкольного возрастов.

Для разработки региональных стандартов физического развития детей от 0 до 6 лет было исследовано 7319 детей, из них 3908 мальчиков и 3411 девочек.

Оценка физического развития была проведена у 1566 детей, из них 836 детей раннего и 730 детей дошкольного возраста.

Для исследования качества жизни детей раннего и дошкольного возраста было опрошено 603 родителя/опекуна: 141 – от 3 месяцев до 1 года и 108 – от 1 до 3-х лет по опроснику QUALIN; 97 - от 2 до 4 лет и 257 - от 5 до 7 лет по опроснику PedsQL<sup>TM</sup> 4.0.

Для исследования удовлетворённости законных представителей детей качеством медицинской помощи на уровне первичного звена здравоохранения и удовлетворённости медицинского персонала своей работой было проанализировано 160 анонимных анкет.

Экспертная оценка качества работы медицинского персонала первичного звена здравоохранения была основана на изучении 106 специально разработанных карт экспертной оценки, сплошной выкопировки данных из медицинской документации (формы № 112, 26, 30, 63).

Для исследования уровня знаний в области педиатрии было проведено тестирование 325 врачей общей практики в 14 городских центрах здоровья г. Душанбе.

**Предмет исследования.** Комплексная оценка состояния здоровья детей проводилась в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 16 октября 2018 года № 954 «Об утверждении «Порядка проведения медицинского осмотра, постоянного диспансерного контроля и времени проведении прививок».

Информационной базой для сбора данных служила сплошная выкопировка данных из медицинской документации (формы № 112, 26, 30, 63, согласно приказу Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики, Таджикистан от 27.03.2006 года № 98 «Об индикаторах, формах первичной медицинской документации и статистической отчётности учреждений здравоохранения Республики Таджикистан»), а также специальная разработанная карта исследуемых детей с применением клинико-диагностических, лабораторных и инструментальных методов исследования.

Исследование КЖ детей раннего и дошкольного возрастов проведено с использованием 2 международных опросников: общий опросник QUALIN, предназначенный для оценки КЖ здоровых и больных детей от 3 месяцев до 1 года и от 1 до 3 лет, опросник PedsQL, используемый в возрастных группах 5-7, 8-12, 13-18 лет.

Социологический метод был использован при изучении удовлетворённости законных представителей детей качеством оказываемой педиатрической помощи в городских центрах здоровья.

Разработанная «Карта экспертной оценки качества оказания медицинской помощи детям» была использована для более глубокого изучения всех направлений деятельности медицинских работников — профилактической, лечебнодиагностической, диспансерной.

Экспертная оценка осуществлялась путём сравнения полученных данных с утверждёнными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению больных на уровне амбулаторно-поликлинической помощи: приказ МЗиСЗН РТ от 19 июня 2020 г. № 456 «Об утверждении и введении в практику клинических рекомендаций по диагностике и оказанию помощи больным на уровне первичной медико-санитарной службы».

#### Научная новизна исследования

1. Установлено, что в процессе реформирования сектора здравоохранения (2011-2021 гг.) изменились особенности течения различной патологии и качество оказания первичной медико-санитарной помощи детскому населению, что привело к снижению распространенности и структуры заболеваемости детей раннего и дошкольного возрастов РТ.

- 2. Проведенная диспансеризация детей позволила определить тенденцию в состоянии их здоровья, которая отразилась снижением доли здоровых детей с одновременным увеличением удельного веса детей с хронической патологией и инвалидностью.
- 3. Установлены факторы риска, воздействующие на формирование состояния здоровья и качество жизни детей, с учетом возрастного периода детства. Так, у детей раннего возраста преобладали медико-биологические факторы, в отличие от детей дошкольного возраста, где ухудшающими КЖ являлись социально-психологические и материально-экономические факторы риска.
- 4. Заболеваемость детей раннего возраста характеризуется преобладанием бронхолегочной патологии, далее заболевания органов пищеварения, крови и кроветворных органов, отдельные состояния перинатального периода. В более старшем возрасте доминирующей является патология органов пищеварения, далее патология бронхолегочной, костно-мышечной систем, патология глаза, эндокринной и мочеполовой систем.
- 5. Определены показатели качества жизни детей раннего и дошкольного возрастов г. Душанбе с учетом возрастно-половых значений.
- 6. Установлены возможности применения показателей КЖ в качестве одного из критериев комплексной оценки состояния здоровья детей и для оценки эффективности применения медицинских технологий на примере часто болеющих детей.
- 7. Разработанные и внедренные в практическое здравоохранение РТ основные этапы проведения профилактических осмотров детского населения показали тенденцию к дисгармоничному развитию с преобладанием низкорослости (чаще у мальчиков).
- 8. Впервые показана четкая тенденция дисгармоничного развития среди детей шестилетнего возраста; сформировавшаяся низкорослость является серьёзной социальной проблемой. Улучшение питания, физического и нервнопсихического развития являются серьёзным вкладом в реализацию Национальной коммуникационной программы первых 1000 дней жизни ребенка в РТ на 2020-2024 годы.

## Теоретическая и научно-практическая значимость исследования.

Обоснована необходимость проведения динамических профилактических медицинских осмотров с вовлечением узких специалистов с целью проведения индивидуальной коррекции как основной, так и сопутствующей патологии ещё до поступления в школу, в период пребывания ребенка в детском дошкольном учреждении.

Установленная корреляционная взаимосвязь между различными медикобиологическими и социальными факторами и их влияния на КЖ детей раннего и дошкольного возраста обуславливает возможность внедрения изучения качества жизни, как критерия комплексной оценки состояния здоровья детей и эффективности применения лечебно-оздоровительных мероприятий на уровне первичного звена здравоохранения.

Пересмотрены и обновлены региональные возрастно-половые нормативы физического развития детей раннего и дошкольного возрастов г. Душанбе, на

основании которых обоснована методика индивидуальной оценки параметров физического развития.

Полученные результаты исследования могут быть основой для научного обоснования путей оптимизации и совершенствования первичной медико-санитарной помощи детскому населению Республики Таджикистан.

Научно-обоснованные выводы, практические рекомендации и их интерпретация, методологические аспекты, представленные в научной работе, могут быть включены в программу усовершенствования и повышения квалификации медицинских работников, а также реализованы в учебном процессе профильных кафедр медицинских высших учебных заведений.

#### Положения, выносимые на защиту

- 1. В последнее десятилетие определилась тенденция ухудшения состояния здоровья детей раннего и дошкольного возрастов. Так, к завершению периода раннего возраста, т.е. к трём годам жизни, І группа здоровья уменьшается почти в 1,5 раза на фоне увеличения доли детей, имеющих морфофункциональные отклонения и хроническую патологию. Только 15,5% детей шестилетнего возраста признаны здоровыми.
- 2. Определено, что в структуре заболеваемости детей на протяжении последних 10 лет преобладающей остается инфекционная патология, в частности кишечная инфекции. В то же время у детей более старшего возраста доминирующей патологией являются заболевания органов пищеварения, далее патология бронхолегочной системы, костно-мышечной системы, патология глаза и эндокринной системы.
- 3. Установлена возможность применения показателей качества жизни как дополнительных критериев в комплексной оценке состояния здоровья детей. Обосновано использование методики оценки КЖ как критерия эффективности применения лечебно-оздоровительных методик в педиатрической практике.
- 4. Разработаны основные этапы и возрастные периоды профилактических осмотров для детей, являющиеся резервным подходом для предотвращения различной патологии среди детского населения РТ.

Степень достоверности результатов подтверждается достаточным объёмом статистически обработанного исследуемого материала с помощью прикладных статистических программ «Statistica 10» (StatSoft Inc., США) и «IBM SPSS Statistics 21» (IBM Corp., США), анализом большого количества современной научной литературы, количеством научных публикаций. Представленные положения, выносимые на защиту, выводы и практические рекомендации формировались на основании полученных результатов диссертационной работы и отражают поставленные цель и задачи. Результаты исследований прошли рецензирование в международных и отечественных журналах из перечня ВАК при Президенте РТ и ВАК РФ, а также широко апробированы на международных конференциях (Таджикистан, Россия) и внедрены в учебный план последипломного образования, в практическую деятельность городских центров здоровья.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Исследование соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.08 - Педиатрия: подпункт 3.1. Особенности роста физического, нервно-психического развития, состояния функциональных систем детей и подростков; 3.2. Вскармливание и питание здоровых и больных детей и подростков, гипо- и гипервитаминозы. Диатезы, расстройства пищеварения и питания; 3.3. Физиология и общая патология периода новорожденности, раннего, старшего и подросткового возрастов; 3.5. Внутренние болезни детей и подростков. Распространенность, этиология, патогенез, наследственные факторы, клиника, диагностика, лечение, профилактика, реабилитация.

Личный вклад соискателя ученой степени в исследования. Автором самостоятельно проведён сбор материала научно-исследовательской работы, выполнен обзор и анализ литературы, определены цель и задачи исследования, осуществлён сбор и систематизация первичного материала, проведение части клинических исследований, участвовал в составе комплексной бригады в проведении диспансеризации детей г. Душанбе. Автором проведено формирование баз данных, статистическая обработка собранного материала для исследования, проведён анализ полученных результатов, на основании которых были сформулированы выводы и рекомендации в практическое здравоохранение, написана и оформлена рукопись. Автором самостоятельно подготовлены доклады, материалы и опубликованы статьи, выступления на научных конгрессах и конференциях, результаты работы были отражены в монографии.

Апробация и реализация результатов диссертации. Основные положения диссертации доложены на: совместной республиканской научнопрактической конференции «Перспективы развития фундаментальных медицинских наук в Таджикистане» и 56-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (Душанбе, 2008); V съезде акушеровгинекологов и неонатологов Республики Таджикистан «Мать и дитя» (Душанбе, 2010); V съезде педиатров и детских хирургов Таджикистана (Душанбе, 2010); XI Евроазиатском конгрессе педиатров «Проблемы здоровья и развития детей на современном этапе» (Душанбе, 2011); 6-ой межрегиональной конференции с международным участием «Актуальные вопросы педиатрии» (РФ, Калининград, 2014); VI съезде педиатров и детских хирургов Таджикистана «Формирование здоровья ребенка в обществе, вопросы выхаживания, развития и питания в контексте реализации Целей развития тысячелетия» (Душанбе, 2015); Межрегиональной научно-практической конференция VII участием "Актуальные педиатрии" международным вопросы Калининград 2015); IX Конгрессе педиатров стран СНГ «Формирование здоровья детей в современных условиях здравоохранения» и III форуме по питанию «Питание в рамках реализации Стратегии Национального развития Республики Таджикистан на период до 2030 года» (2019, Душанбе); III съезде детских хирургов, анестезиологов-реаниматологов Республики Таджикистан «Современные методы в детской хирургии и интенсивной терапии: достижения, проблемы и пути их решения» (Душанбе, 2020).

**Публикации по теме диссертации**. По теме диссертации опубликовано 49 научных работ, в том числе 16 статей в журналах, включенных в реестр ВАК при Президенте Республики Таджикистан и ВАК Министерства образования и науки Российской Федерации, 1 монография.

Структура и объем диссертации. Материалы диссертации изложены на 377 страницах компьютерного текста, состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, главы материала и методов исследования, 5 глав результатов собственных исследований, главы обсуждения полученных результатов, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Диссертация иллюстрирована 46 таблицами и 84 рисунками. Список литературы включает 435 источников, из них 322 на русском и 113 на английском языке, а также собственных публикаций.

#### СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

## Материал и методы исследования.

Работа основана на проведенном комплексном медико-социальном исследовании, направленно на изучение проблемы биологической и социальной адаптации детей с учетом изменившихся социально-экономических условий. Работа выполнена в ГУ «Научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ и в профильных лабораториях ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России. В основу исследования был положен многоэтапный принцип сбора информации, его статистической обработки и в конечном итоге анализа полученных результатов, охватывающий 2011–2021 гг.

Объектами исследования явились:

- городские центры здоровья г. Душанбе (№ 1-14);
- детские сады № 80, 133, 143, 147;
- частные медико-консультативные центры «Зангула», «Медиан»; В группы исследования были включены:
- детское население г. Душанбе диспансеризацией было охвачено 272506 детей от 0 до 18 лет;
- для разработки региональных стандартов физического развития детей от 0 до 6 лет были исследовано 7319 детей, из них 3908 мальчиков и 3411 девочек;
- проведено комплексное изучение состояния здоровья 724 детей раннего и дошкольного возраста;
- оценка физического развития была произведена у 1566 детей, из них 836 раннего и 730 детей дошкольного возраста;
- исследование качества жизни было проведено у 603 ребенка;
- исследование удовлетворённости качеством оказываемой медицинской помощи законных представителей детей проводилось — 88 анкет, медицинского персонала — 72 анкеты, экспертная оценка качества работы медицинского персонала — 106 карт;
- тестирование уровня знаний врачей общей практики 325 анкет.

Комплексная оценка состояния здоровья детей была проведена с обязательным учетом основных базовых критериев: наличия или отсутствия функциональных нарушений и/или хронических заболеваний с учётом клинического варианта и фазы течения патологического процесса; уровня функционального состояния основных систем организма; степени сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям; уровня достигнутого развития и степени его гармоничности, а также результатов собственных исследований, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, заключения узких специалистов.

Для проведения комплексной оценки исследуемых детей была проведена сплошная выкопировка данных из медицинской документации (формы № 112, 26, 30, 63).

Параллельно с этим на каждого ребенка была заполнена, специально разработанная анкета, в которой была собрана подробная информация о социально-экономическом положении, «социально-психологический» портрет данной семьи и санитарно-гигиенические условия жилища, где растёт ребенок. Анкета включала материнские факторы риска (состояние здоровья, течение беременности и родов), течение периодов новорожденности и раннего детства, вскармливание, сроков введения прикорма и коррекции питания, профилактические прививки, заболеваемость, режим дня, посещаемость городских центров здоровья и частного сектора медицинского обслуживания и т.д.

Практически все дети были осмотрены узкими специалистами — окулистом, ЛОР-врачом, кардиоревматологом, хирургом, неврологом, ортопедом, эндокринологом. Были проведены все рутинные лабораторные методы исследования (общий анализ крови, кала, мочи, при необходимости биохимический анализ крови, бак. посевы кала, мочи, из носа и зева, иммунологический статус, аллергологическая панель и т.д.). Также были проведены инструментальные методы исследования — УЗИ исследование внутренних органов, тазобедренных суставов, ЭХО-КГ, нейросонография, при необходимости, фиброгастродуоденоскопия.

В конечном итоге на основании вышеперечисленных этапов исследования, в зависимости от состояния здоровья, обследованные дети были отнесены в соответствующую группу здоровья (по Громбаху).

Для разработки региональных оценочных таблиц физического развития были исследованы 7319 детей в возрасте от 0 до 6 лет таджикской национальности, из них 3908 мальчиков и 3411 девочек, коренных жителей г. Душанбе. Группы детей были уравновешены в возрастно-половом аспекте, численность каждой составляла 100 и более человек.

Для получения общего представления об условиях и основных закономерностях физического развития произведено исследование длины тела, веса, окружностей головы и грудной клетки. Всем детям произведена антропометрия общепринятым классическим методом с использованием сантиметровой ленты, весов и ростомера.

Для каждого признака вычислены соответствующие величины: М – средняя арифметическая величина; т – ошибка средней арифметической величины;

 $\sigma$  — среднее квадратическое отклонение, характеризующее изменчивость признака.

Материал обработан методом вариационной статистики и регрессивного анализа, а на основании полученных показателей для каждого признака, составлены стандарты и таблицы оценки физического развития детей от 0 до 6 лет для их практического использования.

Стандартами физического развития считаются усредненные арифметические параметры ФР и их сигмы. Для каждой возрастно-половой группы были разработаны свои нормативы, что дает возможность представить гетеромор фность физического развития и половой диморфизм.

На основании полученных результатов нами были предложены два метода индивидуальной оценки физического развития.

Это метод <u>сигмальных отклонений</u>, когда показатели физического развития индивидуума (рост, масса тела, окружности груди и головы) сравниваются со средними арифметическими величинами соответствующих признаков для определенной возрастно-половой группы, для этих целей использовались таблицы стандартов. Полученные данные выражались в долях сигмы ( $\sigma$ ).

Интерпретация полученных данных производилась следующим образом:

- от  $M-1\sigma$  до  $M+1\sigma$  среднее развитие
- от  $M + 1\sigma$  до  $M + 2\sigma$  выше среднего
- от  $M + 2\sigma$  до  $M + 3\sigma$  высокое
- от  $M-1\sigma$  до  $M-2\sigma$  ниже среднего
- от  $M 2\sigma$  до  $M 3\sigma -$  низкое

Второй метод для оценки физического развития ребенка нами был использован корреляционный метод. За основу метода оценки физического развития при расчетах показателей регрессии принимались данные двух связанных признаков, когда имеет место поэтапное увеличение одного из признаков (например, массы тела) при параллельном росте другого признака (например, роста на 1 см) при прямой связи, идентичная картина отмечается при последовательном уменьшении — при обратной.

В процессе комплексной оценки ФР ребенка по шкале регрессии была составлена оценочная таблица, включающая ряд параметров, основу которых составили:

- 1. коэффициент корреляции (r) отражающий величину взаимосвязи двух или нескольких признаков;
- 2. коэффициент регрессии (R y/x) отражающий показатель изменения одного признака при изменении другого на единицу;
- 3. сигма регрессии (σR) частная сигма, которая необходима для определения величины индивидуального отклонения признака, сопряженного с другим.

Таблицы составлены таким образом: в первой графе таблицы расположены границы сигмальных отклонений по общей сигме ( $\pm \sigma$ ) роста; во второй графе внесены варианты роста с интервалом 1 см от минимальной до макси-

мальной величины для данного возраста (варианты роста сгруппированы в 5 подгрупп (средние, выше средних, высокие, ниже средних, низкие) в зависимости от отклонения от средней арифметической величины — М); в третьей и четвертой графах приведены величины массы тела, окружности грудной клетки и головы, соответствующие каждой величине роста.

Внизу под каждой графой приведены средние величины соответствующего признака (М), общая сигма ( $\pm \sigma$ ) для роста, коэффициент регрессии (R у/х) для массы, окружность грудной клетки и их частные сигмы или сигмы регрессии ( $\pm \sigma r$ ). Иными словами, используя данную таблицу, мы можем отметить пропорциональность физического развития ребенка (гармоничное или дисгармоничное физическое развитие).

Для упрощения практического использования таблиц, нами заранее были определены границы нормальных и ухудшенных вариантов массы и окружности грудной клетки при разном росте у детей каждой возрастно-половой группы. Это полностью освобождает врача от дополнительных арифметических вычислений и позволяет быстро установить наличие отклонений в показателях физического развития отдельно каждого ребенка.

Из группы наблюдения были исключены все случаи «неоднородности» по состоянию здоровья, т.е. дети, имеющие хронические заболевания, протекающие с интоксикацией, серьезными нарушениями в деятельности органов и систем организма, эндокринными заболеваниями, недоношенные, двойни, что отвечает необходимым требованиям для разработки региональных стандартов физического развития детей.

Оценка физического развития 1566 детей раннего и дошкольного возрастов проводилась по разработанным региональным нормативам и международным стандартам.

*Исследование КЖ* детей раннего и дошкольного возрастов проведено у 603 детей. Инструментами исследования были выбраны 2 международных опросника.

Опросник QUALIN предназначен для оценки КЖ здоровых и больных детей, состоящий из двух блоков: возраст от 3 месяцев до 1 года, содержащий 33 вопроса и от 1 до 3 лет — 34 вопроса, включающий вопросы как для родителей, так и отдельно для педиатров, которые вели наблюдение за детьми. При помощи данного опросника было исследовано КЖ жизни среди 141 детей от 3 месяцев до 1 года и 108 детей в возрасте от 1 до 3 лет.

Каждый вопрос имеет по шесть вариантов ответа, что позволяет в дальнейшем произвести перекодировку ответов, для дальнейшего подсчета баллов по шести-бальной системе — от 0 до 5 баллов, соответственно чем выше балл, тем лучше качество жизни ребенка

При помощи опросника PedsQL 4.0 исследование качества жизни проводилось среди 97 детей от 2 до 4 лет и 257 детей в возрасте от 5 до 7 лет.

Опросник заполнялся самостоятельно одним из законных представителей и самим ребёнком (5-7 лет). Обязательное условие - раздельное заполнение во избежание влияния на ответы друг друга.

Данный инструмент включает 23 вопроса. Применение Опросник PedsQL 4.0 для оценки КЖ производится по 4 шкалам: физическое функционирование ( $\Phi\Phi$  – основан на 8 вопросах), эмоциональное функционирование ( $\Phi\Phi$  – на 5 вопросах), социальное функционирование ( $\Phi\Phi$  – на 5 вопросах), жизнь ребенка в школе/детском саду или школьное функционирование ( $\Phi\Phi$  – с учетом возраста содержит 3 или 5 вопросов в зависимости от возраста ребенка).

Процесс шкалирования производился по специальной программе, где суммарное число баллов составляло 100-баллов: результат считался позитивным при условии набора максимального числа баллов.

Критериями исключения родителей из исследования, являлись наличие психических заболеваний и недостаточное знание русского языка, что могло стать причиной неадекватных ответов. Также исключались дети с выраженными психическими расстройствами и низкими интеллектуальными способностями. Обязательным аспектом проведения исследования явилось то, что перед началом заполнения опросника, согласно международным требованиям, респонденты подписывали информированное согласие.

Методами анкетирования и интервьюирования было проведено исследование по изучению удовлетворённости законных представителей детей качеством оказываемой педиатрической помощи в городских центрах здоровья, а также степень удовлетворённости самого медицинского персонала своей работой, и экспертная оценка качества работы медицинских работников этих центров.

В соответствии с поставленными задачами, было проанализировано 266 анкет, которые были специально разработаны для каждой исследуемой группы: законных представителей детей (88), медицинского персонала (72) и для проведения экспертной оценки качества оказываемой помощи детям (106). Анкета для законных представителей детей состояла из вводной и основной частей, которые отражали вопросы самооценки здоровья, медицинской активности, доступности медицинской помощи, удовлетворённости уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи детям.

Для опроса медицинских работников также была разработана «Анонимная анкета медицинского персонала», которая содержала вопросы, ориентированные на уровень квалификации работника, его материальную обеспеченность, оценки качества медицинской помощи, оказываемой учреждением, микроклимат в коллективе и т.д.

«Карта экспертной оценки качества оказания медицинской помощи детям» была разработана для более глубокого изучения качества оказываемой медицинской помощи детям на уровне первичного звена здравоохранения. В данном документе были освещены практически все направления деятельности медицинских работников — профилактическая, лечебно-диагностическая, диспансеризация.

Сбор информации производился путём выкопировки данных из медицинской карты пациента (ф. №112/у), карты диспансерного наблюдения (ф. №30/у), карты профилактических прививок (ф. №63/у). Экспертная оценка полученной информации осуществлялась путём сопоставления данных с утвер-

ждёнными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению больных на уровне амбулаторно-поликлинической помощи: приказ МЗиСЗН РТ от 19 июня 2020 г. № 456 «Об утверждении и введении в практику клинических рекомендаций по диагностике и оказанию помощи больным на уровне первичной медико-санитарной службы».

С целью выявления уровня знаний в области педиатрии, было проведено тестирование 325 врачей общей практики в 14 городских центрах здоровья г. Душанбе.

Для этого были разработаны специальные тестовые вопросы, которые охватывали все направления деятельности первичной медико-санитарной службы, т.е. лечебное, диагностическое, профилактическое и реабилитационное. Традиционно оценки выставлялись по пятибалльной системе.

Завершающий этап исследования заключался в научном обосновании необходимости внедрения современных медицинских технологий и высокой эффективности ряда лечебно-оздоровительных и медико-организационных мероприятий на уровне первичного звена здравоохранения. В частности, применения показателя качества жизни как критерия комплексной оценки состояния здоровья ребенка и оценки эффективности применения профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий, которое было показано на примере часто и длительно болеющих детей.

Статистический анализ полученных данных проводили на ПК с помощью прикладных статистических программ «Statistica 10» (StatSoft Inc., США) и «IBM SPSS Statistics 21» (IBM Corp., США). Абсолютные величины были представлены в виде средних значений и их стандартного отклонения (М $\pm$ 8 или М $\pm$ 8D). Некоторые абсолютные параметры были представлены в виде медианы с нижним и верхним квартилями (Ме [25q; 75q]). Относительные величина были представлены в виде долей (%). Сравнение абсолютных независимых величин проводили по критерию Манна-Уитни, а относительные величины — по критерию  $\chi^2$  ( $\chi^2$  с поправкой Йетса и по ф-критерию Фишера в зависимости от количества наблюдений в ячейках четырёхпольных таблиц). Корреляционный анализ проводили по критерию Пирсона. Наряду с этим высчитывались отношение шансов с 95% доверительным интервалом (OR 95% CI). Все полученные результаты по анализам были статистически значимыми при р <0,05.

# Результаты собственных исследований

Результаты общей диспансеризации детей от 0 до 18 лет г. Душанбе подтвердили тенденции в состоянии здоровья детей, сформировавшиеся за прошедший десятилетний период: снижение доли здоровых детей (с 45,5% до 29,2%), с одновременным увеличением удельного веса детей, имеющих хроническую патологию и инвалидность (5,3%).

Установлено, что наибольшее количество здоровых детей отмечалось на первом году жизни (42,61%), более половины детей данной возрастной категории относились к II группе (51,32%) и 6,07% к III-V группам здоровья.

К 3 годам сохранялась негативная тенденция уменьшения числа детей с I группой здоровья (29,24%), в то же время, происходило увеличение числа детей, имеющих морфофункциональные отклонения (65,18%), при этом неизменным оставалось число детей, страдающих хронической патологией (5,58%).

К подростковому периоду почти каждый третий ребенок считался здоровым (30,33%), тогда как количество детей, имеющих хроническую патологию различной степени компенсации, неуклонно нарастало (15,13%).

Выявлено, что количество здоровых детей с возрастом неуклонно снижалось к подростковому периоду, по сравнению с ранним возрастом, на 12,3%. При этом количество детей с хронической патологией увеличилось в 2,5 раза.

Установлена структура болезней детей от 0 до 18 лет, лидирующее место в которой занимала патология органов дыхания (48,8%). Наиболее высокий уровень впервые выявленной патологии отмечен по следующим классам болезней: болезни крови и кроветворных органов - 32%, болезни эндокринной системы - 31%, в основном за счет болезней щитовидной железы (34%) и ожирения (25%), болезни костно-мышечной системы - 26,5%, болезни органов пищеварения - 24,7%.

С целью выявления комплекса биологических и медико-социальных факторов риска, влияющих на становление здоровья детей, нами проведен углубленный анализ анамнеза жизни, состояния здоровья и социального благополучия 724 детей на момент проведенного исследования: дети раннего возраста составили 315 (43,5%) и 409 (56,5%) были дети дошкольного возраста, из них мальчиков было 58% и 42% девочек.

Анализ медико-социальной характеристики исследуемой выборки показал, что большинство детей были из полных (93,7%), немногодетных семей (86,1%), от матерей нормального репродуктивного возраста (20-34 лет, 62,4%), имевших в более половине случаев высшее или средне-специальное образование (53,9%).

Наиболее негативными факторами риска в семьях, где воспитывались дети раннего и дошкольного возраста, были неудовлетворительные материально-бытовые условия — 30,5% (проживание в съемной квартире или с родственниками, экономическое благосостояние семьи ниже прожиточного минимума) и неблагоприятный психологический микроклимат в семье — 20,9% (конфликты, рукоприкладство).

Выявлена достаточно высокая профилактическая активность родителей в проведении профилактических прививок (73%). Выросла частота своевременного обращения родителей за медицинской помощью в случаях заболеваемости их детей, хотя процент «самолечения» или позднего обращения остается достаточно высоким (10%).

Большинство обследуемых детей получали до года грудное молоко – 56%, каждый четвертый ребенок оставался на смешанном (24,8%) и каждый пятый - на искусственном вскармливании (19,2%), попадая при этом в группу риска по развитию кишечной инфекции, в основном в жаркое время года.

В рекомендуемые сроки (6 мес.) первый прикорм был введен детям в 57,4% случаев, до 6 месяцев — 24,3%, после семи месяцев — 18,3%. Разнообра-

зие вводимого прикорма соответствовало рекомендуемому всего лишь в четверти случаев (24,3%).

В рационе питания обследованных детей отмечалось недостаточное потребление мяса и мясопродуктов, рыбы, молочных продуктов и сливочного масла, различных круп, что непосредственно влияло на процессы роста и их развития в целом.

Установлена прямая взаимосвязь показателей физического развития (по весу -r=0.38, p<0.05, по росту -r=0.34, p<0.05) от типа и характера вскармливания как в раннем, так и в дошкольном периоде детства.

В результате анкетирования было выявлено, что в более половине семей недостаточно внимания уделялось спортивным мероприятиям, дополнительным занятиям, несущим развивающий характер. Избыточное увлечение детей компьютерными играми и чрезмерным просмотром телевизора сказывалось на состоянии их здоровья (нервозность, психозы, нарушение зрения).

Анализ течения анте-, интра- и перинатального периодов обследованных детей выявил, что три четверти матерей имели различную экстрагенитальную патологию (74,8%), более трети - высокий инфекционный индекс (40,3%) и всего 25,2% женщин были здоровыми.

Период внутриутробного развития детей был осложнен более чем в половине случаев анемией различной степени тяжести (62,4%), у каждой третей матери угрозой прерывания беременности (41%), заболеваниями почек, мочевого пузыря (32,4%) и гестозами почти у каждой пятой (22,4%).

Интранатальный период был осложнен более чем в трети случаев патологическим течением (38,2%).

Период новорожденности протекал почти в половине случаев на фоне патологии центральной нервной системы (47,7%), каждый четвертый ребенок был с внутриутробной инфекцией (28,7%) и задержкой внутриутробного развития (24,8%).

Проведенное исследование показало, что половина обследованных детей раннего и дошкольного возрастов имеют нормальные показатели физического развития (50,6%), треть – низкое (13,1%) и ниже среднего (21,4%). Антропометрические показатели, соответствующие данным выше нормы, имели 14,5% обследованных детей.

Результаты нервно-психического развития детей раннего возраста показали, что доля детей, имевших соответствующее возрасту развитие составляло 78,9% случаев. Группа безусловного риска состояла из 15,8% детей, а задержка психомоторного развития наблюдалась в 5,3% случаях. К дошкольному возрасту нервно-психическое развитие, соответствующее первой группе развития, составляло 87,6% случаев, а отставание на один-два эпикризных срока отмечалось у 12,4% детей.

Ведущее место в структуре заболеваемости детей раннего возраста занимала патология органов дыхания (36,3%), далее болезни органов пищеварения (29,4%), крови и кроветворных органов (23,8%), патология кожи и подкожной клетчатки (21,8%), расстройства питания (16,5%), отдельные состояния перинатального периода (12,7%).

В дошкольном периоде доминирующей патологией считались заболевания органов пищеварения (47,8%), далее патология органов дыхания (38%), костно-мышечной системы (29,7%), одинаково часто встречалась патология глаза и зрения (25,4%), эндокринной системы, расстройства питания (25,4%), заболевания мочеполовой системы (24%).

Часто и длительно болеющие дети в раннем возрасте выявлены в каждом третьем, а в дошкольном периоде — почти в половине случаев. Степень резистентности организма к острым респираторным заболеваниям зависела от возраста ребенка — чем старше становился ребенок, чем более чаще подвержен острым респираторным заболеваниям в связи с ранней социализацией детей, в частности, ранним определением детей в детские дошкольные учреждения.

По результатам углубленного осмотра все обследованные дети раннего и дошкольного возраста были распределены с учетом группы здоровья (рисунок 1).

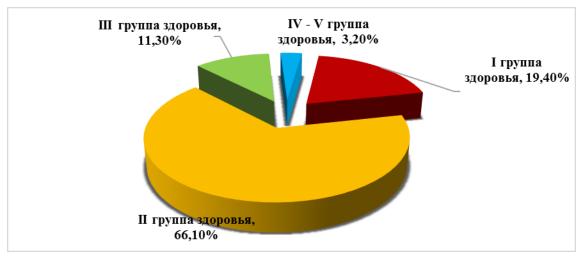


Рисунок 1. – Распределение обследованных детей по группам здоровья

Установлено, что среди обследованных только 19,4% детей были здоровыми.

Многочисленной являлась II группа здоровья (66,1%), где у детей имело место наличие определенных признаков морфофункциональных отклонений в состоянии здоровья, связанных с нарушением питания, наличием физических отклонений при условии сохранности соответствующих функций органов, сюда же были включены дети часто и/или длительно болеющие острыми респираторными заболеваниями.

У 11,3% детей (III группа здоровья) имело место хронические заболевания в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями, а в стадии субкомпенсации (IV группа) – 3,2% случаев.

Проведенный анализ профилактических осмотров выявил ухудшение здоровья от года к году с большой частотой формирования морфофункциональных отклонений.

На первом году жизни здоровым считался каждый четвертый ребенок (26,3%), с 1 до 3 лет — каждый пятый (19,5%), в 3-6 лет — 15,5%.

Количество детей, составляющие группу риска по формированию различной хронической патологии (II группа здоровья), в исследуемых группах статистически значимых различий не имела (рисунок 2).



Рисунок 2. – Распределение обследованных детей по группам здоровья в зависимости от возраста (%)

Почти в 2 раза увеличивается количество детей с III группой и в 1,5 раза детей с IV группой здоровья.

Следующим этапом исследования было изучение качества жизни данной когорты детей.

Исследование качества жизни было проведено с помощью международного опросника QUALIN у 141 ребёнка первого года жизни и 108 детей с года до 2 лет.

У 354 детей дошкольного возраста оценка качества жизни проводилась с использованием адаптированной русской версии международного опросника по изучению качества жизни в педиатрии Pediatric Quality of Life Inventory - PedsQL<sup>TM</sup> 4.0 (Varni J.W., Seid M., Kurtin P.S., 2001).

Установлено, что наиболее высокие значения из всех аспектов КЖ детей до года и 1-2 лет имели «Поведение и общение» и «Семейное окружение» (таблица 1 и 2).

Таблица 1. - Параметры КЖ детей 3 мес. – 1 года

Аспект КЖ	Родители (Me [25q; 75q])	Педиатры (Ме [25q;	p
	1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1	75q])	
Поведение и общение (ПиО)	4,1 [3,8; 4,7]	3,4 [3,1; 4,0]	=0,000 ( <b>&lt;0,001</b> ; Z =5,5)
Способность оставаться од-	3,2 [2,6; 3,8]	2,6 [2,4; 2,8]	=0,000 ( <b>&lt;0,001</b> ; Z =5,0)
ному (СОО)			
Семейное окружение (СО)	4,0 [3,5; 4,5]	3,5 [3,0; 3,8]	=0,000 ( <b>&lt;0,001</b> ; Z =4,8)
Нервно-психическое разви-	3,7 [3,2; 4,2]	3,1 [2,7;3,7]	=0,000 ( <b>&lt;0,001</b> ; Z =4,2)
тие и физическое здоровье			
(НПРиФЗ)			
Общий балл (ОБ)	3,7 [3,5; 4,3]	3,1 [2,8; 3,6]	=0,000 ( <b>&lt;0,001</b> ; Z =5,5)

**Примечание**: р – статистическая значимость различий показателей между данными родителей и педиатров (по U-критерию Манна-Уитни)

Таблица 2. - Параметры КЖ детей 1 года – 2 лет

Аспект КЖ	Родители (Me [25q; 75q])	Педиатры (Ме [25q;	р
		<b>75q</b> ])	
Поведение и общение (ПиО)	4,2 [3,7; 4,6]	3,2 [2,8; 3,4]	=0,000 (<0,001; Z =4,5)
Способность оставаться	3,6 [3,2; 4,0]	3,1 [2,9; 3,8]	=0,000 ( <b>&lt;0,001</b> ; Z =6,0)
одному (СОО)			
Семейное окружение (СО)	4,4 [3,5; 4,5]	3,5 [3,0; 4,0]	=0,000 ( <b>&lt;0,001</b> ; Z =4,3)
Нервно-психическое разви-	3,5 [3,0; 4,0]	3,0 [2,6; 3,5]	=0,000 ( <b>&lt;0,001</b> ; Z =3,4)
тие и физическое здоровье			
(НПРиФЗ)			
Общий балл (ОБ)	3,8 [3,5; 4,3]	3,1 [2,8; 3,6]	=0,000 ( <b>&lt;0,001</b> ; Z =5,2)

**Примечание**: р – статистическая значимость различий показателей между данными родителей и педиатров (по U-критерию Манна-Уитни)

Тогда как, аспекты «Способность оставаться одному» и «Нервнопсихическое развитие и физическое здоровье» отличались более низким уровнем. Полученные результаты можно интерпретировать возрастными особенностями детей данного возраста.

Выявлено, что значимыми факторами, влияющими на КЖ детей раннего возраста, являются уровень их физического и нервно-психического развития. Так, было установлено, что показатели физического развития, соответствующие ниже средним и низким величинам, снижают КЖ ребенка практически по всем его аспектам (p<0,05).

Изучение возможного влияния состояния здоровья детей раннего возраста на качество их жизни показало, что здоровые дети имели все параметры КЖ достоверно выше по сравнению с детьми, имеющие отклонения в состоянии здоровья (p<0,001). Степень снижения КЖ у детей с отклонениями в состоянии здоровья была более выраженной по результатам опроса педиатров, чем по ответам родителей, что согласовывалось с некоторыми литературными данными [Байтурина А.Т., 2008; Винярская И.В., 2008; Гиздатулина К.Х., 2013].

На КЖ детей раннего возраста также значимое влияние оказывают такие социальные факторы, как образование матери, количество детей, психологический климат в семье и питание (p<0,001).

Исследование КЖ детей в более старшем возрасте выявило некоторые особенности. Так, по мнению родителей, в результате анкетирования было установлено, что в возрасте 3-4 лет достоверно выше оценивалось ролевое функционирование, а в 5-7 лет — эмоциональное (таблица 3).

Гендерные различия КЖ детей дошкольного возраста имели свои особенности: достоверные различия были установлены при оценке эмоционального функционирования детей 3-4 лет, где средний балл был выше у мальчиков (p<0,05).

По мнению родителей детей, 5-7 лет, гендерных особенностей КЖ не выявлено, тогда как, по мнению самих детей, различия были установлены по шкале «социальное функционирование», где данный показатель был значительно выше у девочек (p<0,01).

Таблица 3. - Параметры КЖ детей дошкольного возраста, Ме [25q; 75q]

1 dolling of 11 dolling 1 by 1 k/k geren gomeon bush of bospacia, 11 e [204, 704]						
Поморожения	По ответам ро-	По ответам роди-	По ответам детей			
Показатель	дителей детей	телей детей 5-7	5-7 лет			
	3-4 лет	лет				
Физическое функцио-	81,0	78,0	81,0			
нирование (ФФ)	[62,0; 89,0]	[66,5;91,5]	[68,0; 87,0]			
Эмоциональное функ-	65,0*	70,0 *	80,0 **			
ционирование (ЭФ)	[50,0; 80,0]	[57,0; 90,0]	[60,0;90,0]			
Социальное функцио-	80,0	80,0	80,0			
нирование (СФ)	[65,0; 90,0]	[60,0; 100,0]	[65,0; 100,0]			
Функционирование в	66,0*	58,2 *	60,0 **			
детском саду (ФДС)	[50,0; 83,0]	[35,0; 75,0]	[50,0; 80,0]			
Психосоциальное здо-	69,2	70,0	73,3			
ровье (ПСЗ)	[59,0; 80,8]	[56,7; 80,0]	[63,3;86,7]			
Общий балл (ОБ)	72,6	71,7	73,9			
	[65,3; 83,3]	[60,9; 82,6]	[65,2;85,2]			

**Примечание:** \*- статистическая значимость различий показателей между группами родителей детей 3-4 и 5-7 лет, \*\*- родители и дети 5-7 лет (по U-критерию Манна-Уитни)

Родители детей дошкольного возраста склонны оценивать КЖ своих детей несколько ниже, нежели сами дети. Полученные результаты подтверждают мнение о недостаточной осведомленности родителей об особенностях функционирования детей в детских дошкольных коллективах [Валиулина С.А., 2004; Байтурина А.Т., 2008; Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Винярская И.В., 2008].

У детей младшего дошкольного возраста установлено значимое влияние состояния здоровья на их КЖ. Так, КЖ детей II группы здоровья было достоверно ниже показателей КЖ I группы по шкалам, описывающие социальную составляющую здоровья (СФ, ФДС, ПСЗ), а в сравнении с КЖ детей III группы здоровья — значительно выше по шкале, характеризующую физическое развитие ребенка (ФФ).

Результаты исследования показали, что отклонения в состоянии здоровья и уровень физического развития детей 5-7 лет значимого влияния на их КЖ не оказывали. Тогда как отставание в НПР способствовало снижению КЖ детей дошкольного возраста (p<0,05).

Установлено, что из изученных комплекса факторов риска негативное влияние на КЖ детей первого года жизни оказывали преимущественно медико-биологические факторы риска: состояние здоровья, уровень физического и нервно-психического развития.

В более старшем возрасте (у детей 1-2 лет), наряду с медико-биологическими факторами, значимое влияние приобретают социальные факторы риска: психологический климат в семье, образование матери, служебное положение, количество детей в семье, наличие вредных привычек (таблицы 4 и 5).

Таблица 4. - Корреляционные связи аспектов КЖ с факторами риска

детей первого года жизни

Фактор риска	ПиО	COO	CO	НПР и ФЗ
Масса ребенка	r = 0.33*	r = 0.27*	-	r = 0.61***
Длина тела	r = 0,48**	r = 0.33*	-	r = 0.37*
НПР ребенка	-	-	-	r = 0.43*
Интергравидарный интер-	r = 0.39*	-	-	r = 0.38*
вал				
Группа здоровья	r = 0,41*	r = -0.39*	r = -0.48**	r = 0.56**
Позднее ведение прикорма	-	r = -0.32*	-	-
Взаимоотношение в семье	-	r = 0,29*	-	-
Образование матери	-	-	r = -0.38*	r = -0.34*
Количество детей в семье	-	-	r = 0,41*	

Примечание: корреляционные связи между показателями по Пирсону

**Таблица 5. - Корреляционные связи аспектов КЖ с факторами риска** детей 1-2 лет

Фактор риска	ПиО	COO	CO	НПР и ФЗ
Масса ребенка	-	-	r = 0.52*	r = 0.57**
Длина тела	-	-	-	-
НПР ребенка	-	r = 0.31*	-	r = 0,43*
Группа здоровья	r = 0,42*	r = -0.48*	-	r = 0.61***
Взаимоотношение в семье	-	ı	r = -0.29*	-
Образование матери	r = -0.28*	-	-	-
Количество детей в семье (более 4)	-	r = 0,44*	r = -0.28*	-
Служебное положение родителей	r = -0.31*	-	r = -0.46*	r = -0.39*
Вредные привычки родителей	r = 0,44*	-	r = 0.29*	_

Примечание: корреляционные связи между показателями по Пирсону

В дошкольном возрасте доказано влияние различных социально-психологических (состав семьи, взаимоотношение в семье, образование родителей, наличие вредных привычек у одного из родителей) и материально-экономических (жилищные условия, низкий уровень дохода в семье) факторов риска на КЖ этих детей (таблица 6 и 7).

Таблица 6. - Корреляционные связи аспектов КЖ с факторами риска

детей 5-7 лет (по ответам родителей)

Фактор риска	ФФ	ЭФ	СФ	ФДС	ПС3	ОБ
Избыток массы тела	r=0,28*	r=0,23*	-	-	-	r=0,24*
Дефицит массы тела	-	r=0,22*	-	-	-	-
Группа здоровья	r=-0,57*	r=-0,37*	r=-0,45*	r=-0,33*	r=-0,48*	r=-0,55*
Образование матери	-	-	r=-0,34*	r=-0,33*	r=-0,34*	-

Примечание: корреляционные связи между показателями по Пирсону

<sup>\* - &</sup>lt;0,05, \*\* - <0,01, \*\*\* - <0,001

<sup>\* - &</sup>lt;0.05, \*\* - <0.01, \*\*\*- <0.001

<sup>\* - &</sup>lt;0,05, \*\* - <0,01, \*\*\* - <0,001

Таблица 7. - Корреляционные связи аспектов КЖ с факторами риска детей 5-7 лет (по ответам детей)

Факторы риска	ФФ	ЭФ	СФ	ФДС	ПС3	ОБ
Избыток массы тела	-	-	-	-	-	r=0,29*
Образование матери	-	-	r=0,37*	-	r=0,47*	r=0,36*
Вредные привычки	-	r=0,47*	r=-0,31*	-	-	-
Взаимоотношение в	-	-	-	r=0,29*	r=0,47*	r=-0,21*
семье						
Материальное поло-	-	-	-	-	-	r=-0,33*
жение						

Примечание: корреляционные связи между показателями по Пирсону

Вышеизложенные данные о значимом влиянии различных медико-биологических и социально-психологических факторов на КЖ детей раннего и дошкольного возраста подтверждают аналогичные результаты многих исследователей [Винярская И.В., 2008; Мурзина Ю.М., 2011; Гиздатулина К.Х., 2013].

Очень важным этапом исследования являлось изучение физического развития детей раннего и дошкольного возраста.

Основой для разработки региональных стандартов послужили материалы наблюдения 7319 детей в возрасте от 0 до 6 лет таджикской национальности, из них 3908 мальчиков и 3411 девочек, коренных жителей г. Душанбе.

На основании разработанных региональных стандартов и составления оценочных таблиц следующим этапом работы явилась индивидуальная оценка физического развития исследуемой группы детей.

Контингент детей формировался методом случайной выборки по данным обращаемости и целевого медицинского осмотра.

В общем была произведена оценка физического развития 1566 детей, в том числе 836 детей раннего возраста (460 — мальчиков и 376 — девочек) и 730 детей дошкольного возраста (410 — мальчиков и 320 — девочек).

На основании проведенных исследований установлено, что темпы роста и развития детей раннего и дошкольного возрастов г. Душанбе на современном этапе согласуются с основными биологическими закономерностями развития.

Анализ физического развития детей в динамике наблюдений выявил, что основные антропометрические показатели современных мальчиков были статистически значимы в сравнении с таковыми показателями своих сверстниц в течение первых пяти лет жизни.

Сопоставимость данных показателей к шести годам среди обследованных мальчиков и девочек свидетельствует о тенденции к гендерному выравниванию антропометрических характеристик в популяции дошкольников г. Душанбе (таблица 8).

Полученные нами данные совпадают с общими закономерностями, свойственными для этого периода онтогенеза, характеризующийся первым периодом «вытягивания» (4 — 7 лет) [Рапопорт Ж.Ж., 1970; Пряхин Е.И., 2004; Кир илова И.А., 2017]. А также, наши результаты соответствовали данным незави-

<sup>\* - &</sup>lt;0,05, \*\* - <0,01, \*\*\* - <0,001

симых исследований, в которых установлено, что в дошкольном возрасте половые различия незначительны, либо не проявляются вовсе [Изаак С.И., Панасюк Т.В., 2005; Рахимов М.И., 2011; Кирилова И.А., 2017].

Таблица 8. - Антропометрические показатели детей раннего и дошкольно-

го возраста  $(M \pm \sigma)$ 

Возраст	Пол	Длина тела (см)	Масса тела (кг)	ОГК (см)	ОГ (см)
1 год	M	76,3±3,1	9,7±1,2	47,1±2,5	46,0±1,5
	Д	74,7±3,1	9,1±0,9	46,1±2,6	45,1±1,3
	р	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
2 года	M	85,4±3,6	12,1±1,2	49,9±2,5	48,0±1,5
	Д	84,3±3,6	11,6±1,2	48,8±2,3	46,9±1,4
	р	<0,05	<0,001	<0,001	<0,001
3 года	M	95,8±5,0	14,0±1,7	51,8±2,7	49,2±1,6
	Д	93,8±4,3	13,1±1,3	$50,5\pm2,1$	$48,2\pm1,2$
	p	<0,01	<0,001	<0,001	<0,001
4 года	M	102,4±4,8	15,6±1,6	53,1±2,5	49,8±1,5
	Д	100,3±4,5	14,5±1,6	$51,4\pm2,4$	$48,6\pm1,7$
	р	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
5 лет	M	107,0±5,3	17,1±1,9	53,9±2,3	49,9±1,7
	Д	105,2±5,7	16,1±1,9	52,1±2,4	49,5±2,0
	p	<0,01	<0,001	<0,001	>0,05
6 лет	M	111,2±6,3	18,4±2,8	55,0±2,9	50,2±1,6
	Д	112,8±5,6	18,6±2,3	$54,6\pm2,8$	49,8±1,6
	p	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

**Примечание:** р – статистическая значимость различия показателей между группами мальчиков и девочек (U-критерий Манна-Уитни)

Исследованные нами дошкольники относились к периоду первого детства, когда размеры тела увеличиваются относительно равномерно. Этот период принято считать «нейтральным», так как мальчики и девочки практически не отличаются по размерам и форме тела.

Результаты корреляционного анализа позволили установить значимые связи между основными показателями ФР на протяжении всего периода исследования.

Корреляционный анализ выявил достаточно тесную связь между антропометрическими показателями и характером вскармливания ребенка.

Установлена степень взаимосвязи массы тела с грудным вскармливанием  $(r=0,44,\,p<0,01).$ 

Характер питание, т.е. полноценный, сбалансированный, регулярный прием пищи также оказывает влияние на антропометрические показатели детей раннего и дошкольного возраста (Рисунок 3).

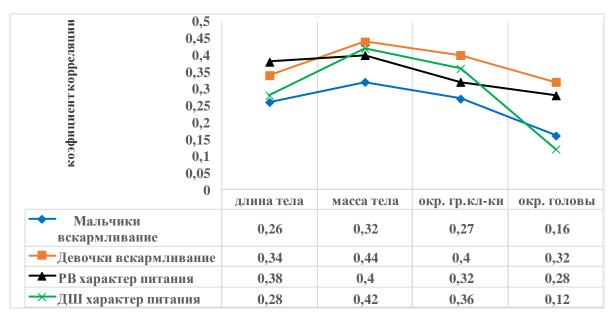


Рисунок 3. - Взаимосвязь показателей физического развития с питанием (РВ – ранний возраст, ДШ – дошкольный возраст)

Оценка уровня физического развития детей раннего и дошкольного возраста, проводимая на основании региональных и международных стандартов, показала качественное и количественное изменение физического развития.

Установлено, что более половины детей раннего возраста имели нормальные показатели  $\Phi P$  и отклонения от данных величин отмечалось в сторону увеличения (рисунок 4).



Рисунок 4. - Оценка физического развития детей раннего возраста

К дошкольному возрасту данная тенденция имела противоположенную тенденцию, т.е. отклонения были преимущественно в сторону уменьшения по-казателей физического развития. Так, в 1,5 раза увеличилось количество детей с ниже средним и в 6 раз количество детей, имеющих низкое физическое развитие (рисунок 5).

Эти отклонения были более выражены при оценке физического развития детей по местным региональным нормативам. Соответственно, есть все осно-

вания полагать, что для более точной оценки физического развития детей региональные нормативы более чувствительны к выявлению отклонений в физическом развитии, в сравнении с международными.



Рисунок 5. - Оценка физического развития детей дошкольного возраста

Анализ гармоничности ФР детей г. Душанбе показал, что 60,7% из них имели гармоничное физическое развитие. Тогда как дисгармоничное физическое развитие, обусловленное дефицитом массы тела, встречалось больше среди девочек. У мальчиков немного чаще встречалось дисгармоничное физическое развитие за счет избытка массы тела.

Были установлены наиболее значимые факторы, которые оказывают воздействие на формирование ФР детей в раннем и дошкольном возрастах:

- медико-биологические факторы (факторы беременности, родов и соматической патологии матери, наличие заболеваемости самого ребенка);
- медико-социальные факторы (неблагоприятный микроклимат в семье, распространенность вредных привычек, образование и служебное положение матери, неполноценное, несбалансированное, нерациональное и однообразное питание ребенка).

Установлена корреляционная прямая зависимость массы (r = 0.31; p < 0.05) и длины тела (r = 0.39; p < 0.05) ребенка от возраста матери, т.е. у женщин, родивших детей в более старшем возрасте (более 40 лет), имеется вероятность развития избытка массы тела ребенка в дошкольном возрасте.

А у детей, имеющих дефицит массы тела в дошкольном возрасте, отмечается средняя прямая корреляция между массой тела ребенка и длиной тела матери  $(r=0,45;\ p<0,05)$ , а также слабая прямая корреляция между массой тела ребенка и массой тела матери  $(r=0,25;\ p<0,05)$ .

Проведен сравнительный ретроспективный анализ антропометрических показателей современных детей раннего и дошкольного возрастов г. Душанбе с показателями их сверстников 2001 года.

Результаты двух этапов лонгитудинальных исследований позволили установить, что для современных детей характерно превалирование высокой массы тела при отсутствии пропорциональных изменений длины тела и

окружности грудной клетки, что в свою очередь указывает на дисбаланс в процессах роста и физического развития современных детей, т.е. отмечается тенденция к низкорослости.

Сравнительный анализ антропометрических показателей практически здоровых детей в 2001 и 2018 гг. демонстрирует изменение морфометрических характеристик в данной популяции, что требует необходимости обновления региональных нормативов через каждые 5-10 лет.

Следующим этапом исследования было изучение удовлетворённости законных представителей детей качеством оказываемой педиатрической помощи в городских центрах здоровья. Также анализу подвергались изучение удовлетворенности самого медицинского персонала своей работой и экспертная оценка деятельности медицинских работников этих центров по трем направлениям: профилактическое, лечебно-диагностическое и диспансерное.

Было проанализировано 266 анкет, которые были специально разработаны для каждой исследуемой группы: законных представителей детей (88), медицинского персонала (72) и для проведения экспертной оценки качества, оказываемой помощи детям (106).

Анкета для законных представителей детей состояла из вводной и основной частей, которые отражали вопросы самооценки здоровья, медицинской активности, доступности медицинской помощи, удовлетворённости уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи детям.

В процессе опроса медицинских работников также была использована разработанная «Анонимная анкета медицинского персонала», которая включала вопросы, отражающие уровень квалификации работника, материальную обеспеченность, оценку качества медицинской помощи, оказываемой учреждением, микроклимат в коллективе и др.

«Карта экспертной оценки качества оказания медицинской помощи детям» была разработана для более глубокого изучения качества оказываемой помощи детям на уровне первичного звена здравоохранения.

В данном документе были освещены практически все направления деятельности медицинских работников — профилактическая, лечебнодиагностическая, диспансеризация. Сбор информации производился путём выкопировки данных из медицинской карты пациента (ф. № 112/у), карты диспансерного наблюдения (ф. № 30/у), карты профилактических прививок (ф. № 63/у).

Результаты исследования показали достаточно высокую медицинскую активность родителей (92%). Преимущественной причиной обращений были заболевание ребенка (53,3%) и вакцинация (31,8%), самолечением занимается каждая десятая семья (10,4%).

Половина респондентов была удовлетворена качеством медицинской помощи, оказываемой в их городском центре здоровья (47%) (рисунок 6).

Причинами неудовлетворенности являлись: низкий уровень технического оснащения центров здоровья (23,2%), долгое ожидание приёма врача (20,5%), затруднение в получении консультаций врачей узкого профиля из-за отсутствия таковых в центре – иммунологи, аллергологи, психологи, нефрологи, га-

строэнтерологи (32,5%%), неудовлетворительное санитарное состояние кабинетов (16%).

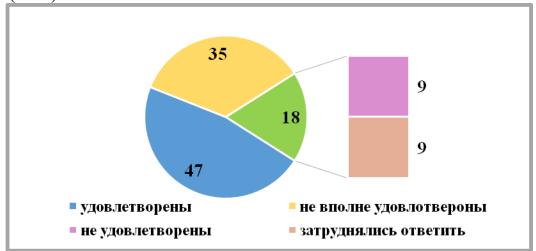


Рисунок 6. - Распределение респондентов в зависимости от удовлетворенности оказанием медицинской помощи детям городских центрах здоровья (%)

Для получения более квалифицированной помощи к услугам платной медицины обращалась почти половина респондентов (43,2%). Причинами обращения к услугам платной медицины были: получения медицинских услуг более высокого качества (68,2%), квалифицированный подход к диагностике и лечению (31,2%), внимательное отношение врачей (22,7%), отсутствие очереди на приём к педиатру (22,7%), хорошие санитарные условия (20,5%), низкий уровень оснащения их центра здоровья (10,6%), недоверие к семейному врачу (10,6%).

Вполне довольны своим семейным врачом оказалась половина опрошенных (54,5%). Причинами неудовлетворенности своим участковым врачом были: торопливость при осмотре (36,4%), недостаточное внимание к ребенку (22,7%), поверхностный осмотр (12,3%), назначение дорогостоящих препаратов (18,2%), некомпетентность врача (11,4%).

Более половины респондентов оценивают работу своего семейного врача как специалиста средней квалификации (54,5%) и лишь 29,5% - высокой.

Средний медицинский персонал в более половине случаев (63,6%) был оценен, как «специалист средней квалификации» и всего в 18,2% - как «специалист высокой квалификации».

Результаты опроса показали высокую потребность в педиатрах (86,4%).

Из всех направлений деятельности лечебно-профилактических центров здоровья наивысшей оценки удостоились лечебные услуги  $(3,9\pm0,07)$ , наименьшей — диагностическая  $(3,0\pm0,11)$ , а профилактическая деятельность занимала средние позиции  $(3,7\pm0,03)$ .

Факторами, улучшающими работу городских центров здоровья, по мнению респондентов, являются:

- 56,8% респондентов считают, что если здоровьем их ребенка будет заниматься только педиатр, качество помощи будет в разы эффективнее;

- совершенствование профессиональных знаний и умений сотрудников (54,5%);
- улучшение материально-технического оснащения центра (36,4%);
- современное оснащение рабочего места врача в соответствие с его квалификацией (31,8%);
- увеличение заработной платы участковым врачам (23,8%).

Таким образом, по мнению законных представителей детей, главенствующее место в повышении качества медицинской помощи занимает повышение профессионализма врачей.

Для выявления проблем и повышения качества оказания помощи детям на уровне первичного звена здравоохранения немаловажное значение имело отношение самих врачей и среднего медицинского персонала к оценке своей работы.

Большинство из опрошенных были семейными врачами (44,5%), треть респондентов были врачами-специалистами (36,1%) и почти каждый пятый – медицинской сестрой (19,4%).

Результаты анкетирования показали, что большинство медицинских работников считают свои знания вполне достаточными для исполнения профессиональных обязанностей. Особенно в своих знаниях был уверен средний медицинский персонал -94,2%, специалисты -86,4%, а участковые врачи (семейные врачи) обладали такой уверенностью в меньшей степени -68,7%.

Установлено, что более половины медработников оценивают психологический микроклимат в их коллективе как вполне благоприятный (73,8%). Результаты опроса выявили, что такие положительные характеристики, как взаимоуважение (40,7%), взаимопонимание и взаимопомощь (36,2%) звучали намного чаще, по сравнению с такими же, не менее важными, понятиями, как «идти на компромисс» (12,4%), терпимость и выдержка (10,7%).

Среди основных причин конфликтных отношений были перечислены: недоверительные отношения коллег (16,7%), недоброжелательность (13,8%), отсутствие взаимопонимания с руководством (7,6%). Многие респонденты указали на наличие конфликтных личностей в коллективе (30,8%), низкую квалификацию коллег, приводящих к ссорам и непониманию в работе (16,9%), грубость коллег (14,2%).

Выявлено, что 41,7% опрошенных удовлетворены своей работой. Половина респондентов (52,8%) использовали формулировку «больше нет, чем да» и 5,5% работников не были довольны своей работой вообще.

Необходимо ответить, что среди семейных врачей, по сравнению со специалистами, формулировка «больше нет, чем да» встречалась значительно чаще (47,4% и 26,3% соответственно, p<0,001). Наибольшее количество удовлетворительных ответов отмечалось среди медсестёр (53,5%).

Основными причины неудовлетворённости были: низкая оплата труда (75%), «высокая психологическая нагрузка» среди врачей -65,6%, а среди медицинских сестёр — «высокая физическая нагрузка» (43,4%), плохие жилищные условия и невозможность приобретения нового жилья (27,8%), отсутствие воз-

можности хорошего летнего отдыха (13,8%), повышенная требовательность и нервозность пациентов (11,3%).

Негативными факторами организационного характера, влияющих на качество работы медицинских работников, по их мнению, являются: чрезмерное заполнение медицинской документации (72,2%); недостаточный объем лабор аторно-инструментальных исследований, имеющихся в их медицинском учреждении (52,8%); недостаточная оснащенность рабочего места и отсутствие персонального компьютера (33,4%); не устраивают санитарные условия врачей общей практики в 24,3% случаях и 17,2% - врачей «узкой специальности»; недостаточное участие в научных конференциях и семинарах (16,7%); недостаточный уровень знаний (13,9%); поспешность в процессе деятельности из-за большой нагрузки (11,2%); давление со стороны проверяющих органов (8,3%).

Результаты опроса медицинского персонала показали, что улучшению качества первичной медико-санитарной помощи детскому населению может способствовать:

- ✓ постоянное совершенствование профессионального уровня знаний, в том числе, участие в конференциях и конгрессах различного уровня (83,3%);
- ✓ оснащение рабочего места в соответствии с квалификацией специалиста (врачи-специалисты -40%, семейные врачи-20,7%);
- ✓ дифференцированная оплата труда (37,1%).

Экспертная оценка работы участковых врачей показала, что практически в каждом четвёртом случае оформление карт было нечётким и небрежным (26,4%).

Сроки проведения *профилактических* осмотров соответствовали декретированным срокам в 39,6%. Каждая четвертая карта, подвергнутая экспертизе (26,5%), была оформлена недостаточно и в 7,5% случаях описание отсутствовало. В каждом третьем случае не были проведены в полном объеме обязательные лабораторные и инструментальные исследования (34%). Консультации специалистами были проведены не в полном объеме в более чем в четверти случаях (28,3%), а в 11,3% случаях выявлено отсутствие записей осмотров специалистами. В половине случаях (50,9%) не была проведена оценка НПР и в 64,2% - оценка физического развития ребенка.

В подавляющем большинстве (92,5%) в картах был отмечен охват профилактическими прививками. Несоответствие сроков и объема иммунизации Национальному календарю было указано в 26,4% случаях. Причинами, по которым происходило данное несоответствие, в основном, были частые респираторные заболевания, т.е. временные отводы, отсутствие проживания детей по указанному адресу, а также отказ от прививок законных представителей детей.

В подавляющем большинстве (94,3%) амбулаторных карт были указания на проведенные беседы с родителями о пользе грудного вскармливания, профилактике рахита и глистной инвазии. Однако мало указаний было на проведенную работу, касающуюся предоставления рекомендаций родителям по правильному введению прикормов и коррекции питания, массажу, гимнастике, закаливанию детей.

Дородовые патронажи в более половине случаев -58,5% - были проведены в соответствии с положенными сроками, тогда как в каждом четвертом случае (26,4%) патронаж осуществлялся несвоевременно.

Первичный патронаж новорожденных осуществлялся своевременно только лишь в 64,2% случаях. Дневники осмотров ребёнка в 39,6% случаях описание статуса осмотров детей было шаблонным, недостаточным, диагнозы выставлены в несоответствии с классификации МКБ.

Объем диагностических мероприятий, соответствующий плану обследования, был проведен лишь в каждом четвертом случае (24,7%). В 45,3% случаев имелись замечания по реализации запланированного объема обследований и лечения.

Группа здоровья, выставленная в соответствии с диагнозом, была определена в преобладающем большинстве — 86,8%. Однако полная комплексная оценка состояния здоровья детей проводилась лишь в половине случаев — 54,7%.

В 37,7% случаях определено несоответствие описанию этапных эпикризов требованиям.

Объем диагностических мероприятий не соответствовал декретированным срокам в каждой четвертой амбулаторной карте (24,5%), несмотря на наличие показаний, мероприятия проведены не были.

Интерпретация полученных результатов лабораторных методов исследований была полной и правильной менее чем в половине случаев (42,5%), в каждой десятой карте (11,3%) – отсутствовала.

Выявлено, что почти в каждом третьем случае (31,9%) отмечалось число несоответствий выставленного диагноза рубрификации МКБ-Х. В каждом пятом случае диагноз вообще не выставлялся (18,8%).

Соответствие терапии выставленному диагнозу было выявлено в более половине случаев (68,2%), однако в почти стольких же (64,2%) случаях не во всех картах была подробно описана дозировка и длительность приема лекарственных средств.

Осмотры и консультации узкими специалистами было проведены в полном объеме у 60,4% и в 26,4% детей – частично.

Экспертиза диспансерной работы участковых врачей выявила, что практически в 86,8% случаев карты были не заполнены или частично заполнены, записи были нечеткие, неполные, скудные, а в 13,2% записи отсутствовали. Практически к каждой имеющейся карте были замечания — неполный план обследования ребенка в динамике (27,3%), несвоевременная консультация специалиста (10,8%), интерпретация заключений лабораторно-инструментальных исследований нечеткая и неполная (34,3%), отсутствие динамического наблюдения (18,4%), этапных эпикризов (23,4%). Имелись замечания по обоснованности и несвоевременности госпитализации детей с хронической патологией (24,6%), что указывает на недостаточную работу с этими детьми. Терапия соответствовала выставленному диагнозу в более половине случаев (63,7%). Лекарственные средства были назначены в соответствии с диагнозом. Однако

эффект от назначенной терапии отражался только в каждой третьей карточке (31,7%).

Основными недостатками диспансерного наблюдения являлись недостаточная интерпретация лабораторно-инструментальных исследований, дефекты в плане ведения больного, а также отсутствие этапных эпикризов.

Таким образом, экспертная оценка деятельности врачей общей практики выявил дефекты во всех направлениях: небрежное и нечёткое оформление медицинской документации; несоответствие срокам проведения профилактических осмотров; несвоевременное проведение обязательных лабораторных и инструментальных исследований; неправильная оценка НПР и физического развития детей; отсутствие в картах оценки состояния здоровья детей по группам здоровья.

Полученные результаты совпадают с данными многих авторов, в работах которых в качестве типичных недостатков в обеспечении качества первичной медико-санитарной помощи указаны прежде всего небрежное ведение амбулаторных карт, частичное выполнение стандартов медицинской помощи, неполная интерпретация лабораторных анализов, недостаточное проведение диагностических мероприятий, отсутствие консультаций необходимых специалистов, недостаточность комплексной оценки состояния здоровья ребенка и профилактических осмотров [Садыков М.М., 2008; Шмелев И.А., 2016; Суслин С.А., 2022].

Нами были изучены возможности показателя качества жизни как критерия оценки эффективности лечебно-оздоровительных мероприятий на примере часто и длительно болеющих детей. Программа реабилитации включала в себя организацию режима дня, с обязательным полноценным и достаточным по длительности сном, прогулок, исключением переутомления, полноценного и рационального питания. В комплекс оздоровительных и реабилитационных мероприятий, направленных на повышение адаптационных и компенсаторных возможностей организма детей часто подверженных острым респираторным заболеваниям, входило применение курсового приёма препарата «Виферон», различных витаминно-микроэлементных комплексов, используемых врачами общей практики, а также были рекомендованы ЛФК, массаж, плавание, физиотерапевтические процедуры, галатерапия.

Результаты исследования показали, что важнейшим терапевтическим эффектом при применении данного препарата в пределах первых 2-х суток болезни было достоверное снижение лихорадочного периода в 2 раза, по сравнению с детьми сравниваемой группы, лихорадочный период которых продолжался до 5-го дня лечения (p<0,001). Также отмечалось сокращение симптомов интоксикации уже в первые двое суток от начала заболевания (76,4%), восстановление носового дыхания (93,6%), уменьшение кашля (62,6%) у исследуемых детей, что свидетельствовало о положительном эффекте раннего применения препарата «Виферон» в комплексном лечении.

Для подтверждения терапевтической эффективности комплексной реабилитации ЧБД была исследована динамика изменений лабораторных показателей. Так, у часто болеющих детей был выявлен дефект Т-клеточного звена иммунитета, который заключался в снижении количества CD3+, CD 4+,

СD18+ клеток Т-лимфоцитов, нарушении иммунорегуляторного индекса, возрастании количества CD8+ Т-лимфоцитов, нарушении митогенного ответа на антитела. После применения комплексного курса лечения у исследуемых детей со стороны Т-клеточного иммунитета отмечалось восстановление количества CD-клеток Т-лимфоцитов и иммунорегуляторного индекса.

Исследование КЖ часто болеющих детей до проведенных вышеизложенных лечебно-оздоровительных мероприятий показало значительное снижение показателей КЖ детей почти по всем его аспектам: «поведение и общение» (3,4 [3,1; 3,6] педиатры и 4,2 [3,8; 4,5] родители, p=0,007, p<0,01), «семейное окружение» (3,4 [3,2; 3,7] педиатры и 4,4 [3,8; 4,7] родители, p=0,000, p<0,001), «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» (3,0 [2,8; 3,1] педиатры и 3,6 [3,1; 3,9] родители, p=0,002 p<0,01), кроме аспекта «способности оставаться одному», где статистических различий по ответам респондентов выявлено не было (p>0,05).

После применения у часто и длительно болеющих детей комплексных оздоровительных мероприятий нами было проведено повторное исследование их КЖ (Рисунок 7).

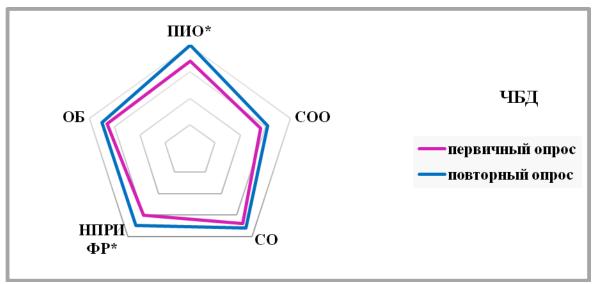


Рисунок 7. - Профиль КЖ часто и длительно болеющих детей по ответам педиатров (звездочками указаны значимые различия в ответах)

Применение выше предложенных лечебно-оздоровительных мероприятий у часто и длительно болеющих детей в первую очередь, по мнению педиатров, нормализует такие виды субъективного благополучия, как эмоциональное, нервно-психическое и физическое здоровье. Родители считают, что лучшие показатели КЖ отмечались в аспектах эмоционального и социального поведения.

По мнению родителей, значимое повышение аспектов «поведение и общение», «способность оставаться одному», а также достоверно значимое увеличение было отмечено по общему баллу (p<0,01, рисунок 8).

Результаты проведенных исследований убедительно свидетельствуют о том, что рекомендуемые в практическое здравоохранение лечебно-

оздоровительные мероприятия, носящие профилактический характер, положительно сказались на нервно-психическом развитии и физической активности, а также социальной адаптации обследованных детей.

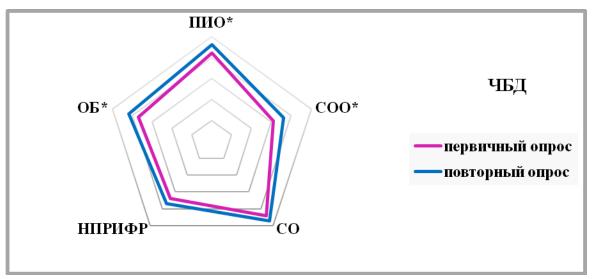


Рисунок 8. - Профиль КЖ часто и длительно болеющих детей по ответам родителей (звездочками указаны значимые различия в ответах)

Таким образом, результаты данного исследования перекликаются с мнением большинства исследователей о целесообразности использования показателей КЖ, как достаточно приемлемых критериев оценки эффективности применения оздоровительных и реабилитационных программ, направленных на улучшение и сохранение здоровья детского населения [Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., 2005; Винярская И.В., 2008; Садыков М.М., 2008; Черников В.В., 2009].

Результаты проведенного исследования стали обоснованием для разработки комплексных мер по совершенствованию и оптимизации первичной медико-санитарной помощи детям раннего и дошкольного возрастов в Республике Таджикистан, заключающейся в расширении доступа к своевременной и качественной медицинской помощи, способствующей улучшению их качества жизни и выживаемости.

Предложенный нами алгоритмы для достижения поставленных задачи заключаются:

▶ в профилактике нарушений состояния здоровья детей раннего и дошкольного возраста: подготовка женщин к предстоящей беременности (обследование на маркеры инфекций, санация хронических очагов инфекции и т.д.); придерживаться концепций Национальной коммуникационной программы первых 1000 дней жизни ребенка в РТ на 2020-2024 годы, определяющую изменения социальных и поведенческих норм по отношению к развитию детей до 2-летнего возраста; приоритет первичной профилактики; совершенствование вторичной профилактики; своевременная вакцинация; развитие стратегии в области грудного вскармливания и инициативы «Больницы доброжелательного отношения к ребёнку», провозглашенной ВОЗ и ЮНИСЕФ; развитии стратегии ВОЗ/ ЮНИСЕФ «Интегрированное ведение болезней детского возраста», с учетом современных условий; развитие медико-генетического консультирования, с целью раннего выявления врожденных пороков и создание регистров семей высокого риска по генетической патологии; пропаганда ЗОЖ; медико-социальное сопровождение ребёнка — в данном контексте усилить цепочку взаимодействия двух важных аспектов жизни ребенка — медицину и образование, с целью создания отделений медико-социальной помощи детям на уровне первичного звена здравоохранения, с обязательным участием психологов, логопедов, дефектологов, педагогов.

- ▶ в применении комплекса эффективных лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий: рекомендовать проведение диспансеризации в декретированные сроки, с привлечением узких специалистов; вести профилактические осмотры с отражением всех критериев комплексной оценки состояния здоровья детей для своевременного проведения коррекционной и лечебно-оздоровительной работы с имеющимися отклонениями; расширение здоровьесберегающих подходов, в особенности стационарозамещающих технологий (дневные стационары); необходимо развивать санаториев местного уровня для детей.
- **»** в использовании показателя качества жизни при комплексной оценке состояния здоровья детей и как критерий оценки эффективности медицинских технологий.

Полученные результаты в ходе исследования качества жизни детей, позволяют научно обосновать применение оздоровительных и реабилитационных программ по улучшению и сохранению здоровья детей на основе норм качества жизни, как на индивидуальном уровне, так и на уровне здравоохранения в целом.

Индивидуальный уровень подразумевает: внедрение комплексной оценки состояния здоровья с применением оценки качества жизни для раннего выявления детей с низкими показателями КЖ, что позволит обосновано формировать группы медико-социального риска. Это, в свою очередь, позволит разработать индивидуальный комплексный план наблюдения и адресноориентированную реабилитационную программу, где будут отражены приоритетные направления программы оздоровления ребёнка: медицинская, социальная реабилитация, психолого-педагогическая коррекция.

На уровне организации здравоохранения: рекомендуется разработка программы по сохранению и укреплению здоровья детей, основываясь на по-казателях качества жизни; использование показателей КЖ сцелью выявления потребности в системных лечебно-оздоровительных и медико-профилактических мероприятиях; на основании показателей КЖ определение отдельных групп обследуемых детей, которые имеют идентичные социальные проблемы, для организации медико-социальных служб, оказывающих комплексную

медицинскую, психологическую, социальную помощь для сохранения здоровья детей; усиление мер по совершенствованию системы психологопедагогической и медико-социальной помощи для улучшения состояния здоровья и качества жизни детей раннего и дошкольного возраста.

# **>** в повышении качества и эффективности оказываемой медицинской помощи детскому населению.

Общими резервами повышения качества медицинской помощи на уровне первичного звена здравоохранения являются: обеспечение выполнения протоколов оказания амбулаторно-поликлинической помощи детям; проведение полной комплексной оценки состояния здоровья детей с рождения; соблюдение декретированных сроков профилактических осмотров для проведения своевременной коррекционной и лечебно-оздоровительной работы с детьми, имеющих отклонения в состоянии здоровья; обеспечение организации и проведения диспансерного наблюдения за хронически больными детьми; активизации профилактической и оздоровительной работы в детских дошкольных образовательных учреждениях, тем самым, повышая охват детей профилактическими медицинскими осмотрами; улучшение методов профилактики врожденной патологии (внедрение программ пренатального и неонатального скрининга, развитие медико-генетической службы); создание условий для своевременного повышения квалификации врачей общей практики по вопросам физиологии и патологии ребёнка, а также обеспечение укомплектованности штатов городских центров здоровья с учётом потребности детского населения, особенно врачами-специалистами; внедрение современных технологий по правильному и качественному оформлению медицинской документации; экспертиза и мониторинг деятельности медицинских учреждений для получения необходимой информации для внесения своевременных корректив в деятельность городских центров здоровья; проведение в медицинском учреждении внутреннего аудита с целью выявления негативных факторов, которые можно использовать в качестве алгоритма к действию, т.е. разработать пути решения проблемы повышения качества медицинских услуг с последующей их корректировкой и, как следствие, повысить удовлетворенность пациентов медицинской помощью; возобновление работы кабинета здорового ребёнка (КЗР);

# > в разработке и применении информационных технологий.

Внедрение ресурсосберегающих медицинских технологий даст возможность обеспечения процесса управления в системе здравоохранения, которое состоит в сборе и переработке информации для принятия обоснованных управленческих решений.

В первую очередь, это касается оптимизации ведения документации, создания базы данных пациентов (вся медицинская информация о пациенте, результаты профилактических и лечебно-диагностической работы, результаты лабораторных исследований должны быть доступны в реальном времени),

при этом, должна быть обеспечена конфиденциальность, обеспечение доступа к информационным ресурсам (справочных, нормативно-правовых и методических документов) и др.

Внедрение такого рода информационно-аналитических программ способствовало бы улучшению качества медицинской помощи населению, путём оптимизации ведения документации, возможности отслеживания логистики пациента и получение информации об оказанном объёме медицинской помощи, автоматизированного поступления данных лабораторных исследований, что даст возможность своевременно и оперативно начать оздоровительные мероприятия, и, безусловно, осуществление контроля за действиями медицинского персонала при оказании амбулаторно-поликлинической помощи.

На управленческом уровне это даст возможность проводить, при необходимости, ежедневный мониторинг деятельности городских центров здоровья — посещаемость, постановку диагноза с учётом МКБ, отслеживание материально-технического состояния, кадровые и финансовые ресурсы и др.

- в совершенствовании системы подготовки и переподготовки медицинских кадров: постоянно повышать квалификацию врачей общей практики и врачей-специалистов по вопросам физиологии и патологии детей; необходимо готовить высококвалифицированные медицинские кадры в сфере педиатрии; проведение на постоянной основе различных тренингов, семинаров, конференций, круглых столов с участием врачей общей практики, узких специалистов, среднего медицинского персонала по вопросам улучшения первичной медико-санитарной помощи детскому населению.

Таким образом, на современном этапе основными направлениями оптимизации первичной медико-санитарной помощи детскому населению должны быть научно обоснованные технологии, которые можно внедрять в практическую деятельность данного звена здравоохранения.

Это такие технологии, как комплексные профилактические и реабилитационные мероприятия, техническая и информационная поддержка, использование показателя качества жизни, как критерия оценки эффективности применения медицинских технологий, подготовка квалифицированных кадров по обслуживанию детского населения в Республике Таджикистан.

Предложенные основные направления совершенствования амбулаторнополиклинической помощи детям отвечают основным концепциям Стратегии охраны здоровья населения Республики Таджикистан (30.09.2021 г., № 414), что позволяет реализовать намеченные мероприятия на получение детьми качественной и доступной медицинской помощи на уровне первичного звена здравоохранения.

### **ВЫВОДЫ**

- 1. Прошедшие десятилетия ознаменовались стабильной положительной динамикой снижения младенческой (в 1,7 раза) и детской (1,6 раза) смертности, значимой тенденцией к смене структуры патологии. Указанная смена отразилась в преобладании в 2011 году частоты инфекционных, паразитарных и кишечных инфекций (3197,4/1481,4 на 100000 детей), тогда как к концу 2021 года определено доминирование патологии органов дыхания (2275,3 на 100000 детей), далее следуют инфекционные и паразитарные заболевания (2116,7/899,3 на 100000 детей), отдельные состояния, характерные перинатальному периоду (759,4 на 100000 детей) [1-А, 11-А, 16-А].
- 2. Определен критический возрастной период формирования различных отклонений здоровья и заболеваемости детей. На первом году жизни 42,61% детям свойственна I группа здоровья, II группа здоровья 51,32% и 6,07% детей III-V группы здоровья; к трем годам жизни количество детей в I группе здоровья уменьшается почти в 1,5 раза (29,24%), в то же время увеличивается число детей, имеющих морфофункциональные отклонения (65,18%), и всего у 5,58% III-V группы здоровья. Количество здоровых детей к подростковому возрасту неуклонно снижается на 12,3%, при этом в 2,5 раза увеличивается количество детей с хронической патологией [1-A, 4-A, 11-A, 25-A, 45-A].
- 3. Для каждого возрастного периода установлена специфическая структура заболеваемости: среди детей раннего возраста преобладали патология органов дыхания (36,3%), болезни органов пищеварения (29,4%), болезни крови и кроветворных органов (представленные, в основном, анемией 23,8%), отдельные состояния перинатального периода (12,7%); среди детей дошкольного возраста преобладали заболевания органов пищеварения (47,8%), далее патология органов дыхания (38%), костно-мышечной системы (29,7%), патология глаза (25,4%) и эндокринной системы (25,4%), заболевания мочеполовой системы (24%) [3-A, 6-A, 7-A, 11-A, 25-A, 45-A].
- 4. Определено, что на КЖ детей раннего возраста негативное влияние оказывали медико-биологические факторы риска (сочетанная соматическая патология, осложнения беременности, состояние здоровья самого ребенка, уровень его физического и нервно-психического развития). С возрастом происходит смена факторов риска на социально-психологические (психологический климат в семье, образование матери, служебное положение родителей, состав семьи и количество детей в семье, наличие вредных привычек у родителей) и материально-экономические факторы риска (неблагоприятные жилищные условия, низкий уровень дохода в семье) [2-А, 4-А, 12-А, 23-А, 40-А, 46-А].
- 5. Установлено, что при оценке КЖ детей до года и 1-2 лет наиболее высокие значения из всех аспектов имели «Поведение и общение» и «Семейное окружение», тогда как более низким уровнем отличались аспекты «Способность оставаться одному» и «Нервно-психическое развитие и физическое здоровье». Оценка КЖ детей в более старшем возрасте выявила некоторые особенности. Установлено, что в возрасте 3-4 лет достоверно выше оценивалось ролевое функционирование, а в 5-7 лет эмоциональное, т.е. показатели, в

большей степени отражающие социальную среду [4-A, 12-A, 13-A, 33-A, 46-A, 47-A, 48-A, 49-A].

- 6. Установлена возможность включения исследования качества жизни, как метода оценки степени изменения различных морфофункциональных отклонений обследованных детей в качестве дополнительного критерия в комплексной оценке состояния их здоровья. Обосновано использование методики оценки КЖ на модели часто и длительно болеющих детей как критерия эффективности применения лечебно-оздоровительных методик на уровне первичного звена здравоохранения [4-A, 12- A, 15-A, 20-A, 24-A, 32-A, 38-A].
- 7. Региональные стандарты физического развития детей позволили выявить особенности их развития в раннем и дошкольном возрастах. В раннем возрасте количество детей с параметрами физического развития «выше среднего» и «высокое» отмечалось значительно больше, к шести годам в 1,5 раза увеличилось количество детей с «ниже средним» и в 6 раз, имеющих «низкое» физическое развитие. По итогам двух этапов лонгитудинальных исследований (2001 и 2018 гг.) определена достоверная тенденция развития низкорослости, более свойственная мальчикам [5-A, 9-A, 10-A, 17-A, 39-A, 41-A, 42-A, 43-A, 44-A].
- 8. Основные направления оптимизации первичной медико-санитарной помощи детскому населению включают: превентивные меры нарушений состояния здоровья детей раннего и дошкольного возрастов; повсеместное внедрение комплекса эффективных лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий; использование критериев качества жизни при оценке состояния здоровья детей и для определения эффективности применения медицинских технологий; повышение эффективности оказываемой медицинской помощи детскому населению через совершенствование качества услуг; разработка и применение информационных технологий, систематизация и адресная подготовка и переподготовка медицинских кадров, совершенствование принятых протоколов и стандартов лечения основных заболеваний. Эти комплексные мероприятия и программы способствуют снижению заболеваемости и оздоровлению детского населения Республики Таджикистан [14-A, 16-A, 17-A, 28-A, 35-A, 45-A].

## Рекомендации по практическому использованию результатов

- 1. Разработанные основные этапы проведения профилактических осмотров детского населения рекомендуются для внедрения на уровне первичного звена здравоохранения.
- 2. С целью улучшения качества деятельности медицинского учреждения рекомендован пакет разработанных анкет, позволяющий получить необходимую информацию по всем основным направлениям деятельности центров здоровья за короткий период для внесения своевременных корректив и тем самым повышения удовлетворенности пациентов медицинской помощью.
- 3. Для оценки физического развития детей раннего и дошкольного возрастов г. Душанбе целесообразно использовать региональные нормативы антропометрических данных, которые должны обновляться через каждые 5-10 лет.

- 4. Внедрение комплексной оценки состояния здоровья с применением оценки качества жизни для раннего выявления детей с низкими показателями КЖ позволит обосновано формировать группы медико-социального риска. Это, в свою очередь, даст возможность разработать индивидуальный комплексный план наблюдения и адресно-ориентированные реабилитационные программы с определением приоритетных направлений в программе оздоровления ребёнка: медицинская, социальная реабилитация, психологопедагогическая коррекция.
- 5. Для практического здравоохранения рекомендовано использование показателя «качества жизни» для разработки индивидуальных программ по сохранению и укреплению здоровья ребенка и внедрение его как критерия оценки эффективности применения лечебно-оздоровительных мероприятий на уровне первичного звена.
- 6. Рекомендовано включение в программу циклов усовершенствования и повышения квалификации медицинских работников разделов по изучению качества жизни детей, пропаганде грудного вскармливания, интегрированному ведению болезней детского возраста, здорового образа жизни, экспертизе качества оказания первичной медико-санитарной помощи детскому населению.

## Публикации по теме диссертации Статьи в рецензируемых журналах

- [1-A] Абдуллаева, Н.Ш. Медико-социальные основы здоровья новорожденных детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, А.М. Миракилова // Вестник Авиценны. 2012. № 1 (50). С. 117-120.
- [2-А] Абдуллаева, Н.Ш. Оценка факторов риска у часто болеющих детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, А.М. Миракилова // Известия Академии наук Республики Таджикистан. 2013. № 3-4 (184). С. 38-43.
- [3-А] Абдуллаева, Н.Ш. Особенности эмоционально-поведенческого статуса детей дошкольного возраста [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, А.М. Миракилова // Вестник таджикского национального университета. − 2015. № 1/2 (160). − С. 247-249.
- [4-А] Абдуллаева, Н.Ш. Социально-гигиеническая характеристика состояния здоровья и качества жизни часто болеющих детей (на примере г. Душанбе) [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Российский педиатрический журнал. 2018. Т.21, № 2 С. 97-100.
- [5-А] Абдуллаева, Н.Ш. Особенности физического развития детей раннего возраста г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2018. Т.8, № 2(26). С. 157-161.
- [6-А] Абдуллаева, Н.Ш. Факторы, способствующие развитию и обострению атопического дерматита у детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, З.Н. Набиев // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2018. Т.8, № 3(27). С. 335-340.

- [7-А] Абдуллаева, Н.Ш. Клинические проявления заболеваний кожи у детей Дангары Хатлонской области [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, З.Н. Набиев, Н.К. Кузибаева // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2018. Т.8, № 4(28). С. 465-469.
- [8-A] Абдуллаева, Н.Ш. Ғизои кӯдакони соли аввали ҳаёт [Матн] / Н.Ш. Абдуллаева // Авчи зуҳал. 2019. № 1 (34). С. 116-121.
- [9-А] Абдуллаева, Н.Ш. Сравнительный анализ физического развития детей раннего и дошкольного возраста г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2019. Т. 9, № 3(31). С. 233-239.
- [10-А] Абдуллаева, Н.Ш. Оценка гармоничности физического развития детей г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2020. Т. 10, № 1(33). С. 5-9.
- [11-А] Абдуллаева, Н.Ш. Комплексная оценка состояния здоровья детей раннего и дошкольного возраста [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Здравоохранение Таджикистана. 2020. № 3 (346). С. 5-10.
- [12-А] Абдуллаева, Н.Ш. Показатели качества жизни детей первого года жизни [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, И.В. Винярская // Здравоохранение Таджикистана. 2021. № 1 (348). С. 5-10.
- [13-А] Абдуллаева, Н.Ш. Гендерные особенности качества жизни детей дошкольного возраста, проживающих в г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, И.В. Винярская // Здравоохранение Таджикистана. 2021. № 3 (350). С. 5-11.
- [14-А] Абдуллаева, Н.Ш. Удовлетворённость законных представителей детей оказанием медицинской помощи в городских центрах здоровья [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Здравоохранение Таджикистана. 2022. № 4 (355). С. 5-11.
- [15-А] Абдуллаева, Н.Ш. Оценка качества жизни как критерий эффективности амбулаторного лечения [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. 2022. Т. XII, № 4(44) С. 5-11.
- [16-А] Абдуллаева, Н.Ш. Пути улучшения первичной медико-санитарной помощи детям раннего и дошкольного возраста [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. 2023. Т. XXIII, № 1(45). С. 5-11.

# Статьи и тезисы в публикациях конференций

- [17-А] Абдуллаева, Н.Ш. Влияние комплекса факторов на формирование физического развития новорожденных и особенности их ранней адаптации [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Труды Республиканской научнопрактической конференции с международным участием «Новые технологии и репродуктивное здоровье» (27-28 ноября, 2008). Душанбе, 2008. С. 176-180.
- [18-А] Абдуллаева, Н.Ш. Опыт применения антибиотиков в лечении бронхитов у детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, С.Ф. Хайдарова, Р.П. Пачаева // Здравоохранение Таджикистана. 2010. № 1. С. 65-68.

- [19-А] Абдуллаева, Н.Ш. Антибактериальная терапия тонзиллофарингитов в педиатрической практике [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. 2012. № 1(13). С. 16-20.
- [20-А] Абдуллаева, Н.Ш. Качество жизни часто и длительно болеющих детей [Текст] / Н. Ш. Абдуллаев // Материалы Международного Конгресса «Здоровье и питание» Международная конференция детских диетологов и гастроэнтерологов (13–15 декабря, 2013 г.). М., 2013. С. 5.
- [21-А] Абдуллаева, Н.Ш. Сравнительная характеристика качества жизни детей в зависимости от вида вскармливания [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова // Материалы Международного Конгресса «Здоровье и питание» Международная конференция детских диетологов и гастроэнтерологов (13–15 декабря, 2013 г.). Москва, 2013. С. 5-6.
- [22-А] Абдуллаева, Н.Ш. Особенности состояния здоровья детей, проживающих в домах ребенка [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Материалы Международного Конгресса «Здоровье и питание» Международная конференция детских диетологов и гастроэнтерологов (13–15 декабря, 2013 г.). Москва, 2013. С. 76.
- [23-А] Абдуллаева, Н.Ш. Факторы риска, способствующие развитию частых респираторных инфекций у детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова // Вестник перинатологии 2(58) 3(59) 2013. Материалы V Конгресса Федерации педиатров стран СНГ, VI Конгресс Педиатров и Неонатологов Республики Молдова (22-24 мая, 2013 г.). Кишинев, 2013. С. 282-283.
- [24-А] Абдуллаева, Н.Ш. Показатели качества жизни детей с частыми респираторными заболеваниями [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, И.В. Винярская, В.В. Черников // Сборник материалов XVII Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» (14-16 февраля). Москва, 2014. С. 2.
- [25-А] Абдуллаева, Н.Ш. Структура заболеваемости детей раннего возраста по обращаемости в медицинские центры здоровья [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Сборник материалов XVII Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» (14-16 февраля, 2014). Москва, 2014. С. 244.
- [26-А] Абдуллаева, Н.Ш. Медико-социальные аспекты формирования здоровья детей, проживающих в домах ребенка [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, K.C. Олимова, Р.Π. Пачаева // Материалы научно-практической посвященной юбилею 90-летия присвоения конференции, столицы города Душанбе на тему: "Достижения и перспективы в области репродуктивного здоровья, улучшения здоровья матери и ребенка". Душанбе. - 2014. - С.260-263.
- [27-А] Абдуллаева, Н.Ш. Роль витамина Д в генезе частых респираторных заболеваний у детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. 2014. № 3(23). С. 146-149.

- [28-А] Абдуллаева, Н.Ш. Особенности организации питания детям грудного и раннего возраста: проблемы, пути решения [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. 2014. № 4(24). С. 11-16.
- [29-А] Абдуллаева, Н.Ш. Комплексная оценка состояния здоровья детей раннего возраста из группы перинатального риска [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. 2014. № 4(24). С. 17-19.
- [30-А] Абдуллаева, Н.Ш. Особенности развития и социальной адаптации детей, оставшихся без попечения родителей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Сборник материалов XVIII Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» (13-15 февраля, 2015). Москва, 2015. С. 174.
- [31-А] Абдуллаева, Н.Ш. Новые подходы в лечении острых респираторных инфекций у детей, воспитывающихся в детских домах [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева [и др.] // Здравоохранение Таджикистана. 2015. № 1 (приложение 1). С. 66-68.
- [32-А] Абдуллаева, Н.Ш. Эффективность иммунокорригирующей терапии при рекуррентных респираторных инфекциях у детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, А.М. Миракилова // Здравоохранение Таджикистана. 2015. № 1 (приложение 1). С. 107-109.
- [33-А] Абдуллаева, Н.Ш. Оценка качества жизни детей раннего возраста [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. 2016. № 1(29). С. 8-11.
- [34-А] Абдуллаева, Н.Ш. Особенности роста и развития детей первого года жизни, перенесших перинатальное поражение центральной нервной системы [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. 2016. № 2(30). С. 12-15.
- [35-А] Абдуллаева, Н.Ш. Антенатальное формирование здоровья детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Сборник материалов международной научно-практической конференции «Охрана здоровья матери и ребенка» (14 октября, 2016 г.). Душанбе, 2016. С. 126-127.
- [36-А] Абдуллаева, Н.Ш. Особенности роста, развития и показателей качества жизни детей раннего возраста, перенесших перинатальное поражение центральной нервной системы [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Здоровье матери и ребенка. Бишкек, Кыргызстан. 2016. Т. 8, № 2 С. 27-31.
- [37-А] Абдуллаева, Н.Ш. Особенности морфофункционального статуса физического развития детей, оставшихся без попечения родителей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, Р.П. Пачаева, М.П. Носирова // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. 2017. № 1(33). С. 47-50.
- [38-А] Абдуллаева, Н.Ш. Состояние здоровья и показатели качества жизни часто и длительно болеющих детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. 2017. № 3(35). С. 11-15.

- [39-А] Абдуллаева, Н.Ш. Стандарты роста и развития детей первого года жизни г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. 2018. № 1(37). С. 5-10.
- [40-А] Абдуллаева, Н.Ш. Влияние социально-биологических факторов риска на показатели качества жизни детей раннего возраста г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Материалы ежегодной XXIV научно-практической конференции Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ «Юбилейные научные чтения» и симпозиума по детской хирургии «Современные тенденции науки и практики в детской хирургии» (с международным участием), (10 октября, 2018 г.) Душанбе, 2018. С. 11-12.
- [41-А] Абдуллаева, Н.Ш. Анализ показателей физического развития детей раннего возраста г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, Р.П. Пачаева, С.Н. Кудратова // Материалы IX Конгресса педиатров стран СНГ Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания, «Формирование здоровья детей в современных условиях здравоохранения» и III форума по питанию (10-11 октября, 2019 г.). Душанбе, 2019. С. 35-36.
- [42-А] Абдуллаева, Н.Ш. Физическое развитие детей раннего и дошкольного возраста по данным антропометрических исследований [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Материалы IX Конгресса педиатров стран СНГ Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания, «Формирование здоровья детей в современных условиях здравоохранения» и III форума по питанию (10-11 октября, 2019 г.). Душанбе, 2019. С. 36-37.
- [43-А] Абдуллаева, Н.Ш. Динамические изменения в физическом развитии детей раннего и дошкольного возраста г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, С.К. Ташбаева, О.Х. Каримова // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. 2019. № 1(41). С. 30-34.
- [44-А] Абдуллаева, Н.Ш. Сравнительный анализ физического развития детей г. Душанбе по данным антропометрических исследований [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Российский педиатрический вестник. 2020. Т. 23. №1. С. 3.
- [45-А] Абдуллаева, Н.Ш. Роль медицинской активности родителей в выявлении детской патологии [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Здравоохранение Таджикистана. 2020. № 4 (приложение). С. 38-39.
- [46-А] Абдуллаева, Н.Ш. Качество жизни детей раннего возраста и определяющие его факторы [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, Р.П. Пачаева // Здравоохранение Таджикистана. 2020. № 4 (приложение). С. 39-40.
- [47-А] Абдуллаева, Н.Ш. Гендерные особенности качества жизни детей первого года жизни [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова // Сборник материалов XXIII Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» (5-7 марта, 2021 г.). М., 2021. С.1.
- [48-А] Абдуллаева, Н.Ш. Оценка качества жизни детей дошкольного возраста г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Материалы ежегодной II научно-практической конференции с международным участием Медико-

социальное учение - новое направление в развитии образования, практики и науки (достижения, проблемы и его развитие) в Республике Таджикистан (28-29 октября, 2022 г.). – Душанбе, 2022. - С. 42-43.

[49-А] Абдуллаева, Н.Ш. Показатели качества жизни детей первого года жизни г. Душанбе / [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Материалы ежегодной II научно-практической конференции с международным участием Медикосоциальное учение - новое направление в развитии образования, практики и науки (достижения, проблемы и его развитие) в Республике Таджикистан (28-29 октября, 2022 г.). – Душанбе, 2022. - С. 43-44.

### Монография

1. Абдуллаева, Н.Ш. Основные этапы проведения профилактических осмотров детского населения [Текст] / Н. Ш. Абдуллаева. Душанбе: Фасл, 2023. – 195 с.

## Список сокращений и условных обозначений

ВАК Высшая Аттестационная комиссия

ВОЗ Всемирная организация здравоохранения

ГУ Государственное учреждение

ДС Детская смертность ДШ Дошкольный возраст ЗОЖ Здоровый образ жизни

ИВБДВ Интегрированное ведение болезней детского возраста

КЖ Качество жизни

КЗР Кабинет здорового ребёнка

МЗ и СЗН РТ Министерство здравоохранения и социальной защиты

населения Республики Таджикистан

МКБ Международная классификация болезней

МН Международные нормативы МС Младенческая смертность НПР Нервно-психическое развитие

НПР и ФЗ Нервно-психическое развитие и физическое здоровье

ОБ Общий бал

ОГ Окружность головы

ОГК Окружность грудной клетки

ПиО Поведение и общение

ПМСП Первичная медико-санитарная помощь

ПСЗ Психосоциальное здоровье

РВ Ранний возраст

РН Региональные нормативы

РНКЦП и ДХ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и

детской хирургии

СО Семейное окружение

СОО Способность оставаться одному

СФ Социальное функционирование Узи Ультразвуковое исследование

ФГАУ Федеральное государственное автономное учреждение МЗ РФ Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФДС Функционирование в детском саду

ФР Физическое развитие

ФФ Физическое функционирование

ЧБД Часто болеющие дети

ШФ Школьное функционирование

ЭФ Эмоциональное функционирование

ЭХО-КГ Эхокар диография

PedsQL Pediatric Quality of Life

QUALIN Общий опросник для исследования качества жизни детей

3 мес.-3 лет

# МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ «МАРКАЗИ ЧУМХУРИЯВИИ ИЛМЮ КЛИНИКИИ ПЕДИАТРЙ ВА ЧАРРОХИИ КЎДАКОНА»

УДК 616-053.2-071; 616-053

Бо хуқуқи дастнавис

# АБДУЛЛАЕВА НОДИРА ШОМУРАТОВНА

# ВАЗЪИ САЛОМАТЙ, СИФАТИ ХАЁТИ КӮДАКОНИ СИННУ СОЛИ БАРВАҚТ ВА ТОМАКАТАБЙ

(дар мисоли ш. Душанбе)

### **АВТОРЕФЕРАТИ**

диссертатсия барои дарёфти дарачаи илмии доктори илмхои тиб аз руйи ихисоси 14.01.08 – Тибби атфол

Диссертатсия дар пойгохи Муассиаи давлатии «Маркази чумхуриявии илмю клиникии педиатрий ва чаррохии кудакона» Вазорати тандурусти ва хифзи ичтимоии ахолии Чумхурии Точикистон ичро карда шудааст.

Мушовирони илмй: Олимова Клаг

Олимова Клавдия Сергеевна - доктори илмхои тиб, профессор, директори маркази тиббии ЧММ «Зангула»

Винярская Ирина Валериевна - д.и.т., профессори АИТ, мудири лабораторияи педиатрияи и чтимо й ва сифати ҳаёт, МФДА «ММТТСК» Вазорати тандурустии Федератсияи Россия

Муқарризони расми:

Одинаева Нуринисо Джумаевна — доктори илмхои тиб, профессори кафедра, директори МДБ ПИТК нигохдории тандурустии вилояти Москва, мудири кафедраи педиатрияи МДБ ПИТК нигохдории тандурустии вилояти Москва ба номи М.Ф. Владимирский, Сарпедиатри Вазорати тандурустии вилояти Москва.

**Чураев Мухаммад Наврузович** – доктори илмҳои тиб, мудири кафедраи аллергология ва иммунологияи Муассисаи давлатии таълимии «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломӣ дар соҳаи тандурустии Чумҳурии Точикистон»

**Одиназода Азиз Абдусаттор** – доктори илмхои тиб, дотсент, директори генералии МД «Маркази чумхуриявии илмии хун»

**Муассисаи** такриздиханда:

Донишкадаи педиатрии Тошканд (ш. Тошканд, Чумхурии Узбекистон)

Химояи рисолаи илмй рузи «	>>>	соли 2024 соати «	_>>
дар чаласаи шурои диссертатсионии 6	D.KOA	<b>А-</b> 008-и МДТ «Донишгохи давл	ıa-
тии тиббии Точикистон ба номи Абуа	лй ибн	и Сино» баргузор мегардад.	

**Суроға:** 734026, Чумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кӯҷаи Сино, 29-31, www.tajmedun.tj.

Бо рисола дар китобхонаи МДТ «Донишгохи давлатии тиббии Точикситон ба номи Абуалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Авторед	bерат «	<b>&gt;&gt;</b>	соли 2024 ирсол шуд	[.
	–			١.

Котиби илмии шурои диссертатсионй, номзади илмхои тиб, дотсент

Чамолова Р. Ч.

### Муқаддима

**Мубрамии мавзўи таҳқиқот**. Дар байни мушкилоти сершумори ичтимоиву иктисодй, ки дар назди чомеаи муосир меистанд, чойи муҳимро масьалаи солимии аҳолй ва дар навбати аввал солимии кӯдакон ишғол мекунад.

Вазъи саломатии кудакон на танхо нишондихандаи интегралии некуахволии чомеа, ки гуногуни онба монанди чанбахои ичтимоиву иктисодиро инъикос мекунад, ба хисоб меравад, балки барои рушди потенсиали саломатии аъзои калонсоли ин чоме асоси базавиро ташкил медихад [Ваганов Н.Н., 2001; Баранов А.А., 2020; Мамаджанова Г.С., 2021; Чичерин Л.П., Альбицкий В.Ю., 2022].

Масъулияти бузурги ичтимоии солимии кудакон ба души давлат ва волидайн гузошта шудааст. Солимии кудакон нишондихандаи некуахволии дохилй ва хоричии ичтимоии кишвар аст, хамчунин нишондихандаи бавоситаи бехатарии миллй низ махсуб мешавад. Хамин тартиб, баррасии солимии кудакон ба сифати арзиши махсуси гуманитарй, захираи преспективиии иктисодй ва бехатарй комилан асоснок мебошад [Щеплягина Л.А. 2002; Володин Н.Н., 2006; Курышкин А.В., 2010; Машина Н.С., Галактионова М.Ю., 2015; Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., Устинова Н.В., 2017; Дьяченко Т.С., 2017].

Хукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон дар муддати даҳсолаҳои охир бастаи санадҳои меъёрӣ-ҳуқуқӣ ва қонунгузориро тасдиқ кардааст, ки ба такмил ва мустаҳкам кардани пойгоҳи меъёрии хадамоти модару кӯдак равона шудаанд. Ҳамаи ҳуҷчатҳои тасдиқшуда имконият медиҳанд, ки ин хадамот ба сатҳи нав бардошта шавад, технологияҳои пешрафта ва усулҳои расонидани ёрии тиббии таҳассусӣ ба модарон ва кӯдакон такмилдода ва татбиқ шаванд. Тамоми таҳқиқот ба мустаҳкам кардан ва ҳифз кардани солимии модарону кӯдакон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон равона гаштааст.

Дар доираи ин стртатегияхо халлу фасл кардани вазифахо оид ба дастрасй, сифат ва самаранокии хизматрасонии тиббй барои мустахкам шудани саломатии кудакон, фавти навзодон (ФН) ва кудакон (ФК), хифз кардан ва густариш додани системаи таъмини солимии репродуктивй, мустахкам кардани системаи ёрии профилактикй, накшаи мубориза бар зидди беморихои сироятй ва ихтилоли гизо мусоидат мекунанд.

Яке аз самтхои афзалиятнок дар тибби муосир бояд самти профилактика бошад, махсусан, вакте ки ин ба ахолии кудакон дахл дорад: дар системаи нигохдории тандурустй ворид намудани технологияхои муосири хифзкунандаи саломатй, ки тавонанд барои пешгирй намудани беморихо, паст кардани сатхи фавти кудакон, хамчунин баланд бардоштани сифати хаёти кудакон мусоидат намоянл.

Экспертҳои ТУТ тасдиќ мекунанд, ки кумаки аввалияи тибби-санитари (КАТС) воситаи асосии нигоҳ доштан ва мустаҳкам кардани саломати барои ҳама дар ибтидои ҳазоррсолаи нав - асри XXI ба шумор меравад [Чичерин Л. П., 1999; Хаккал М., 2000; Чистович И., 2000].

Бехтар кардани сифати расонидани кумаки аввалияи тибби-санитари ба ахолии кудакон вазифаи аввалиндарачаи нигохдории тандурусти ба

хисоб меравад, вобаста аз ин, ба пайваста баланд бардоштани сифат ва самаранокии он таваччухи махсус зохир карда мешавад [Красавина Н.А., 2006; Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Устинова Н.В., 2020; Абдуллаева Н.Ш., 2023; Bullinger M., 1995].

Муваффакиятҳои назаррас доир ба кам кардани фавти навзодон (аз 17,8 дар соли 2011 то 14,2 дар соли 2021) ва фавти кудакон (аз 22,6 дар соли 2011 то 17,7 дар соли 2021) дар Чумҳурии Точикистон ба даст оварда шудааст Аммо ба муваффакиятҳои ба даст овардашуда нигоҳ накарда, тамоюли ба бад шудани вазъи саломатии аҳолии кудакон ишоракунанда, боҳи мемонад, ки ин, бешубҳа метавонад барои чанде зиёд шудани паҳншавии бемориҳои музмин мусоидат намояд, ки зарурати таҳҳиҳоти амиҳтари ҳамаи чанбаҳои ҳаёти кудаконро талаб мекунад [Зарипова М.М., 2009; Гафуржанова Х.А., 2019; Мамаджанова Г.С., 2021].

Дар соли 1997 Ташкилоти Умумичахонии Тандурустй меъёрхои мушах-хаси «Саломатй»-ро муайян кард, ки дар ин чо қонунхои асосии таъмин кардани некуахволии муносиби чисмонй, равонй ва ичтимой мушаххас баён шудаанд [CollierJ., 1997].

Фарзияхои зикршуда имконият доданд, ки асоси таърифи мафхуми сифати хаёт (СХ) дар тиб муайян карда шавад. Махз хамин нукта имконият дод, ки трансформатсияи аз як модели мафхуми «Саломатй ва беморй» ба мафхуми дигар, яъне аз модели биотиббй ба шакли чомеъ - биопсихоичтимой гузаронида шавад. Ин имконият дод, ки муносибат бо бемор хамчун ба шахсият дар заминаи дарки субъективии беморй, тарсу вахм, бо такя кардан ба тачриба ва мушохидахои шахсии он тағйир дода шавад [Винярская И.В., 2008; Ионова Т.И., Никитина Т.П., 2017]. Пас, худи мафхуми «Сифати ҳаёт» маркази ин моделро ташкил медиҳад.

Мафхуми муосир ва таърифи «Сифати ҳаёт», асос ва ҳабати бузурги методологии таҳҳиҳотҳои клиникӣ ва тиббӣ-иҷтимоӣ маҳсуб шуда, ҷузъи ҷудонашавандаи нигоҳдории тандурустии муосир мебошад. Маҳз ин меъёрҳои СҲро бо боварии комил метавон ба дастовардҳои назарраси илмии асри ХХ дохил кард [Новик А.А., Ионова Т.И., 2007, 2013].

Баҳодиҳии бисёрвектории ҳолати саломатии кӯдакони синну соли гуногун, махсусан синну соли барвақт ва томактабӣ, тавассути омузиши сифати ҳаёт, бо дар назардоштьи таъсиррасонии маҷмуи омилҳо ба ин нишондод аҳамияти бузург дорад, ки барои гузаронидани таҳқикоти мазкур низ ҳам-чу асос хизмат кардааст.

**Дарачаи азхудшудаи масъалаи илмй.** Солимии ахолии кудакон нишондихандаи калидиест, ки аз некуахволии чомеа ва самаранокии ёрии тиббии расонидашаванда дарак медихад.

Барои ҳамагон маълум аст, ки маҳз ба кӯдакони синну соли аз давраи навзодй то ҳафтсолагй 67,9%-и ҳолатҳои беморшавй, яъне зиёда аз 2/3 ҳиссаи он рост меояд, ки қисми бештари беморшавиро (35%) дар кӯдакони синну соли томаткабй мушоҳида кардан мумкин аст, ки дорои тағйиротҳои нейроэндокринй ва шиддатнокии мутобиқшавй ҳастанд.

Хамин тавр, махз ин лахза давраи бухронии хифз кардан ва мустахкам

кардани саломати кудакони ин гурухи синнусоли ба хисоб меравад. Худи далели вазъи саломатии кудакони ин синну сол тахти таъсири микдори зиёди омилхои ичтимой-бехдоштй ва тиббй-биологи карор дорад, дар натича, кувваи ба баходихии таъсири омилхои зикршуда равонашуда ба категорияхои махсусан актуали дохил мешаванд.

Нишондихандаи асосии вазъи саломатии организми рушдкунанда инкишофи чисмонии он аст. Аз чихати сохтори анатомиву физиологии худ организми кудак, дар раванди сабзиш ва инкишофи доими карор дорад ва хамчун натичаи ин раванд, хама, хатто хурдтарин дуршави аз равиши муътадил бояд хамчун натичаи нохуби дар вазъи саломатии вай дониста шавад [Баранов А.А., Кучма В.Р., Скоблина Н.А., 2008; Ватанбекова Г.С., 2012; Биянова И.Г., Мерзлова Н.Б., 2013].

Асоси ҳама методологияҳои баҳодиҳии вазъи саломатии кудакон, ки дар педиатрия пешбинй шудаанд, баҳодиҳии комплексй асосй ба шумор меравад. Маҳз ин методология имконият медиҳад, ки вазъи саломатии кудакон ба таври муносиб баҳогузорй карда шавад, ки асоси онро таҳқиқоти клиникии узвҳо ва системаҳое ташкил медиҳанд, ки ба баҳодиҳии ҳамаи нишондиҳандаҳои такя мекунанд ва натичаи он муайян кардани гуруҳи саломатй аст, баъдан наҳшаи диспансеризатсия интихоб карда шуда, минбаъд комплекси чорабиниҳои профилактикй ва реабилитатсионй таҳия карда мешавад.

Махз баходихии хамачонибаи вазъи саломатии кудакон, зарурати ба хисоб гирифтани на танхо параметрхои чисмонй ва рушди психомоторй, балки баходихии муносиби накши нишондихандахои сифати хаётро низ талаб мекунад. Истифода намудани нишондихандахои СХ, ба хайси меъёри баходихии истифодаи технологияхои гуногуни тиббй дар фаъолияти амалии звенои амбулатории нигохдории тандурустй хеле актуалй мебошад.

Бо дар назардошти он, ки дар педиатрияи ватан $\bar{u}$  ин самт дар корхои илм $\bar{u}$  кам ом $\bar{y}$ хта шудааст, ичро намудани тахкикоти мазкур ба миён омад [Гафуржанова Х.А., 2015; Саидмурадова Г.М., Янгибаева Б.У., 2017].

Усулхои баходих ба самаранокии кори марказхои шахрии саломат й, аз чумла самти профилактики он хеле махдуд аст, ки вобаста аз ин, кушиши омухтани имкониятхои истифодаи нишондихандахои СХ дар ин матн бисёр мавриди таваччух аст.

Муносибати комплексй нисбат ба омузиши вазъи саломатии кудакони синну соли барвакт ва томактабй, бо назардошти нишондихандахои сифати хаёт, дар асоси он тайёр кардани нишондихандахои ватании инкишофи чисмонии гурухи кудакони ин синну сол, омухтани каноатбахш будани намояндагони конунии кудакон аз сатхи расонидани хизматрасонихои тиббй дар доираи КАТС, хамчунин экспертизаи фаъолияти кормандони тиббии марказхои шахрии саломатй дар илми ватанй мавзуи омузиш ва тахлили мустакилона карор нагирифтааст, ки ин барои баргузории тахкикоти мазкур асос шуда, мубрамй, максад ва вазифахои онро муайян кардааст.

**Иртиботи тахкикот бо барномахо (лоихахо) ва мавзуъхои илмй.** Мавзуи тахкикот дар доираи корхои илмй-тахкикотии Муассиаи давлатии «Маркази чумхуриявии илмй-клиникии педиатрия ва чаррохии кудакон» Вазорати

тандурустй ва ҳифзи ичтимоии аҳолии Ҷумҳурии Точикистон бахшида ба мавзуи «Ҳолати эътимоднокй ва динамикаи инкишофи нишондиҳандаҳои саломати кӯдакон дар синну соли навзодй ва коркарди методологияи аз чиҳати илмй асосноки равиши байни секторй нисбат ба устувории он дар Ҷумҳурии Точикистон» ҚД № 0121ТJ1090 анчом дода шудааст.

### ТАВСИФИ УМУМИИ ТАХКИКОТ

**Максади тахкикот:** Омўзиши хусусиятхои ташаккули саломатй дар иртиботи мутакобила бо сифати ҳаёт, коркард ва такмил додани принсипҳои кумаки аввалияи тиббй-санитарй ба аҳолии кўдакон.

### Вазифахои тахкикот

- 1. Омузиши таъсири бозсозии гузаронидашудаи сектори нигохдории тандурусти дар Чумхурии Точикистон ба динамикаи нишондихандахои асосии вазъи саломатии ахолии кудакон.
- 2. Муайян кардани омилхои ба барқароршавии инкишофи чисмонй ва психомоторй, саломатии соматиккии кудакон дар шароити нави ичтимой-иқтисодй таъсиркунанда.
- 3. Бахогузории комплексии вазъи саломатии кудакони синну соли барвакт ва томактаби.
- 4. Омузиши таъсири омилхои хатар ба сифати хаёти кудакони синну соли барвақтва томактаби.
- 5. Муқаррар намудани имконияти истифодабарии нишондихандахои «сифати ҳаёт», ба ҳайси меъёри баҳогузории комплексии ҳолати саломатӣ ва самаранокии истифодаи чорабиниҳои табобатӣ-профилактикӣ дар кӯдакон дар сатҳи звенои аввалияи нигоҳдории тандурустӣ.
- 6. Тахияи стандартхои минтақавии инкишофи чисмонй.
- 7. Тахия ва илман асоснок кардани принсипхои оптимизатсияи кумаки аввалия тиббй-санитарй (КАТС) ба ахолии кудакони Чумхурии Точикистон.

**Объекти таҳқиқот.** Ба диспансеризатсия 272506 кудакони аз 0 то 18-солаи ш. Душанбе фаро гирифта шуд.

Омузиши комплексии холати саломати ва инкишофи чисмонии 724 кудак омухта шуд, ки аз онхо 315 нафар кудакони синну соли барвақт ва 409 — нафар кудакони синну соли томктаби буданд.

Барои тахия кардани стандартхои минтақавии инкишофи чисмонии к $\bar{y}$ дакони аз 0 то 6-сола 7319 к $\bar{y}$ дак тахқиқ карда шуд, ки аз онхо 3908 нафар писар ва 3411 духтар буданд.

Баҳогузорӣ ба инкишофи чисмонии 1566 кудак сурат гирифт, ки аз онҳо 836 нафар кудакони синну соли барвақт ва 730 нафар кудакони синну соли томктабӣ буданд.

Барои таҳқиқи сифати ҳаёти к $\bar{y}$ дакони синну соли барвақт к $\bar{y}$ дакони синну соли томктаб $\bar{u}$  дар байни 603 волидайн/парасторон пурсиш гузаронида шуд: 141 — аз 3 моҳа то 1-сола, саволномаи QUALIN; 108 — аз 1 то 3-сола, саволномаи QUALIN; 97 - аз 2 то 4-сола, саволномаи PedsQL<sup>TM</sup> 4.0; 257 - аз 5 то 7 -сола, саволномаи PedsQL<sup>TM</sup> 4.0.

Барои таҳқиқи қаноатбахш будани намояндагони қонунии кӯдакон

аз сифати расонидани ёрии тиббй дар сатхи звенои аввалияи нигохдории тандурустй ва қаноатмандии кормандони тиббй аз кори худ 160 анкетаи беном (анонимй) тахлил карда шуд.

Баходихии экспертии сифати кори кормандони тиббии звенои аввалияи нигохдории тандурустй дар асоси омузиши 106 картахои махсус тахияшудаи баходихии экспертй, нусхаи комили маълумотхо аз асноди тибби (формаи № 112, 26, 30, 63) ба рох монда шуд.

Барои баходих ба сатхи дониш дар сохаи педиатрия, тести 325 табиби тахассусхои умум дар 14 маркази шахрии саломатии ш. Душанбе гузаронида шуд.

Мавзуи таҳқиқот. Баҳодиҳии комплексии ҳолати саломатии кӯдакон мувофииқи фармоиши Вазорати тандурустй ва ҳифзи ичтимоии аҳолии Ҷумҳурии Точикистон аз 16 –уми октябри соли 2018, таҳти № 954 «Дар бораи тасдиқ кардани «Тартиби баргузории муоинаи тиббй, назорати доимии диспансерй ва вақти гузаронидани эмкунй» гузаронида шуд.

Ба ҳайси пойгоҳи иттилоотӣ барои ҷамъоварии маълумот нусҳаи комили ҳуҷҷатҳои тиббӣ (формаҳои № 112, 26, 30, 63, мувофииҳи фармоиши Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 27.03. соли 2006, таҳти № 98 «Дар бораи индикаторҳо, формаҳои ҳуҷҷатҳои аввалияи тиббӣ ва ҳисоботи омориии муассисаҳои нигоҳдории тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»), ҳамчунин картаи маҳсус таҳияшудаи таҳҳиҳи кӯдакон бо истифода аз усулҳои клиникӣ – ташҳисӣ, лабораторӣ ва инструменталии таҳҳиҳот ҳизмат карданд.

Таҳқиқи СҲ кӯдакони синну соли барвақт ва томактабӣ бо истифода аз 2 саволномаи байналмилалӣ сурат гирифт: саволномаи умумии QUALIN, ки барои баҳодиҳӣ ба СҲ-и кӯдакони солим ва бемори аз 3-моҳа то 1-сола ва аз 1-сола то 3-сола пешбинӣ шудааст; саволномаи PedsQL, ки барои гурӯҳҳои синнусолии 5-7, 8-12, 13-18 –сола муайян карда шудааст.

Усули сотсиолог хангоми ом ўзиши қаноатмандии намояндагони қонунии к ўдакон аз сифати ёрии расонидашудай педиатр й дар марказ хой шахрий саломат йистифода карда шуда буд.

«Картаи баходихии экспертии сифати расонидани ёрии тиббй барои кудакон»-и тахияшуда бо мақсади боз хам амиқтар омухтани хама самтхои фаъолияти кормандони тиббй-профилактикй, табобатй-ташхисй, диспансерй истифода карда шуд.

Баходихии экспертй тавассути мукоиса кардани маълумотхои ба даст овардашуда бо тавсияхои клиникии тасдикшуда оид ба ташхис ва табо бати беморон дар сатхи ёрии амбулаторй-поликлиникй амалй карда шуд: фармоиши ВТ ва ХИА ЧТ аз 19 июни соли 2020, тахти № 456 «Дар бораи дар амал тасдик ва ворид кардани тавсияхои клиникй оид ба ташхис ва расонидани ёрии тиббй ба беморон дар сатхи хадамоти аввалияи тиббй-санитарй».

#### Навгонии илмй.

1. Муқаррар карда шуд, ки дар протсесси бозсозии сектори ниго хдории тандуруст (солхои 2011-2021) хусусиятхои чараёни беморихои гуногун ва сифати расонидани кумаки аввалияи тиббй-санттарй ба қудакон тағйир ёфтааст,

- ки ин боиси кам шудани пахншавй ва сохтори беморшавии кудакони синну соли барвакт ва томактаби дар ЧТ гаштааст.
- 2. Диспансеризатсияи гузаронидашудаи кудакон имконият дод, ки тамоюли холати саломатии онхо муайян карда шавад, ки дар кам шудани хиссаи кудакони солим ва хамзамон зиёд шудани вазни холиси кудакони дорои беморихои музмин ва маъюбшавии кудакон инъикос ёфтааст.
- 3. Омилхои хатарй ба ташаккули холати саломатй ва сифати хаёти кудакон бо назардошти давраи синнусолии кудакй таъсиркунанда мукаррар карда шуд. Хамин тартиб, дар кудакони синну соли барвакт дар мукоиса аз кудакони сини томактабй омилхои тиббй-биологи бартари доштанд, ки дар ин чо бадкунандагони СХ омилхои хатари ичтимой-психики ва модди-иктисоди буданд.
- 4. Беморшавии кудакони синну соли барвақт бо бартар доштани беморихои бронху шушхо, баъдан беморихои узвхои хозима, хун ва узвхои хунофар, холатхои чудогонаи давраи перинатал и муайян карда мешавад. Дар синну соли нисбатан калонтар бемории асос бемории узвхои хозима мебошад ва баъдан беморихои бронху шушхо, системаи устухону мушакхо, беморихои чашм, системахои эндокрин ва пешобу таносул и.
- 5. Нишондихандахои сифати хаёти кудакони синну соли барвакт ва томактабии ш. Душанбе, бо назардошти ахамияти синнусоли ва чинс муайян карда шуд.
- 6. Имкониятхои иститфодаи нишондихандахои СХ ба хайси яке аз меъёрхои баходихии комплексии вазъи саломатии кудакон ва барои баходихи ба самаранокии истифодабарии технологияхои тибби дар мисоли кудакони зудзуд беморшаванда мукаррар карда шуд.
- 7. Марҳалаҳои асосии гузаронидани муоинаҳои профилактикии аҳолии кӯдакон, ки дар нигоҳдории тандурустии амалии ҶТ коркард ва ворид карда шудаанд, тамоюл доштан ба инкишофи дисгармони бо бартари доштани қадпастиро (бештар дар писарҳо) нишон доданд.
- 8. Бори нахуст тамоюли мушаххаси инкишофи дисгармонй дар байни кудакони синну соли 6-сола нишон дода шудааст; қадпастии ташаккулёфта проблемаи чиддии ичтимой мебошад. Бехтар кардани гизо, инкишофи чисмонй ва асабиву равонй сахми мухимме дар татбиқи Барномаии миллии коммуникатсионии 1000 рузи ҳаёти кудак дар ЧТ ба ҳисоб меравад.

## Ахамияти назариявй ва илмй-амалии тахкикот.

Зарурати баргузории муоинахои динамикии профилактикаи тиббй бо чалб кардани мутахассисони сохахои махдуд бо максади гузаронидани ислохи инфиродии хам беморихои асосй ва хам хамрохшуда, хануз то ба мактаб шомил шудан, дар давраи дар муассисахои томактабй будани кудак асоснок карда шудааст.

Иртиботи коррелятсионии муқарраркардаи байни омилҳои гуногуни тибби-биологи ва ичтимой ба СҲ-и кудакони синну соли барвақт ва томактаби, имконияти татбиқ намудани нишондиҳандаҳои баҳодиҳи ба сифати ҳаётро ҳамчун меъёри комплексии баҳодиҳи ба ҳолати саломатии кудакон ва самаранокии истифодаи чорабиниҳои табобати-солимгардони дар сатҳи

звенои аввалияи нигохдории тандурусти амали сохтааст.

Меъёрхои минтакавии синнусолй ва чинсии инкишофи чисмонии кудакони синну соли барвақт ва томактабии ш. Душанбе бознигарй ва бозсозй шудаанд, ки дар асоси онхо методикаи баходихии инфиродии параметрхои инкишофи чисмонй асоснок карда шудаанд.

Натичахои ба дастовардаи тахкикот метавонанд, ки барои илман асоснок кардани роххои оптимизатсия ва такмили КАТС ба ахолии кудакони Чумхурии Точикистон асос шаванд.

Хулосаҳои илман асоснок ва тавсияҳои амсалӣ ва шарҳу тавзеҳи онҳо, чанбаҳоии методологӣ, ки дар таҳқикот оварда шудаанд, метавонанд, ки ба барномаи такмил ва баланд бардоштани таҳассуси кормандони тиббӣ ба кор бурда шаванд ва низ талабот нисбат ба онҳо дар раванди таълими кафедраҳои таҳассусии макотиби олии тиббӣ дида мешавад.

## Нуқтахои асосии барои химояшавандаи диссертатсия:

- 1. Дар дахсолахои охир тамоюли бад шудани холати саломатии кудакони синну соли барвакт ва томактаби муайян карда шудааст. Чунончи, дар хатми давраи синну соли барвакт, яъне дар сесолагии хаёт, гурухи I саломати дар заминаи зиёд шудани микдори кудаконе, ки инхирофи морфофунксионали ва беморихои музмин доранд, такрибан 1,5 маротиба кам мешавад. Танхо 15,5%-и кудакони синну соли 6-сола солим эътироф шудаанд.
- 2. Муайян карда шудааст, ки дар сохтори беморшавии кудакон дар давоми дах соли охир беморихои сироятй, аз чумла сироятхои рудахо бартари доранд. Дар айни замон, дар кудакони синну соли калонтар бемории асоси беморихои узвхои хозима мебошад, баъдан беморихои системаи бронху шушхо, системаи устухону мушакхо, беморихои чашм ва системаи эндокрини меоянд.
- 3. Имконияти истифода кардани нишондихандахои сифати хаёт хамчун меъёри иловаг дар баходихии комплексии холати саломатии кудакон муайян карда шудааст. Истифодаи усули баходихии СХ, хамчун меъёри самаранокии истифодаи усулхои табобат солимгардон дар фаъолияти амалии педиатрия асоснок карда шудааст.
- 4. Мархалахои асосй ва даврахои синнусолии муоинахои профилактики кудакон, ки равиши захиравй барои пешгирй намудани беморихои гуногуни ахолии кудакони ЧТ ба хисоб мераванд, тахия карда шудааст.

Дарачаи эътимоднокии натичахои диссертатсияро хачми кофии маводи аз чихати оморй бо ёрии барномахои амалии «Statistica 10» (StatSoftInc., ИМА) ва «IBM SPSS Statistics 21» (IBM Corp., ИМА) коркардшуда, тахлили микдори зиёди адабиёти муосири илмй, микдори нашрнамудаи маколахои илмй тасдик мекунанд. Нуктахои барои химоя пешниходшаванда, хулосахо ва тавсияхои амалй дар асоси натичахои ба даст овардаи пажўхиши рисола ташаккул ёфта, максад ва вазифахои дар пеш гузошташударо инъикос мекунанд. Натичахои тахкикот дар мачаллахоли байналмилалй ва миллии такризшавандаи фехристи КОА назди Президенти ЧТ ва КОА ФР такриз шудаанд, хамчунин дар конференсияхои байналмилалй (Точикистон, Россия) тайд шудаву двар

нақшаи таълимии таҳсилоти баъдидипломӣ, дар фаъолияти амалии марказҳои саломатии шаҳрӣ татбиқ гаштаанд.

Мувофикати диссертатсия бо шиносномаи ихтисоси илмй. Пажуҳиши диссертатсия ба шиносномаи КОА-и назди Президенти ЧТ оид ба ихтисоси 14.01.08 - Педиатрия: зербанди 3.1. Хусусиятҳои инкишофи чисмонй, асабй-равонй, ҳолати системаҳои функсионалии кӯдакон ва наврасон. Зербанди 3.2. Хӯрок додан ва ғизои кӯдакон ва наврасони солим ва бемор гипо- ва гипервитаминоз. Диатез, ихтилоли ҳозима ва ғизо. Зербанди 3.3. Физиология ва патологияи умумии давраи навзодй, синну соли барвақт, калон ва навраси. Зербанди 3.5. Бемориҳои дарунии кӯдакон ва наврасон. Паҳншавй, этиология, патогенез, омилҳои ирсй, клиника, ташхис, табобат, профилактика, реабилитатсия мувофиқат мекунад.

Сахми шахсии довталаби унвони илмй. Муаллиф чамъоварии маводи пажуҳиши илмй-таҳқиқотиро мустақилона анчом дода, шарҳ ва таҳлили сарчашмаҳои илмиро ичро намудааст, мақсад ва вазифаҳои таҳқиқотро муайян кардааст, чамъоварй ва танзими маводи амалияро амалй сохтааст, қисми клиникии таҳқиқотро гузаронидааст, дар ҳайати бригадаи комплексй чиҳати диспансеризатсияи кудакон дар ш. Душанбе иштирок кардааст. Муаллиф пойгоҳи маълумотҳоро сохтааст, коркарди омории маводи барои таҳқиқот чамъшударо гузаронидааст, натичаҳои ҳосилшударо таҳлил кардааст, дар асоси онҳо ҳулосаҳо ва тавсияҳои амалиро барои нигоҳдории тандурустии амалй пешниҳод намудааст, дастнависро таълиф ба шакл даровардааст. Муаллиф мустақилона гузоришҳо ва маводҳоро омода карда, мақолаҳо нашр кардааст, дар конгрессҳои илмй, конференсияҳо ва съездҳо баромад кардааст, натичаҳои таҳқиқот дар монографияҳо инъикос ёфтаанд.

Таьйид ва татбики натичахои рисола. Нуктахои асосии диссертатсия гузориш шудаанд: дар конференсияи муштараки чумхуриявии илмй-амалии «Дурнамои рушди илмхои бунёдии тиббй дар Точикистон» ва 56-умин конференсияи илмй-амалии солонаи ДДТТ ба номи Абуалй ибни Сино (Душанбе, 2008); съезди V акушер-гинекологхо ва неонатологхо дар Чумхурии Точикистон «Модар ва кудак» (Душанбе, 2010); съезди V педиатрхо ва чаррохони кудакони Точикистон (Душанбе, 2010); Конгресси XI педиатрхои Авруосиё «Проблемахои саломативу инкишофи кудакон дар мархалаи муосир» (Душанбе, 2011); конференсияи 6-уми байниминтақав бо иштироки намояндагони байналмилалй «Масъалахои мубрами педиатрия» (ФР, Калининград, 2014); съезди VI педиатрхо ва чаррохони кудакони Точикистон «Ташаккули кудаки солим дар чомеа, масъалахои нигохубин, инкишоф ва гизо дар контексти татбики Хадафхои рушди хазорсола» (Душанбе, 2015); конференсияи VII -уми байниминтақав бо иштироки намояндагони байналмилалй «Масъалахои мубрами педиатрия» (ФР, Калининград, 2015); Конгресси IX педиатрхои кишвархои ИДМ «Ташаккули саломатии кудакон дар шароити муосири нигохдории тандурусти» ва форуми III оид ба ғизо «ғизо дар доираи татбиқи Стратегияи Миллии рушди Чумхурии Точикистон дар давраи то соли 2030» (2019, Душанбе); съезди III чаррохони кудакон, анестезиологхо-реаниматологхои Чумхурии

Точикистон «Усулхои муосир дар чаррохии кудакон ва табобати интенсиви: дастовардхо, мушкилот ва роххои халлу фасл кардани онхо» (Душанбе, 2020).

Интишори натичахои диссертатсия. Аз руйи мавзуи тахкикоти диссертатсионй дар 49 кори илмй, аз чумлаи онхо 16 маколаи илмй дар мачаллахои такризшавандаи КОА назди Президенти Чумхурии Точикистон ва КОА Вазорати маориф ва илми Федератсияи Россия, 1 монография нашр шудааст.

**Хачм ва сохтори диссертатсия.** Маводи диссертатсия дар ҳачми 377 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шуда, аз муҳаддима, тавсифи умумии таҳҳиҳот, шарҳи адабиёт, боби мавод ва усулҳои таҳҳиҳот, 5 боби натичаҳои таҳҳиҳоти худи диссертант, баррасии натичаҳои ба даст овардашуда, хулоса, тавсияҳои амалӣ ва феҳристи адабиёти истифодашуда иборат мебошад. Дар рисола 46 чадвал ва 84 расм оварда шудааст. Феҳристи адабиёт 435 сарчашмаро дар бар гирифтааст, аз онҳо 322 сарчашма бо забони русӣ ва 113 сарчашма бо забони англисӣ мебошанд.

### МУХТАВОИ ТАХКИКОТ

**Мавод ва усулхои тахкикот.** Тахкикот дар заминаи пажухиши комплексии тиббй-ичтимоии гузаронидашуда, ки ба омузиши проблемахои мутобикшавии биологи ва ичтимоии кудакон бо назардошти шароити таги ирёбандаи ичтимой-иктсоди нигаронида шудааст, асос ёфтааст.

Таҳқиқот дар Маркази илмӣ-клиникии педиатрия ва чарроҳии кӯдакони Чумҳурии Точикистон ва озмоишгоҳҳои соҳавии МФДМ «Маркази миллии таҳқиқотии тиббии саломатии кӯдакон" ичро карда шудааст. Асоси таҳқи-котро принсипи бисёрмарҳилавии чамъоварии иттилоот, коркарди омории он ва ниҳоят, таҳлили натичаҳои ҳосилшуда, ки солҳои 2011-2021-ро фаро мегирад, ташкил доданд.

Объекти тахкикот инхо буданд:

- Марказхои шахрии саломатии ш. Душанбе (№ 1-14);
- Боғчахои кӯдакон № 80, 133, 143, 147;
- Марказхои хусусии тиббй-машваратии «Зангула», «Медиан»; Ба гурухи тахкикот дохил карда шуданд:
- Ахолии кудакони ш. Душанбе диспансеризатсия 272506 кудаки аз 0 то 18-соларо дар бар гирифт;
- Барои коркарди стандартхои минтақавии инкишофи чисмонии кудакони аз 0 то 6-сола 7319 кудак тахқиқ карда шуд, ки аз онхо 3908 – нафар писар ва 3411 – нафар духтар буданд;
- Омузиши комплексии холати саломатии 724 кудаки синну соли барвақт ва томактаби гузаронида шуд;
- Баходихии инкишофи чисмонй дар 1566 кудак гузаронида шуд, аз онхо 836 кудаки синну соли барвакт ва 730 кудаки синну соли томактаби буданд;
- Таҳлили сифати ҳаёт дар 603 кӯдак гузаронида шуд;
- Таҳқиқоти қаноатмандии намояндагони қонунии кудакон аз сифати

ёрии тиббии расонидашуда тавассути 88 анкета, кормандони тибб $\bar{u}$  72 анкета, баходихии экспертии сифати кори кормандони тибб $\bar{u}$  — 106 карта гузаронида шуд; тести сатхи дониши табибони ихтисосхои умум $\bar{u}$  — 325 анкета.

Баходихии комплексии холати саломатии кудакон хатман бо назардошти меъёрхои асосии базавй гузаронида шуд: мавчуд будан ё набудани ихтилолхои функсионалй ва ё беморихои музмин бо назардошти варианти клиникй ва фазаи чараёни протсесси патологй; сатхи холати функсионалии системахои асосии организм; дарачаи муковимати организм ба таъсироти нохуби берунй; сатхи инкишофи ба даст овардашуда ва дарачаи мавзунии он, хамчунин натичахои тахкикоти худй, хулосаи мутахассисони ихтисосхои махдуд.

Бо мақсади баҳогузории комплексии кӯдакони таҳқиқшаванда, нус-хабардории комили маълумотҳои ҳуҷчатҳои тиббӣ (формаҳои № 112, 26, 30, 63) анчом дода шуд.

Хамзамон бо ин, барои ҳар як кудак анкетаи махсус таҳиякардашуда пур карда шуд, ки дар он оид ба вазъи ичтимой-иктисодй, «ичтимой-психологй» манзараи ин оила ва шароити санитарй-гигиении зиндагй, ки дар он кудак ба воя мерасад, маълумоти муфассал гирд оварда шудааст. Анкета омилҳои хатари модар (вазъи саломатй, чараёни ҳомилагй ва валодат), чараёни даврони навзодй ва кудакии барвакт, хурок додан, муҳлати ворид кардани хуроки иловагй ва ислоҳи ғизо, моякубии профилактикй, беморшавй, режими руз, ташриф овардан ба марказҳои саломатии шаҳрй ва секторҳои хусусии хизматрасониҳои тиббй ва ғайраро дар бар гирифтааст.

Тақрибан ҳамаи кӯдаконро мутахассисони соҳаҳои маҳдуд - окулист, ЛОР-табиб, кардиоревматолог, чарроҳ, невролог, ортопед, эндокринолог муоина кардаанд. Ҳама усулҳои маъмулии таҳқиқоти лабораторӣ (таҳлили умумии хун, пасафканду пешоб, ҳангоми зарурат таҳлили биоҳимиявии хун, киштҳои бактериалӣ аз пасафканд, пешоб, аз бинӣ ва ҳалқум, статуси иммунологӣ, панели аллергӣ ва ғ.) гузаронида шуданд. Ҳамчунин усулҳои инструменталии таҳқиқот — ТУС —и узвҳои дарунӣ, буғумҳои косу рон, ЭХО-КГ, нейросонография, ҳангоми зарурат фиброгастродуаденоскопия ичро карда шуд.

Нихоят, дар асоси мархалахои дар боло зикршудаи тахкикот вобаста аз вазъи саломатй, кудакони тахкикшуда ба гурухи дахлдори саломатй дохил карда шуданд (мувофики Громбах).

Бо мақсади таҳия намудани *чадвалҳои минтақавии баҳодиҳии инки-шофи чисмонй* маводи муоинаи 7319 кудаки синну соли аз 0 то 6-солаи миллаташон точик истифода гашт, ки аз онҳо 3908 нафар писар ва 3411 нафар дуҳтарон, сокинони маҳаллии ш. Душанбе буданд. Гуруҳҳои кудакон аз чиҳати синну сол ва чинс баробар буданд, микдори ҳар як гуруҳ 100 нафар ва аз он зиёдтарро дар бар гирифта буд.

Барои хосил кардани тасаввуроти умумй оид ба шароит ва конунмандихои асосии инкишофи чисмонй тахкикоти дарозии бадан, вазн, даври сар ва кафаси сина гузаронида шуд. Дар хамаи кудакон антропометрия

боусули маъмулии классикй ва бо истифода аз лентаи сантиметрй, тарозу ва кадченкунак сурат гирифт.

Барои хар як аломат бузургихои муносиб хисоб карда шуд;

- М бузургии миёнаи арифметикй;
- т хатои бузургии миёнаи арифметикй;
- $\sigma$  инхирофи миёнаи квадрат $\bar{u}$ , ки тағйирпазирии аломатро инъикос мекунад.

Мавод бо усули омори вариатсион ва тахлили регрессив коркард шуда, дар асои нишондихандахои хосилшуда барои хар як аломат стандарт ва чадвалхои баходихии инкишофи чисмонии кудакони аз 0 то 6-сола барои истифодаи амалии онхо тартиб дода шуд.

Стандартхои инкишофи чисмонй параметрхои миёнаи арифметики инкишофи чисмонй (ИЧ) ва сигмахои онхо хисобида шуданд. Барои хар як гурухи синнусолй-чинсй меъёрхои худи онхо тартиб дода шуд, ин имконият медихад, ки гетероморфизми инкишофи чисмонй ва диморфизми чинсй тасаввур карда шавад.

Дар асоси натичахои хосилшуда мо ду усули баходихии инфиродии инкишофи чисмониро пешниход намудем.

Ин усули инхирофи <u>сигмалй</u> аст, вакте ки нишондихандахои инкишофи чисмонии фард (кад, массаи бадан, даври кафаси сина ва сар) бо бузургихои миёнаи арифметикии аломатхои дахлдор, барои гурухи муайяни синнусолйчинсй мукоиса карда мешаванд, бо ин максад аз чадвалхои стандартхо истифода карда шуд. Маълумотхои хосилшуда дар шакли хиссахои сигма (о) ифода шуданд.

Шархи маълумотхои ба даст овардашуда чунин сурат гирифт:

- аз  $M-1\sigma$  то  $M+1\sigma-$  инкишофи миёна
- аз М +1 σ то М +2 σ болотар аз миёна
- аз М +2 ото М +3 о баланд
- аз  $M 1\sigma$  то  $M 2\sigma$  камтар аз миёна
- аз  $M 2\sigma$  то  $M 3\sigma \pi a c T$

Ба ҳайси усули дуюм барои баҳогузорӣ ба инкишофи чисмонии кӯдак мо усули коррелятсиониро ба кор бурдем. Асоси усули баҳогузорӣ ба инкишофи чисмонӣ ҳангоми ҳисоб кардани нишондиҳандаҳои регрессия маълумотҳои вобаста ба ду аломат ҳабул карда шуданд, ваҳте ки зиёдшавии марҳилавии яке аз аломатҳо (масалан, массаи бадан), ҳангоми ҳамзамон зиёд шудани аломати дигар (масалан ҳад то 1 см) ҳангоми иртиботи мустаҳим доштан, ҳамин гуна манзара ҳангоми тадричан кам шудан- ҳангоми баръакс низ ба мушоҳида мерасад.

Дар протсесси баходихии комплексии ИЧ (инкишофи чисмонй) кудакон тибки шкалаи регрессия чадвали баходих тартиб дода шуд, ки якчан параметрро дар бар мегирифт. Асоси онхоро инхо ташкил додаанд:

- 1. коэффициенти корреляциони (r)
- 2. коэффитсиенти регресси (R y/x) инъикоскунандаи нишондихандаи тағйироти як аломат ҳангоми тағйир ёфтани аломати дигар то як воҳид;
- 3. сигмаи регрессия ( $\sigma R$ ) –сигмаи чузъ $\bar{u}$ , ки барои муайян кардани бузур-

гии инфиродии инхирофи аломатот, дар алоқамандӣ бо аломати дигар зарур аст.

Чадвалхо чунин сохта шудаанд: дар графаи аввали чадвал сархади инхирофхои сигмалй нисбат ба сигмаи умумии (±σ) қад чоёгир шудаанд; дар графаи дуюм вариантхои қад бо фосилаи 1 см аз бузургии минималй то максималй барои ин синну сол (вариантхои қад дар 5 зергуруҳ гуруҳбандй шудаанд (миёна, болотар аз миёна, баланд, пасттар аз миёна, паст), вобаста аз инҳироф аз бузургии миёнаи арифметикй — М); дар графахои сеюм ва чорум бузургиҳои массаи бадан, даври қафаси сина ва сар оварда шудаанд, ки ба ҳар як бузаргии қад мувофиқат мекунанд.

Дар поёни хар як графа бузургии миёнаи аломати марбута (М), сигмаи умумии ( $\pm \sigma$ ) барои қад, коэффитсиенти регрессия (R y/x) барои вазн, даври қафаси сина ва сигмахои чузъии онхо ё сигмаи регрессия ( $\pm \sigma$ r) оварда шудааст. Ба тарзи дигар, ин чадвалро истифода карда, мо метавонем таносуби инкишофи чисмонии к $\bar{y}$ дак (инкишофи чисмонии мавзун ё ғайри мавзунро) мушохида кунем.

Барои сода кардани истифодаи амалии чадвал, мо пешакй сархади вариантхои муътадил ва бадшудаи вазн ва даври кафаси синаро хангоми гуногун будани кади кудакон дар хар як гурухи синнусолй ва чинсй муайян кардем. Ин табибро аз хисобкунихои иловагии арифметики озод мекунад ва имконият медихад, ки мавчуд будани инхирофхо дар нишондихандахои инкишофи чисмонй алохида дар хар як кудак зуд мукаррар карда шавад.

Аз гуруҳи мушоҳида ҳама ҳолатҳои «ноҳамгунӣ» аз руйи вазъи саломатӣ хорич карда шуданд, яъне кудаконе, ки бемориҳои музмини бо интоксикатсия чоришаванда, дорои ихтилолҳои чиддии фаъолияти узвҳо ва системаҳои организм, бемориҳои эндокринӣ, норасидагӣ, дугоникӣ доштанд, ба талаботи зарурии коркарди стандартҳои минтаҳавии инкишофи чисмонии кудакон чавобгуҳ ҳастанд.

Баҳодиҳӣ ба инкишофи чисмонӣ дар 1566 кӯдаки синну соли барвақт ва томактабӣ мувофиқи меъёрҳои таҳияшудаи минтаҳавӣ ва стандартҳои байналмилалӣ гузаронида шуд.

Tаҳқиқоти CX –и к $\bar{y}$ дакони синну соли барвақт ва томактаб $\bar{u}$  дар 603 к $\bar{y}$ дак гузаронида шуд. Воситаҳои таҳқикот 2 саволномаи байналмилал $\bar{u}$  интихоб карда шуд.

Саволномаи QUALIN барои баходихии СХ кудакони солим ва бемор муайян карда шуд, ки аз 2 блок иборат аст: синну сол аз 3-моха то 1-сола, ки 33 савол дорад ва аз 1 то 3-сола- 34 савол дорад, вай саволхо хам барои волидайн ва хам чудогона барои педиатрхоро, ки муоинаи кудаконро ба ухда доштанд, дар бар мегирад. Бо ёрии ин саволнома СХ дар 141 кудаки аз 3-моха то 1-сола ва 108 кудаки аз 1 то 3-сола тахкик карда шуд.

Хар як савол 6 варианти чавоб дорад, ин имконият медихад, ки минбаъд рамзгузории нави чавобхо, барои минбаъд хисоб кардани баллхо аз руйи системаи шашбалй — аз 0 то 5 балл гузаронида шавад, мутаносибан чи кадар ки балл баланд бошад, сифати хаёти кудак хамон кадар хуб аст.

Бо ёрии саволномаи PedsQL 4.0 тахкикоти сифати хаёт дар 97 кудаки

аз 2 то 4-сола ва 257 кудаки аз 5 то 7-сола гузаронида шуд.

Саволномаро мустақилона яке аз намояндахои қонунии кудак ва ё худи кудак (5-7-сола) пур мекунад. Шартхои ҳатмӣ - алоҳида пур кардан то ин ки ба чавоби якдигар таъсир нарасонанд.

Ин восита 23 саволро дар бар мегирад. Истифодаи саволномаи PedsQL 4.0 барои баходихй ба СХ тибки 4 шкала гузаронида мешавад: фаьолияти чисмонй (ФЧ- аз 8 савол ташкил шудааст), фаьолияти эмотсионалй (ФЭ- аз 5 савол), фаьолияти ичтимой (ФИ – аз 5 савол), хаёти кудак дар мактаб/богчаи бачахо ё фаьолияти мактабй (ФМБ/ФМ- бо назардошти синну сол вобаста аз синну соли кудак 3 ё 5 саволро дар бар мегирад).

Scaling process мувофики барномаи махсус гузаронида шуд, ки дар он микдори умумии баллҳо 100 баллро ташкил дод: натича дар сурати ба даст овардани микдори максималии балҳо мусбат арзёбӣ мешавад.

Меъёрхои хорич кардани волидайн аз тахкикот, мавчуд будани беморихои рухи ва ба кадри зарури надонистани забони муошират аст, ки метавонад боиси чавобхои номуносиб гардад. Хамчунин кудаконе, ки дорои ихтилолхои возехи рухи ва кобилияти паст зехи буданд, хорич карда шуданд. Чанбаи хатмии баргузории тахкикот ин буд, ки пеш аз пур кардани саволнома, мувофики талаботи байналмилали респондентхо ризоияти огохонидашударо имзо мекунанд.

Бо усули анкетарон ва мусохиба тахкикоти ом ўзиши каноатмандии намояндагони конунии к ўдакон аз сифати ёрии педиатрии расонидашуда дар марказхои шахрии саломат ў, хамчунин дарачаи каноатмандии худи кормандони тибб й аз кори худ, баходихии экспертии сифати кори кормандони тиббии ин марказхо гузаронида шуд.

Мувофики вазифахои дар пеш гузошташуда, 266 анкета тахлил карда шуд, ки махсус барои барои ҳар як гуруҳи таҳқиқшаванда таҳия карда шуда буданд: намояндагони қонунии кудакон (88), кормандони тиббй (72) ва барои гузаронидани баҳодиҳии экспертии сифати ёрии ба кудакон расонидашуда (106). Анкета барои намояндагони қонунии кудакон аз муҳаддима ва қисми асосй иборат буд, ки саволҳои худбаҳодиҳй ба саломатй, фаъолнокии тиббй, дастрасии ёрии тиббй, қаноатмандй аз сатҳу сифати ёрии тиббии расонидашуда ба куҳаконро дар бар мегирифт.

Барои пурсидани кормандони тиббй низ «Анкетаи анонимии кормандони тиббй» тахия какрда шуд, ки саволхои инъикоскунандаи сатхи тахассусии кормандон, таъминнокии моддй, баходихй ба сифати ёрии тиббй, ки муассисахо мерасонанд, микроклимат дар коллектив ва ғайраро дар бар гирифтааст.

«Картаи баходихии экспертии сифати ёрии тиббии ба кудакон расонидашуда» барои нисбатан амиқтар омухтани сифати ёрии тиббии ба кудакон расонидашуда дар сатхи звенои аввалияи нигохдории тандурусти тахия карда шудааст. Дар ин хуччат такрибан хама самтхои фаъолияти кормандони тиббй- профилактикй, табобатй-ташхисй, диспансеризатсия оварда шудаанд.

Чамъоварии иттилоот тавассути нусхабардории маълумотхо аз кар-

таи тиббии бемор (ф. №112/у), картаи муоинаи диспансерй (ф. №30/у), карты моякубии профилактики (ф. №63/у) анчом дода шуд. Баходихии эксперти бо рохи мукоиса кардани маълумотхои ба даст овардашуда, ки тавсияхои клиники оид ба ташхис ва табобати беморон дар сатхи ёрии амбулатори-поликлиники тасдик шудаанд, анчом дода шуд: фармоиши ВТ ва ХИА ЧТ МЗ аз 19-уми июни соли 2020 №456 «Дар бораи тасдик намудан ва дар амалия ворид кардани тавсияхои клиники оид ба ташхис ва расонидани ёри ба беморон дар сатхи хадамоти аввалияи тибби-санитари».

Бо мақсади муайян кардани сатҳи дониш дар соҳаи педиатрия, тести 325 нафар табибони амалияи умумӣ дар 14 маркази шаҳрии саломатии №14, ш. Душанбе гузаронида шуд.

Бо ин мақсад саволхои махсуси тестй тахия карда шуд, ки ҳама самтҳои фаъолияти хадамоти аввалияи тиббй-санитарй, яъне табобатй, ташхисй, профилактикй ва реабилитатсиониро дар дар мегирифт. Баҳогузорй, маъмулан мувофики системаи 5 баллй сурат гирифт.

Мархилаи хотимавии таҳқиқот аз илман асоснок кардани зарурати татбиқ намудани технологияҳои муосири тиббй ва самаранокии олии як қатор чорабиниҳои табобатй-солимгардонй ва тиббй –ташкилй дар сатҳи звенои аввали нигоҳдории тандурустй иборат буд. Аз чумла, истифодаи нишондиҳандаҳои сифати ҳаёт ҳамчун меъёри баҳодиҳии комплексии вазъи саломатии кудакон ва баҳодиҳй ба самаранокии истифодаи чорабиниҳои профилактикй ва табобатй-солимгардонй, ки дар мисоли кудакони зи-ёд ва дуру дароз беморшаванда нишон дода шудааст.

**Тахлили омории** маълумотхои ба даст овардашуда дар компютери инфирод $\bar{u}$  бо ёрии барномахои амалии омории «Statistica 10» (StatSoftInc. ИМА) ва «IBM SPSS Statistics 21» (IBM Corp., ИМА) анчом дода шуд. Бузургихои мутлак дар шакли ифодахои миёна ва инхирофи стандартии онхо (М $\pm$ 8 или М $\pm$ SD) пешниход карда шуданд. Баъзе параметрхои мутлак дар шакли медиана бо кввартилхои поён $\bar{u}$  ва боло $\bar{u}$  (Ме [25q; 75q]) пешниход карда шудааснд. Бузургихои нисб $\bar{u}$  дар шакли хиссахо (%) нишон дода шуданд. Мукоиса кардани бузургихои мутлаки мустакил мувофики меъёри Манн-Уитни, бузургихои нисб $\bar{u}$  бошанд тибки критерияи  $\chi^2$  ( $\chi^2$  бо ислохи Йетс ва тибки ф-критерияи Фишер вобаста аз микдори муоинахо дар хоначахои чадвали чормайдондор) ичро карда шуд. Тахлили коррелятсион $\bar{u}$  мувофики критерияи Пирсон сурат гирифт. Дар баробари ин, таносуби шансхо бо 95% -и фосилахои эътимоднок (OR 95% CI) хисоб карда шуданд. Хама натичахои ба даст овардашуда хангоми р <0,05 будан аз чихати омор $\bar{u}$  мухим буданд.

## Натичахои тахкикоти худй

Натичахои диспансеризатсияи умумии к $\bar{y}$ дакони аз 0 то 18-солаи ш. Душанбе дар вазъи саломатии к $\bar{y}$ дакон тамоюли дар давраи дахсолаи гузашта ташаккулёфтаро тасдик намуд: кам шудани хиссаи к $\bar{y}$ дакони солим (аз 45,5% то 29,2%), бо хамзамон зиёд шудани вазни холиси к $\bar{y}$ дакони дорои беморихои музмин ва маъюб $\bar{u}$  (5,3%).

Муқаррар карда шуд, ки миқдори бештари кудакони солим дар соли

аввали ҳаёт (42,61%) ба мушоҳида расид, зиёда аз нисфи к $\bar{y}$ дакони ин категорияи синнусол $\bar{u}$  ба гур $\bar{y}$ ҳи II (51,32%) ва 6,07% ба гур $\bar{y}$ ҳи III-V-и солим тааллуқ доштанд.

Дар 3-солагӣ, динамикаи нохуби кам шудани миқдори кӯдакон дар гурӯҳи I –и солим (29,24%) дар заминаи зиёд гаштани миқдори кӯдакони дорои тағйиротҳои морфофунксионалӣ (65,18%) ва тақрибан миқдори бетағйири кӯдакони дорои бемориҳои музмин (5,58%) ба мушоҳида расид.

Дар давраи наврасӣ такрибан ҳар як кӯдаки сеюм (30,33%) солим ҳисобида мешуд, амммо микдори кӯдакони дорои бемориҳои музмини дарачаҳои гуногуни компенсатсия, бемайлон зиёд шудааст (15,13%).

Муайян карда шуд, ки миқдори кудакони солим бо калон шудани синну сол бемайлон кам шудааст ва дар синну соли навраси вай дар муқоиса аз синну соли кудакии барвақт то 12,3% кам гаштааст. Дар ин маврид миқдори кудакони дорои беморихои музмин 2,5 маротиба зиёд шудааст.

Сохтори беморихои кудакони аз 0 то 18-сола мукаррар карда шуд, ки чойи асосиро дар он беморихои узвхои нафаскашй (48,8%) иштол намуданд. Сатхи нисбатан баландтари беморихои бори нахуст ошкор кардашуда дар чунин синфи беморихо ба чашм расид: беморихои хун ва узвхои хунофар - 32%, беморихои системаи эндокринй - 31%, асосан аз хисоби беморихои гадуди сипаршакл (34%) ва фарбехй (25%), беморихои системаи устухону мушакхо - 26,5%, беморихои узвхои хозима - 24,7%.

Бо мақсади муайян кардани комплекси омилхои хатари биологӣ ва тиббиву ичтимой, ки ба барқароршавии саломатии кӯдакон таъсир мерасонанд, мо таҳлили амиқи анамнези ҳаёт, ҳолати саломатӣ ва некуаҳволии ичтимоии 724 кӯдакро дар лаҳзаи таҳқиқоти гузаронидашуда анчом додем: кӯдакони синну соли барвақт 315 (43,5%) ва 409 (56,5%) кӯдакони синну соли томактабӣ буданд, аз онҳо писарҳо 58% ва дуҳтарҳо 42%-ро ташкил доданд.

Тахлили хусусиятхои тиббй-ичтимоии намунаи тахкикшуда нишон дод, ки бештар кудакон аз оилахои пурра (93,7%), оилахои серфарзанд не (86,1%), модарони синну соли муътадили репродуктив $\bar{u}$  (20-34 лет, 62,4%) хастанд, ки дар зиёда аз нисфи холатхо маълумоти ол $\bar{u}$  ё миёнаи махсус доранд (53,9%).

Омили нисбатан манфии хатар дар оилахое, ки кудакони синну соли барвақти кудаки ё томактаби ба воя расидаанд, дорои шароити ғайри қаноатбахши моддиву маиши— 30,5% (дар хучрахои ичора ё бо хамрохии хешовандон мезистанд, оилахои аз чихати иқтисоди пасттар аз минимуми зиндаги) буданд ва дар оилахо микроиклими нохуби психологи— 20,9% (зиддият ва чанчол) хукмфармо буд.

Фаъолнокии ба қадри зарурӣ баланди профилактики волидайн дар самти гузаронидани моякубихои профилактикӣ (73%) муайян карда шуд. Басомади сари вақт мурочиат кардани волидайн барои ёрии тиббӣ дар ҳолатҳои бемор шудани кудаконашон зиёд шудааст, аммо фоизи «худтабобаткунӣ» ва дер мурочиат кардан хеле баланд боқӣ мемонад (10%).

Бештари кудакони тахкикшуда то яксолаги шири модар истеъмол кардаанд– 56%, хар як кудаки чорум гизои омехта кабул кардааст (24,8%)

ва хар як кудаки панчум ғизои - сунъй истеъмол мекунад (19,2%), дар фаслҳои гарми сол гирифтори сироятҳои рудаҳо мешуданд.

Дар муҳлатҳои тавсияшуда (6 моҳ) ғизои иловагӣ барои кӯдакон дар 57,4% ҳолат, то 6 моҳ – дар 24,3% ҳолат ва пас аз ҳафт моҳ дар 18,3% ҳолат ворид карда шуд. Гуногунии хӯроки иловагии ворид кардашуда танҳо дар чоряки ҳолатҳо (24,3%) ба хӯрокҳои тавсия кардашуда мувофиҳат карданд.

Дар ратсиони ғизои кудакони таҳқиқшуда истеъмоли нокифояи гушт ва маҳсулоти гуштй, моҳй, маҳсулоти ширй ва равғани маска, ғалладонагиҳо дида шуд, ки бевосита ба протсесси қадкашй ва инкишофи кудакон дар маҷмуъ таъсир расонидаанд.

Иртиботи мутақобилаи мустақими нишондихандахои инкишофи чисмон $\bar{u}$  (аз р $\bar{y}$ йи вазн— r=0,38, p<0,05, аз р $\bar{y}$ йи қад — r=0,34, p<0,05) ва аз р $\bar{y}$ йи тип ва хусусияти х $\bar{y}$ роки иловаг $\bar{u}$  ҳам дар синну соли барвақти к $\bar{y}$ дак $\bar{u}$  ва ҳам томактаб $\bar{u}$  муқаррар карда шуд.

Дар натичаи анкетагузароні муайян карда шуд, ки зиёда аз нисфи оилахо ба чорабинихои варзиші, дарсхои иловагі, ки хусусияти инкишофдихандагі доранд, таваччухи зарурі зохир намекунанд. Майли аз меъёр зиёд доштани кудакон ба бозихои компютері ва аз хад зиёд тамошо кардан ба холати саломатии онхо (асаюоният, психоз ва ихтилоли босира) таъсир расонидааст.

Тахлили чараёни даврахои анте-, интра- ва перинаталии к $\bar{y}$ дакони тахкикшуда муайян кард, ки аз чор се хиссаи модарон дорои беморихои гуногуни экстрагенитал $\bar{u}$  (74,8%), зиёда аз сеяки онхо — дорои шохиси баланди сироят $\bar{u}$  (40,3%) хастанд ва танхо 25,2%-и занхо солим буданд.

Давраи инкишофи дохилибатнии кудакон дар зиёда аз нисфи холатхо бо камхунихои дарачаи вазниниашон гуногун (62,4%) оризанок шуданд, дар хар як модари сеюм хатари қатъ шудани хомилаги (41%), беморихои гурдахо, пешобдон (32,4%), гестоз такрибан дар хар як нафари панчум (22,4%) дида шуд. Хуручи беморихои музмин хангоми хомилаги дар хар як модари сеюм ба назар расида, 34,2%-и холатхоро ташкил дод.

Давраи интранатали дар зиёда аз сеяки холатхо бо чараёни патологи оризанок буд (38,2%).

Давраи навзод $\bar{u}$  бештар дар нисфи холатхо дар заминаи беморихои системаи марказии асаб (47,7%) чараён дошт, хар як к $\bar{y}$ даки чорум дорои сирояти дохилибатн $\bar{u}$  (28,7%) ва тавақкуфи инкишофи дохилибатн $\bar{u}$  буд (24,8%).

Таҳқиқоти гузаронидашуда нишон дод, ки нисфи кӯдакони таҳқиқ-шудаи синну соли барвақти кӯдакӣ ва томактабӣ нишондиҳандаҳои муътадили инкишофи чисмонӣ (50,6%), сеяки онҳо – паст (13,1%) ва (21,4%) аз миёна пасттар доранд. Нишондиҳандаҳои антропометрӣ дар 14,5% -и кӯдакони таҳқиқшуда аз меъёр баланд буданд.

Натичахои инкишофи асабй-руҳй дар куҳдакони синну соли барвақти куҳдакй нишон доданд, ки ҳиссаи куҳдаконе, ки инкишофашон ба синну солашон мувофикат мекард 78,9% ҳолатро ташкил доданд. Гуруҳи бешубҳа ҳатар аз 15,8% иборат буҳ, таваққуфи инкишофи психомотори дар

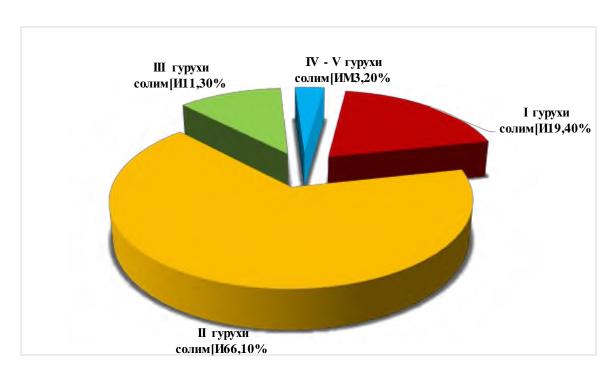
5,3%-и холатхо дида шуд. Дар синну соли томактабй инкишофи асабй равонй, ки ба гурухи якуми инкишоф мувофикат мекарданд, 87,6%-и холатхоро ташкил дод, акибмонй то як-ду мухлати эпикризй дар 12,4%-и кудакон ба кайд гирифта шуд.

Чойи асосиро дар сохтори беморшавии кудакони синну соли барвакти кудак беморихои узвхои нафаскаш (36,3%), баъдан беморихои узвхои хозима (29,4%), хун ва узвхои хунофар (23,8%), беморихои пуст ва хучайрабофти зерипуст (21,8%), ихтилоли гизо (16,5%), холатхои чудогонаи давраи перинатал (12,7%) ишгол мекарданд.

Дар синну соли томактабӣ беморихои бартаридошта беморихои узвхои хозима (47,8%), баъдан беморихои узвхои нафаскашӣ (38%), беморихои системаи устухону мушакхо (29,7%) ба хисоб мераванд, беморихои чашм ва босира (25,4%) ва системаи эндокринӣ тва ихтилоли ғизо (25,4%) як хел ва беморихои системаи пешобу таносулӣ (24%) буд.

Кудакони зудр ҳар як нафари сеюм ва дар синну соли томактаби такрибан дар нисфи онҳо муайян карда шуд. Дарачаи резистентнокии организм нисбат ба бемориҳои шадиди респиратори аз синну соли кудак вобаста буд – чи қадар ки кудак калон бошад, ҳамон қадар бештар ба бемориҳои шадиди респиратори осебпазир аст, ки аз сотсиализатсияи барвақти кудакон, аз чумла барвақт муайян кардани кудакон дар муассисаҳои кудаконаи томактаби иртибот дорад.

Аз руйи натичахои муоинахои амиқ ҳамаи кудакони таҳқиқшудаи синну соли барвақти кудаки ва томактаби бо назардошти гуруҳи саломати тақсим карда шуда буданд (расми1).



Расми 1. – Гурухбандии кудакони тахкикшуда аз руйи гурухи саломати

Муқаррар карда шудааст, ки дар байни таҳқиқшудагон танҳо 19,4% -и кӯдакон солим буданд.

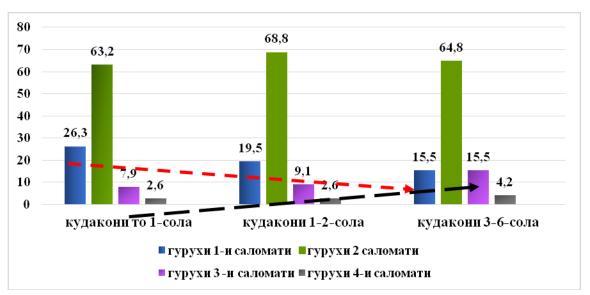
Гуруҳи ІІ-и саломатӣ миқдоран зиёд (66,1%) буд, дар ин чо дар кудакон мавчуд будани аломатҳои муайяни тағйиротҳои морфофунксионалӣ дар ҳолатҳои саломатӣ чой дошт, ки аз ихтилолҳои ғизо, мавчуд будани тағйротҳо дар шароити нигоҳ доштани функсияҳои даҳлдори узвҳо вобаста буданд, ба ин чо кудакони зуд-зуд ва ё дуру дароз беморшавандаи бемориҳои шадиди респираторӣ низ доҳил карда шудаанд.

Дар 11,3%-и кудакон (гурухи III саломати) беморихои музмин дар мархалаи ремиссияи клиники, бо шиддатгирии нодир ва имкониятхои функсионалии хифзшуда ва ё чуброншаванда дида шуд, дар 3,2%-и холатхо мархалаи субкомпенсатсия (гурухи IV) ба кайд гирифта шуд.

Тахлили гузаронидашудаи муоинахои профилактикй сол аз сол бад шудани саломатииро бо басомади баланди ташаккулёбии тағйиротҳои морфофункционалӣ муайян кард.

Дар соли авали ҳаёт ҳар як к $\bar{y}$ даки чорум (26,3%), дар 1-2-солаг $\bar{u}$  ҳар як к $\bar{y}$ даки панчум (19,5%), дар 3-6-солаг $\bar{u}$  — 15,5%-и к $\bar{y}$ дакон солим ҳисобида мешуданд.

Микдори кудаконе, ки аз чихати ташаккул ёфтани беморихои гуногуни музмин гурухи хатарро ташкил медиханд (гурухи II саломати) дар гуруххои тахкикшуда аз чихати омори фаркияти назаррас дида нашуд (расми 2).



Расми 2. – Гурухбандии кудакони тахкикшуда аз руйи гуруххои саломати вобаст аз синну сол (%)

Микдори кудакони гурухи III такрибан 2 маротиба ва кудакони гурухи IV-и саломати 1,5 маротиба зиёд мешаванд.

Марҳалаи баъдии таҳқиқот омӯҳтани сифати ҳаёти ин когорти кӯдакон буд. Таҳқиқоти сифати ҳаёт бо ёрии саволномаи байналмилалии QUALIN дар 141 кӯдаки соли аввали ҳаёт ва 108 кӯдаки то 2-сола гузаронида шуд. Дар 354 кӯдаки синну соли томактабӣ баҳодиҳии сифати ҳаёт бо истифода аз версияи мутобиқшудаи руссии саволномаи байналмилалӣ оид ба омӯзиши сифати ҳаёт дар педиатрия PediatricQualityofLifeInventory - PedsQL<sup>тм</sup> 4.0 (VarniJ.W., SeidM., KurtinP.S., 2001) анчом дода шуд.

Муқарар карда шуд, ки нишондихандаи нисбатан баланд аз ҳама ҷанбаҳои СҲ –и кӯдакони то яксола ва 1-2-сола «Рафтор ва муошират» ва «Муҳити оила» доштанд (ҷадвали 1 ва 2).

**Чадвали 1. – Параметрхои СХ –и кудакони 3-моха -1-сола.** 

Чанбаи СХ	Волидайн	Педиатрхо	p
	(Me [25q; 75q])	(Me [25q; 75q])	
Рафтор ва муошират (Р	4,1 [3,8; 4,7]	3,4 [3,1; 4,0]	=0,000 (<0,001; Z =5,5)
ва М)			
Қобилияти танхо	3,2 [2,6; 3,8]	2,6 [2,4; 2,8]	=0,000 (<0,001; Z =5,0)
мондан (ҚТМ)			
Мухити оила (МО)	4,0 [3,5; 4,5]	3,5 [3,0; 3,8]	=0,000 ( <b>&lt;0,001</b> ; Z =4,8)
Инкишофи асабӣ-	3,7 [3,2; 4,2]	3,1 [2,7;3,7]	=0,000 ( <b>&lt;0,001</b> ; Z =4,2)
равонй ва солимии			
чисмонй (ИАР ва СЧ)			
Балли умумй (БУ)	3,7 [3,5; 4,3]	3,1 [2,8; 3,6]	=0,000 (<0,001; Z =5,5)

Эзох: p — фаркияти аз чихати оморй мухимми нишондихандахои байни маълумотхои волидайн ва педиатрхо (тибки U-критерияи Манн-Уитни)

**Чадвали 2.** – Параметрхои СХ –и кудакони 1-2-сола.

Чанбан СХ	Волидайн Педиатрхо р					
	(Me [25q; 75q])	(Me [25q; 75q])	1			
Рафтор ва муошират	4,2 [3,7; 4,6]	3,2 [2,8; 3,4]	=0,000 (<0,001; Z =4,5)			
(Р ва М)						
Қобилияти танҳо	3,6 [3,2; 4,0]	3,1 [2,9; 3,8]	=0,000 (<0,001; Z =6,0)			
мондан (ҚТМ)						
Мухити оила (МО)	4,4 [3,5; 4,5]	3,5 [3,0; 4,0]	=0,000 (<0,001; Z =4,3)			
Инкишофи асабӣ-	3,5 [3,0; 4,0]	3,0 [2,6; 3,5]	=0,000 (<0,001; Z =3,4)			
равонй ва солимии						
чисмонй (ИАР ва СЧ)						
Балли умумӣ (БУ)	3,8 [3,5; 4,3]	3,1 [2,8; 3,6]	=0,000 (<0,001; Z =5,2)			

Эзох: р — фаркияти аз чихати оморй мухимми нишондихандахои байни маъ-лумотхои волидайн ва педиатрхо (тибки U-критерияи Манн-Уитни)

Вакте ки цанбахои «Қобилияти танҳо мондан» ва «Инкишофи асабӣравонӣ ва солимии цисмонӣ» бо сатҳи нисбатан пасттар фарҳ мекунанд. Натицаҳои ҳосилшударо метавон ҳамчун хусусиятҳои синнусолии кӯдакони ин синну сол шарҳ дод.

Муайян карда шуд, ки омилхои мухимтари ба СХ кудакони синну соли барвакт таъсиркунанда, сатхи инкишофи чисмонй ва асабй-равонии онхост. Хамин тавр, муайян карда шуд, ки нишондихандахои инкишофи чисмонй, ки ба ба бузургихои пасттар аз миёна ва паст мувофикат мекунанд, СХ кудаконро такрибан дар хама чанбахои он паст мекунад (p<0,05).

Омўзиши таъсири имконпазири вазъи саломатии синну соли барвақти кўдакі ба сифати хаёти онхо нишон дод, ки кўдакони солим назар ба кўдакони дорои тағйиротхои вазъи саломаті хама параметрхои сахехан баланди СХ-ро доштанд (p<0,001). Дарачаи паст шудани сифати хаёт (СХ)

тибқи натичаи пурсиши педиатрҳо назар ба чавобҳои волидайн дар кӯдакони дорои тағйиротҳои вазъи саломатӣ нисбатан возеҳтар буд, ки ин ба як қатор маълумотҳои адабиёти илмӣ мувофиқат мекунад [Байтурина А.Т., 2008; Винярская И.В., 2008; Гиздатулина К.Х., 2013].

Ба СХ-и кудакони синну соли барвақти кудаки хамчунин чунин омилхои ичтимой, ба монанди тахсилоти модар, микдори кудакон, мухити психологи дар оила ва ғизо таъсири назаррас мерасонанд(p<0,001).

Таҳқиқоти СҲ-и кӯдакон дар синну соли нисбатан калонтар хусусиятҳои махсуси худро нишон дод. Чунончи, ба андешаи волидайн, дар натичаи анкетагузаронӣ муқаррар карда шуд, ки дар сини 3-4-солагӣ наҳшҳои фаъолият кардан ва дар сини 5-7-солагӣ эмотсионалӣ саҳеҳан баланд баҳогузорӣ карда шудаанд (чадвали 3).

Чадвали 3. - Параметрхои СХ-и кудакони синну соли томактаби, Me [25q; 75q]

, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	Тибки чавоби во-	Тибки чавоби во-	Тибқи чавоби
Нишондиханда	лидайни кудакони	лидайни кудакони	кудакони 5-7 -
	3-4 -сола	5-7 -сола	сола
Фаъолияти чисмонй	81,0	78,0	81,0
(ФЧ)	[62,0; 89,0]	[66,5; 91,5]	[68,0;87,0]
Фаъолияти эмотсио-	65,0*	70,0 *	80,0 **
налӣ (ФЭ)	[50,0; 80,0]	[57,0;90,0]	[60,0;90,0]
Фаъолияти ичтимой	80,0	80,0	80,0
(ФИ)	[65,0; 90,0]	[60,0; 100,0]	[65,0; 100,0]
Фаъолият дар боғчаи	66,0*	58,2 *	60,0 **
бачахо (ФББ)	[50,0;83,0]	[35,0; 75,0]	[50,0;80,0]
Солимии равниву	69,2	70,0	73,3
ичтимой (СРИ)	[59,0; 80,8]	[56,7;80,0]	[63,3; 86,7]
Балли умумӣ (БУ)	72,6	71,7	73,9
	[65,3;83,3]	[60,9; 82,6]	[65,2; 85,2]

Эзох: \*- фаркияти аз чихати оморй мухимми нишондихандахои байни гуруххои волидайни кудакони 3-4 ва 5-7 -сола, \*\*- волидайни кудакони 3-4 ва 5-7 -сола (тибки U-критерияи Манн-Уитни)

Фарқиятҳои гендерии СҲ-и кӯдакони синну соли томактабӣ хусу-сиятҳои махсуси худро доштанд: фарқиятҳои саҳеҳ ҳангоми баҳогузорӣ ба фаъолияти эмотсионалии кӯдакони 3-4 —сола ба мушоҳида расид, ки дар ин чо балли миёна дар писарҳо баланд буд (p<0,05).

Ба андешаи волидайни кудакони 5-7-сола, хусусиятхои гендерии СХ муайян карда нашуд, хол он ки ба андешаи худи кудакон, фаркиятхо аз руйи шкалаи «фаъолияти ичтимой» муайян карда шудааст, дар ин чо ин нишондиханда дар духтархо хеле баланд буд (p<0,01).

Волидайни кудакони синну соли томактаби ба он майл доштанд, ки СХ-и кудакони худро каме паст бахогузори кунанд, назар ба худи кудакон. Натичахои ба даст овардашуда акидаро дар бораи он, ки волидайн аз хусуси хусусиятхои фаъолияти кудакон дар коллективхои кудаконаи томактаби огохии нокифоя доранд, тасдик мекунанд [Валиулина С.А., 2004; Байтурина А.Т., 2008; Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Винярская И.В., 2008].

Дар кўдакони синну соли хурди томактабй таъсири назарраси вазъи саломатй ба СХ-и онхо муайян карда шуд. Чунончи, СХ кўдакони гурўхи ІІ саломатй сахехан аз нишондихандахои СХ гурўхи І аз рўйи шкалахои инъикоскунандаи таркиби саломатй (ФИ, ФББ, СРИ), ва дар мукоиса аз СХ кўдакони гурўхи ІІІ саломатй – аз рўйи шкалаи инъикоскунандаи инкишофи чисмонии кўдак (ФИ) хеле баланд аст.

Натичахои тахкикот нишон доданд, ки дар кудакони 5-7-сола таъсири назарраси тагйирот дар вазъи саломати ва сатхи инкшофи чисмони ба СХ–и онхо муайян карда нашуд. Аммо акибмони дар ИАП (инкишофи асабиву равони) боиси паст шудани СХ да ин кудакон гаштааст (p<0,05).

Қаррор карда шуд, ки аз комплекси омилхои хатари омухташуда ба СХ кудакони соли авали ҳаёт асосан омилҳои хатари тиббӣ биолгӣ таъсири манфӣ расонидаанд: вазъи саломатӣ, сатҳи инкишофи чисмонӣ ва асабиву равонӣ (чадвали 4).

Чадвали 4. – Иртиботи коррелятсионии чанбахои СХ бо омилхои хатари к⊽лакони соли аввали хаёт.

Омилхои хатар	Рва М	ҚТМ	MO	ИАП ва СЧ
Массаи кудак	r = 0.33*	r = 0.27*	-	r = 0.61***
Дарозии бадан	r = 0,48**	r = 0.33*	-	r = 0.37*
ИАП –и кӯдак	-	-	-	r = 0.43*
Фосилаи интергравидарй	r = 0.39*	-	-	r = 0.38*
Гуруҳи саломатӣ	r = 0.41*	r = -0.39*	r= -0,48**	r = 0.56**
Дер ворид кардани хуро-	-	r = -0.32*	-	-
ки иловагй				
Муносибати байнихам-	-	r = 0.29*	-	-
дигарй дар оила				
Тахсилоти модар	ı	-	r = -0.38*	r = -0.34*
Миқдори кудакон дар	-	-	r =0,41*	
оила				

**Эзох:** иртиботи коррелятсионии байни нишондихандахо тибки Пирсон \* - <0.05, \*\* - <0.01, \*\*\* - <0.001

Дар сини нисбатан калонтар (дар кудакони 1-2-сола), дар баробари омилхои тиббй-биологй, омилхои хатари ичтимой низ таъсири чиддй бокй мегузоранд: мухити психологй дар оила, тахсилоти модар, мавкеи хидматй, микдори кудакон дар оила, мавчуд будани одатхои зарарнок (чадвали 5).

Чадвали 5. – Иртиботи коррелятсионии чанбахои СХ бо омилхои хатари к⊽лакони 1-2 -сола.

Омилхои хатар	Рва М	ҚТМ	MO	ИАП ва СЧ
Массаи кудак	-	-	r = 0.52*	r = 0.57**
Дарозии бадан	-	-	-	-
ИАП –и к <del>у</del> дак	-	r = 0.31*	-	r = 0.43*
Гурухи саломати	r = 0.42*	r = -0.48*	-	r = 0.61***
Муносибати байнихам-	-	-	r = -0.29*	-
дигарй дар оила				

Давоми чадвали 5.

Тахсилоти модар	r = -0.28*	-	-	-
Миқдори кудакон дар оила	-	r = 0.44*	r = -0.28*	-
(бештар аз 4)				
Мавкеи хидмтии волидайн	r = -0.31*	-	r = -0.46*	r = -0.39*
Одатхои зарарноки воли-	r = 0.44*	-	r = 0.29*	-
дайн				

Эзох: иртиботи коррелятсионии байни нишондихандахо тибки Пирсон \* - <0,05,\*\* - <0,01,\*\*\*,-<0,001

Дар синну соли томактабӣ таъсири омилхои хатари гуногуни ичтимой-психологӣ (таркиби оила, муносибати байниҳамдигарӣ дар оила, таҳсилоти волидайн, мавчуд будани одатҳои зарарнок дар яке аз волидайн) ва моддӣ-иқтисодӣ (шароити зист, сатҳи пасти даромад дар оила) ба СҲ-и кӯдакон муайян карда шуд (чадвалҳои 6 ва 7).

Чадвали 6. – Иртиботи коррелятсионии чанбахои СХ бо омилхои хатари к⊽дакони 5-7 –сола (тибки чавоби волидайн).

Омилхои хатар ΦЧ ФББ СПИ БУ Барзиёдии r=0.28\*r=0.23\*r=0.24\*массаи бадан r=0.22\*Дефитситит массаи бадан Гурухи саломати r=-0.45\*r=-0.57\*r=-0.37\*r=-0.33\*r=-0.48\*r=-0.55\*r=-0.34\*r=-0.33\*r=-0.34\*Тахсилоти модар

**Эзох:** иртиботи коррелятсионии байни нишондихандахо тибки Пирсон \* - <0,05, \*\* - <0,01, \*\*\*, - <0,001

Чадвали 7. – Иртиботи коррелятсионии чанбахои СХ бо омилхои хатари к⊽лакони 5-7 –сола (тибки чавоби к⊽лакон).

ty du tom 2 / com (moth tabout ty du tom).						
Омилхои хатар	ФЧ	ΕФ	ФИ	ФББ	СПИ	БУ
Барзиёдии массаи ба-	-	-	-	-	-	r=0,29*
дан						
Тахсилоти модар	-	-	r=0,37*	-	r=0,47*	r=0,36*
Одатхои зарарнок	-	r=0,47*	r=-0,31*	-	-	-
Муносибати байни-	-	-	-	r=0,29*	r=0,47*	r=-0,21*
хамдигарй дар оила						
Мавкеи моддй	-	-	-	-	-	r=-0,33*

**Эзох:** иртиботи коррелятсионии байни нишондихандахо тибки Пирсон \* - <0,05, \*\* - <0,01, \*\*\* - <0,001

Маълумотҳои дар боло овардашуда оид ба таъсири назарраси омилҳои гуногуни тиббй-биологй ва ичтимой-психологй ба СҲ кӯдакони синну соли барвақт ва томактабиро ҳамин гуна натичаҳои муҳақҳиқони зиёд низ тасдиқ мекунанд [Винярская И.В., 2008; Мурзина Ю.М., 2011; Гиздатулина К.Х., 2013].

Марҳалаи ниҳоят муҳимми таҳқиқот омӯзиши инкишофи чисмонии кӯдакони синну соли барвақт ва томактабӣ ба ҳисоб меравад. Бо мақсади

коркарди меъёрхои минтакавй аз маводи 7319 кудаки сини аз 0 то 6-солаи миллаташон точик истифода карда шуд, ки аз инхо 3908 нафар писар ва 3411 нафар духтари сокинони махаллии ш. Душанбе буданд.

Дар асоси меъёрҳои минтаҳавии таҳияшудаи инкишофи чисмонӣ баҳодиҳии инфиродии инкишофи чисмонии гурӯҳи кӯдакони таҳқиҳшаванда гузаронида шуд. Контингенти кӯдакон бо усули интихоби тасодуфӣ тибҳи маълумоти мурочиаткунӣ ва муоинаи маҳсадноки тиббӣ ташкил карда шуд. Дар маҷмуъ баҳодиҳии инкишофи чисмонии 1566 кӯдаҡ, аз чумла 836 кӯдаки синну соли барваҳт (460 – писар ва 376 – духтар) ва 730 кӯдаки синну соли томактабӣ (410 – писар ва 320 – духтар) гузаронида шуд.

Таҳқиқоти гузаронидашуда имконият дод, ки протсесси сабзиш ва инкишофи кӯдакони муосири синну соли барвақт ва томактабии ш. Душанбе мувофиқи қонунмандиҳои асосии биологии инкишоф шарҳ дода шавад.

Тахлили инкишофи чисмонии кудакон дар динамикаи муоина муайян кард, ки нишондихандахои асосии антропометрии писархои муосир дар мукоиса аз хамин гуна нишондихандахои хамсолони духтари худ аз чихати омори дар давоми 5 соли аввали хаёт хеле мухиманд. Мукоисашавандагии ин маълумотхо дар соли шашуми хаёт дар писархо ва духтархои тахкикшуда аз тамоюли баробаршавии гендерии хусусиятхои антропометри дар популятсияи томактабии ш. Душанбе дарак медихад (чадвали 8).

Чадвали 8. — Нишондихандахои антропометрии к $\bar{y}$ дакони синну соли барвақт ва томактаб $\bar{u}$  (M  $\pm$   $\sigma$ )

Синну сол	Чинс	Дарозии бадан (см)	Массаи бадан (кг)	ДКС (см)	ДС (см)
Соли 1	П	76,3±3,1	9,7±1,2	47,1±2,5	46,0±1,5
	Д	74,7±3,1	9,1±0,9	46,1±2,6	45,1±1,3
	р	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Соли 2	П	85,4±3,6	12,1±1,2	49,9±2,5	48,0±1,5
	Д	84,3±3,6	11,6±1,2	48,8±2,3	46,9±1,4
	р	<0,05	<0,001	<0,001	<0,001
Соли 3	П	95,8±5,0	14,0±1,7	$51,8\pm2,7$	49,2±1,6
	Д	93,8±4,3	13,1±1,3	$50,5\pm2,1$	48,2±1,2
	p	<0,01	<0,001	<0,001	<0,001
Соли 4	П	102,4±4,8	15,6±1,6	53,1±2,5	49,8±1,5
	Д	100,3±4,5	14,5±1,6	51,4±2,4	48,6±1,7
	р	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Соли 5	П	107,0±5,3	17,1±1,9	53,9±2,3	49,9±1,7
	Д	105,2±5,7	16,1±1,9	52,1±2,4	49,5±2,0
	р	<0,01	<0,001	<0,001	>0,05
Соли 6	П	111,2±6,3	18,4±2,8	55,0±2,9	50,2±1,6
	Д	112,8±5,6	18,6±2,3	54,6±2,8	49,8±1,6
	p	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Эзох: р — фарқияти аз чихати оморй мухимми нишондихандахои байни гуруххои писархо ва духтархо (U-критерияи Манн-Уитни).

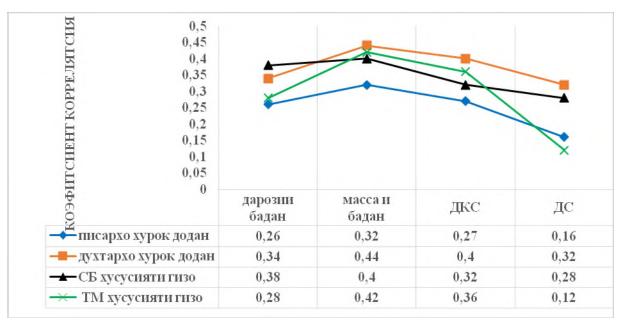
Маълумотхои ба даст овардаи мо бо қонунмандихои умумии марбут ба ин давраи онтогенез, ки ба давраи якуми «ёзидан» (4-7-солагӣ) хос аст, муво-

фикат мекунанд [Рапопорт Ж.Ж., 1970; Пряхин Е.И., 2004; Кирилова И.А., 2017]. Хамчунин натичахои мо ба маълумотхои тахкикотхои мустакил мувофикат карданд, ки дар онхо мукаррар карда шудааст, ки дар сини томактабй фаркиятхои чинсй ночиз хастанд ва ё умуман зохир намешаванд [Изаак С.И., Панасюк Т.В., 2005; Рахимов М.И., 2011; Кирилова И.А., 2017].

Кудакони томактабии аз тарафи мо тахкикшуда ба давраи якуми кудаки дохил мешаванд, вакте ки андозаи бадан нисбатан баробар зиёд мешавад. Ин давраро «бетараф – нейтрал» мехисобанд, чунки писархо ва духтархо аз чихати андоза ва шакли бадан такрибан фарке надоранд.

Натичахои тахкики коррелятсионй имконият дод, ки иртиботи мухимми байни нишондихандахои асосии инкишофи чисмонй дар давоми тамоми давраи тахкикот муайян карда шавад.

Таҳлили коррелятсион $\bar{u}$  иртиботи зичи байни нишондиҳандаҳои антропометр $\bar{u}$  ва хусусиятҳои х $\bar{y}$ роки к $\bar{y}$ даконро муайян кард. Дарачаи иртиботи мутаҳобилаи массаи бадан бо синамакон $\bar{u}$  (r = 0,44, p < 0,01) муайян карда шуд, яъне истеъмоли ғизои мукаммал, матаносиб ва мунтазами ғизо ба нишондиҳандаҳои антропометрии к $\bar{y}$ дакони синну соли барваҳт ва томақтаб $\bar{u}$  низ таъсир мерасонанд (расми 3).



Расми 3. – Иртиботи мутакобилаи инкишофи чисмонй бо гизо (СБ –синни барвакт, ТМ –томактабй).

Баҳодиҳӣ ба сатҳи инкишофи чисмонии кӯдакони синну соли барвақт ва томактабӣ, ки дар асоси стандартҳои минтақавӣ ва байналмилалӣ гузаронида шудааст, тағйиротҳои миқдорӣ ва сифатии инкишофи чисмониро нишон дод. Муқаррар карда шуд, ки зиёда аз нисфи кӯдакони синну соли барвақт дорои нишондиҳандаҳои муътадили инкишофи чисмонӣ ҳастанд ва дуршавӣ аз ин бузургиҳо ба самти зиёдшавӣ ба мушоҳида расид (расми 4).



Расми 4. – Баходихй ба инкишофи чисмонии кудакони синну соли барвакт

Дар сини томактабй ин тамоюл майли муқобил касб кард, яъне ассан ба самти камшавии нишондиҳандаҳои инкишофи чисмонй майл дошт. Чунончи, 1,5 маротба миқдори кудакони дорои пасттар аз миёна ва 6 маротиба миқдори кудакони дорои инкишофи сусти чисмонй буданд (расми 5).



Расми 5. - Баходих й ба инкишофи чисмонии к ў дакони синну соли томактаб й

Ин тағйиротҳо ҳангоми аз руйи меъёрҳои маҳаллии минтаҳавӣ баҳогузорӣ кардани инкишофи чисмонӣ нисбатан возеҳтар буданд. Мутаносибан ҳамаи асосҳо мавчуданд, то тахмин кунем, ки барои боз ҳам даҳиқтар баҳогузорӣ кардани инкишофи чисмонии кудакон меъёрҳои минтаҳавӣ барои муайян кардани тағйиротҳои инкишофи чисмонӣ назар ба меъёрҳои байналмилалӣ нисбатан ҳассосноктаранд.

Таҳлили мавзунии инкишофи чисмонй дар кудакони синну соли барвақт ва томактабии ш. Душанбе нишон дод, ки зиёда аз нисфи кудакони таҳ-киқшудаи синну соли барвақт ва томактабй инкишофи чисмонии мавзун доштанд (60,7%). Инкишофи чисмонии дисгармонй (номавзун) аз дефитсити массаи бадан вобата буда, дар духтарҳо бартарӣ дошт. Инкишофи чисмонии дисгармонӣ (номавзун) аз ҳисоби барзиёд будани массаи бадан каме бештар дар писарҳо баназар расид.

Омилхои нисбатан мухимми ба ташаккулёбии инкишофи цисмонии кудакон таъсиркунанда дар кудакони синну соли барвакт ва томактаби муайян карда шуд:

- ✓ омилхои тиббй-биологй (омилхои хомилагй, валодат ва беморихои соматикии модар, мавчуд будани беморихои худи кудак).
- ✓ Омилҳои тиббй-ичтимой (микромуҳити нохуб дар оила, паҳншуда бадани одатҳои зарарнок, таҳсилот ва мавҳеи хидматии модар, ғизои номукаммал, номутаносиб ва ғайриратсионаливу якҳелаи кӯдак).

Вобастагии коррелятсионии мустақими масса (r = 0.31; p < 0.05) ва дарозии бадани (r = 0.39; p < 0.05) аз синну соли модар муайян карда шуд, яъне дар занхое, ки дар синну соли калонтар к $\bar{y}$ дак таваллуд кардаанд (зи $\bar{e}$ да аз 40-сола), эхтимоли пайдо шудани вазни барзи $\bar{e}$ ди бадан дар синни томактаб $\bar{u}$  мавчуд аст.

Вале дар кудаконе, ки дефитсити массаи бадан доранд, дар синни томактаби иртиботи миёнаи мустакими коррелятсия дар байни массаи бадани кудак ва кади модар ба мушохида мерасад (r = 0.45; p < 0.05), хамчунин иртиботи сусти мустакими коррелятсия дар байни массаи бадани кудак ва массаи бадани модар дида мешавад (r = 0.25; p < 0.05).

Таҳлили муқоисавии ретроспективии нишондиҳандаҳои антропометрии кӯдакони синну соли барвақт ва томактабии ш. Душанбе бо нишондиҳандаҳои ҳамсолони онҳо соли 2001 гузаронида шуд.

Тахлили ретроспективии натичахои ду мархилаи тахкикоти лонгитудиналй имконият медихад шарх дихем, ки дар кудакони муосир массаи баланди бадан бартар дошта, тагйиротхои дахлдор дар дарозии бадан ва даври кафаси сина ба назар намерасад, ки дар навбати худ ба номутаносибии протсессхои сабзиш ва инкишофи чисмонии кудакони муосир ишора мекунанд, яъне тамоюли кадпастшав мушохида мегардад.

Муқоиса кардани нишондиҳандаҳои антропометрии кӯдакони солим дар солҳои 2001 ва 2018 тағйиротҳои хусусиятҳои морфометрии ин популятсияро нишон дод, ки аз зарурати таҷдиди назар кардани меъёрҳои минтақавиро баъди ҳар 5-10 сол гувоҳӣ медиҳад.

Марҳалаи минбаъдаи таҳқиқот омӯзиши қаноатмандии намояндагони қонунии кӯдан аз сифати ёрии расонидашудаи педиатр й дар марказҳои шаҳрии саломатй аст. Ҳамчунин қаноатмандии худи кормандони тиббй аз кори худ ва баҳодиҳии экспертии фаъолияти кормандони тиббй дар се самт низ мавриди омӯзиш қарор дода шуд: профилактикй, табобатй-ташҳисй ва диспансерй.

266 анкета таҳлил карда шуд, ки махсус барои ҳар як гуруҳи таҳқиқшаванда таҳия карда шуда буданд: намояндагони қонунии куҳдакон (88), кормандони тиббӣ (72) ва барои баҳодиҳии экспертии сифати ёрии ба куҳдакон расонидашуда (106).

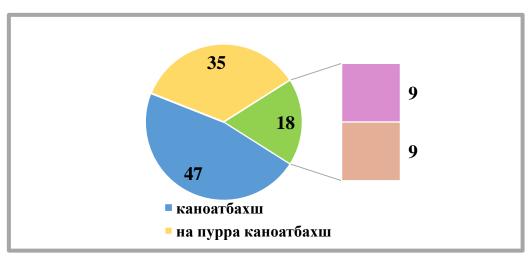
Анкета барои намояндагони қонунии кудакон аз муқаддима ва қисми асоси иборат буд, ки саволхои худбаходихии саломати, фаъолнокии тибби, дастрасии ёрии тибби, қаноатманди аз сатху сифати сифати ёрии ба кудакон расонидашударо дар бар мегирифт.

Барои пурсиши кормандони тиббй низ «Анкетаи анонимии корманди тиб» тахия карда шуд, ки саволхои инъикоскунандаи сатхи тахассуси кормандон, таъминнокии моддй, баходихй ба сифати ёрии тиббй, ки муассисахо мерасонанд, микромухит дар коллектив ва ғайраро фаро мегирифт.

«Картаи баҳодиҳии экспертии сифати ёрии ба кӯдакон расонидашуда» барои боз ҳам амиқтар омӯхтани сифати ёрии ба кӯдакон расонидашуда дар сатҳи звенои аввали нигоҳдории тандурустӣ таҳия карда шудааст. Дар ин ҳуҷчат тақрибан ҳама самтҳои фаъолияти кормандони тиббӣ-профилактикӣ, табобатӣ-ташҳисӣ, диспансеризатсия инъикос гардидаанд. Ҷамъоварии иттилоот тавассути нусҳабардорӣ кардани картаҳои тиббии беморон (ф. № 112/у), картаи муоинаҳои диспансерӣ (ф. № 30/у), картаҳои моякӯбии профилактикӣ (ф. № 63/у) анчом дода шуд.

Натичахои тахкикотфаъолнокии баланди тиббии волидайнро (92%) нишон дод. Сабаби асосии мурочиат кардан бемории к $\bar{y}$ дак (53,3%) ва ваксинатсия (31,8%) буд, ба худтабобаткун $\bar{u}$  хар як оилаи дахум машғул шудааст (10,4%).

Нисфи респондентхо аз сифати ёрии тиббй, ки дар марказхои шахрии тиббй расонида шудаанд (47%) қаноатманд буданд (расми 6).



Расми 6. — Гурухбандии респондентхо вобаста аз каноатманди аз расонидани ёрии тибби ба кудакон дар марказхои шахории саломати (%)

Сабабҳои қаноатманд набудан инҳо буданд: сатҳи пасти таҷҳизонидани теҳникии марказҳои саломат $\bar{u}$  (23,2%), муддати т $\bar{y}$ лон $\bar{u}$  дар қабули табиб нишастан (20,5%), душвор $\bar{u}$  дар гирифтани машварати табиби мутахассисони доираи таҳассусиашон маҳдуд - иммунолог, аллерголог, психолог, нефролог, гастроэнтеролог ва (32,5%), ҳолати санитарии ғайриқаноатбахши ҳуҷраҳо (16%).

Барои ёрии тахассусй гирифтан ба хизматрасонии пулакии тиббй қариб нисфи пурсидашудагон мурочиат карданд (43,2%). Сабабҳои мурочиат кардан ба ёрии тиббии пулакй: гирифтани хизматрасонии тиббии сифаташ нисбатан беҳтар (68,2%), муносибаи тахассусй ба ташхис ва муолича (31,2%), муносибати ботаваччуҳи табибон (22,7%), набудани навбат дар қабули табиби педиатр (22,7%), шароити хуби санитарй (20,5%), сатҳи пасти тачҳизонидани

маркази саломатии онхо (10,6%), бовар накардан ба табиби оилавй (10,6%).

Нисфи пурсидашудагон аз кори табиби оилавии худ пурра роз $\bar{u}$  буданд (54,5%). Сабабхои конеъ набудан аз кори табиби минтакавии худ: саросемаг $\bar{u}$  хангоми муоина (36,4%), ба таври коф $\bar{u}$  таваччух накардан ба к $\bar{y}$ дак (22,7%), муоинаи сатх $\bar{u}$  (12,3%), таъйин кардани препаратхои нархашон баланд (18,2%), бесалохиятии табиб (11,4%).

Зиёда аз нисфи пурсидашудагон кори табиби оилавии худро хамчун мутахассиси дарачаи тахассусаш миёна (54,5%) ва хамагӣ 29,5% бошад, олӣ бахо медиханд.

Кормандони миёнаи тиббй дар зиёда аз нисфи холатхо (63,6%) хамчун «мутахассиси дарачаи тахассусиаш миёна» ва хамагй зимни 18,2% хамчун «мутахассиси дарачаи тахассусаш олй» бахо дода шуд.

Натичаи пурсишхо талаботи баландро нисбат ба табиби педиатр (86,4%) нишон дод.

Аз тамоми самтхои фаъолияти муоличавй-профилактикии марказхои саломатй бахои баландтарин насиби хизматрасонии муоличавй  $(3,9\pm0,07)$ , камтарин бошад, насиби ташхисй  $(3,0\pm0,11)$  ва ба фаъолияти пешигрикунандагй бошад, мавкеи миёна  $(3,7\pm0,03)$ -ро сазовор донистанд.

Ба андешаи респондентхо омилхои бехтаркунандаи кори марказхои саломатии шахрй инхо ба хисоб мераванд:

- ✓ 56,8% респондентхо бар андешае ҳастанд, ки агар ба саломатии кудаки онҳо танҳо педиатр машғул шавад, сифати ёрӣ ба маротиб натичабахштар ҳоҳад шуд;
- ✓ такмили дониши касбӣ ва махорати кормандон (54,5%);
- ✓ бехтар сохтани шароити тачхизоти моддū-техникии марказ (36,4%);
- ✓ ба шароити муосир мувофик ва тибки тахассуси ў тачхизонидани чойи кории табиб (31,8%);
- ✓ зиёд кардани маоши табиби минтақавӣ (23,8%).

Хамин тавр, ба андешаи намояндагони қонунии кудакон дар боло бурдани сифати ёрии тибби мақоми аввалро такмиили касбии табиб ишғол мекунад.

Муносибати худи табибон ва кормандони миёнаи тиб ба арзёбии кори худ барои ошкор кардани мушкилот ва боло бурдани сифати хизматрасонихо ба кудакон дар сатхи зинаи аввали нигохдории тандурусти ахамияти хеле мухим дорад. Хамин тавр, аксари пурсидашудагон табиби оилави (44,5%), сеяки респондентхо табибон-мутахассисон (36,1%) ва кариб хар панчум бошад, хамширахои тибби (19,4%) буданд.

Дар натичаи анкетакунонй ошкор гардид, ки аксари кормандони тиб дониши худро барои ичрои ухдадорихои касбии худ мутлако кофй медонанд. Хусусан, кормандони миёнаи тиб -94,2%, мутахассисон - 86,4% аз дониши худ боварй доштанд, аммо сатхи чунин боварй дар табибони минтакавй (табибони оилавй) камтар буда, 68,7%-ро ташкил медод.

Муайян гардид, ки зиёда аз нисфи кормандони тиббй микромухити равониро дар коллектив хамчун мусоид (73,8%) арзёбй намуданд. Натичаи пурсиш ошкор намуд, ки чунин хусусиятхои мусбат, ба монанди эхтироми байнихам-

дигар $\bar{u}$  (40,7%), якдигарфахм $\bar{u}$  ва ёр $\bar{u}$  ба хамдигар (36,2%) дар қиёс ба чунинхо, ки аз ахамият хол $\bar{u}$  нестанд, ба монанди "созиш кардан" (12,4%), тахаммулпазир $\bar{u}$  ва тамкин (10,7%) бештар ёд мешуданд.

Дар байни сабабҳои асосии муносибатҳои муноқишавӣ инҳо ҷудо карда шуданд: муносибати беэътимод ба ҳамкор (16,7%), бадандешӣ (13,8%), набудани якдигарфаҳмӣ бо роҳбарият(7,6%). Аксари респондентҳо ба мавҷудияти низоъ байни ҳамкорон (30,8%), дараҷаи пасти таҳассусии ҳамкорон, ки сабаби ҳарҳаша ва нофаҳмиҳо дар кор мешавад (16,9%), дағалии ҳамкорон (14,2%) ишора намуданд.

Ошкор гардид, ки 41,7% пурсидашудагон аз кори худ қаноатманданд. Нисфи пурсидашудагон (52,8%) ибораи "аз **ха** дида, бештар **не**"-ро истифода намуданд ва 5,5%-и кормандон аз кори худ тамоман роз $\bar{\mathbf{n}}$  набуданд. Дар байни табибони оилав $\bar{\mathbf{n}}$  қиёсан ба мутахассисон, ибораи "аз **ха** дида, бештар **не**" бештар (мутаносибан 47,4% ва 26,3%, p<0,001) шунида мешуд. Теъдоди чавоби нисбатан қаноатманд дар байни ҳамшираҳои тибб $\bar{\mathbf{n}}$  (53,5%) ба қайд гирифта шуд.

Сабабҳои асосии норозиг $\bar{u}$  инҳо буданд: маоши кам (75%), «сарбории зиёди психолог $\bar{u}$ » дар байни табибон — 65,6%, ва дар байни ҳамшираҳои тибб $\bar{u}$  — «сарбории зиёди чисмон $\bar{u}$ » (43,4%), шароити бади зист ва мавчуд набудани имконияти ба даст овардани хонаи нав (27,8%), набудани имконияти истироҳати ҳуби тобистона (13,8%), талаботи зиёд ва асабонияти беморон (11,3%).

Омилҳои манфии хусусияти ташкилидошта, ки ба сифати кори кормандони тиббй таъсир мерасонанд, ба андешаи кормандони тиббй инҳо буданд: аз ҳад зиёд пур кардани ҳуччатҳои тиббй (72,2%); ҳачми нокифояи таҳкиқоти лабораторй-инструменталй, ки дар муассисаи тиббии онҳо мавчуд аст (52,8%); ба таври кофи тачҳизонида нашудани чойи корй ва мавчуд набудани компютери инфиродй (33,4%); мувофик набудани шароити санитарии табибони амалияи умумй дар 24,3%-и ҳолатҳо ва 17,2% дар мавриди табибони «ихтисосашон маҳдуд»; иштироки нокифоя дар конференсия ва семинарҳои илмй (16,7%); сатҳи нокифояи дониш (13,9%); бо сабаби сарбории зиёд саросемагй дар раванди фаъолият (11,2%); фишор овардан аз чониби ниҳодҳои тафтишкунанда (8,3%).

Натичаи пурсиши кормандони тиббй нишон дод, ки барои бехтар гардидани шароити ёрии аввалияи тиббй-санитарй ба ахолии кудакон инхо метавонанд мусоидат намоянд:

- ✓ мунтазам такмил додани сатҳи таҳассусии дониш, аз чумла, иштирок дар конференсияҳову конгрессҳои сатҳи муҳталиф (83,3%);
- ✓ вобаста ба дарачаи тахассуси мутахассис (40% табибони мутахассис, 20,7% табибони оилавӣ) тачхизонидани чойи кории ӯ;
- ✓ маоши фарқкунандаи меҳнат (37,1%).

*Баҳодиҳии экспертии* кори табибони минтақавй нишон дод, ки амалан дар ҳар ҳодисаи чоруми навиштани карта норавшанй ва беэҳтиётй (26,4%) мушоҳида мегардад.

Мухлати гузаронидани муоинаи  $npoфилактик\bar{u}$  ба мухлатхои таъйиншуда ба 39,6% мувофикат мекунад. Хар картаи чоруми экспертизашуда

(26,5%), пурра навишта нашудааст ва дар 7,5% холат шарх вучуд надорад. Дар хар холати сеюм тахкикоти хатмии лабораторй ва инструменталй ба хачми хатми ичро нашудааст (34%). Машварати мутахассисон ба хачми пурра дар зиёда аз чоряки холатхо (28,3%) амалй нашудаву дар 11,3% холат мавчуд набудани сабти муоинаи мутахассис мушохида мешавад. Дар зиёда аз нисфи холатхо (50,9%) арзёбии НПР амалй нашудаву зимни 64,2% холат инкишофи чисмонии кудак бахогузорй нашудааст.

Дар аксари мутлақи картаҳо (92,5%) эмкунии профилактикӣ қайд карда шудааст. Мувофиқат накардани муҳлат ва ҳаҷми иммунизатсия тибқи Тақвими миллӣ дар 26,4% ҳолат ба қайд гирифта шудааст. Сабабҳое, ки мувофиқи онҳо ин номувофиқатӣ ба амал омадааст, асосан зуд-зуд гирифтор шудан ба бемориҳои респираторӣ буд, яъне кӯчидани муваққатӣ, дар суроғаи зикргардида истиқомат накардани кӯдакон, аз эмкунӣ даст кашидани намояндаи қонунии кӯдакон мебошанд.

Дар аксари мутлақи ҳолатҳо (94,3%) зимни картаҳои амбулаторӣ дастур барои суҳбат бо падару модар аз ҳусуси манфиати синамаконӣ, пешгирии раҳит ва инвазияи киччасорӣ мавчуд аст. Вале аз ҳусуси корҳои ичрошудае, ки оид ба пешниҳод гардидани тавсияҳо ба падару модар дар бораи муроқибати дурусти ҳӯроки иловагӣ ва ислоҳи ғизо, масҳ, гимнастика, обутоб додани кӯдакон маслиҳатҳо кам ба қайд гирифта шудаанд.

Сарпарастии то валодат дар зиёда аз нисфи холатхо 58,5%, мувофики мухлатхои мукаррраршуда ба амал оварда шудаанд, дар холе ки дар холати чорум (26,4%) сарпараст $\bar{u}$  сари вакт ба амал оварда нашудааст.

Сарпарастии аввалияи навзодон ҳамагӣ зимни 64,2% ҳолат сари вақт амалӣ шудааст. Рӯзномаи муоинаи кӯдакон дар 39,6% ҳолати шарҳи мақоми муоинаи кӯдакон ба таври қолабӣ, нокифоя сурат мегирад, ташхис дар номувофиқатӣ ба таснифоти ТББ гузошта шудааст.

Хачми чорабинихои  $mauxuc\bar{u}$ , ки ба нақшаи таҳқиқот мувофиқат намояд, ҳамаг $\bar{u}$  дар ҳар ҳолати чорум (24,7%) гузаронида шуд. Тақрибан дар нисфи ҳолатҳо (45,3%) оид ба татбиқи ҳаҷми ба нақша гирифташудаи таҳқиқот ва муолича эродҳо ба назар мерасанд.

Гур $\bar{y}$ хи саломат $\bar{u}$ , ки мувофики ташхис гузошта шудааст, дар аксари мутлақ — 86,8% муайян гардидааст. Аммо баходихии пурраи комплексии холати к $\bar{y}$ дакон хамаг $\bar{u}$  дар нисфи холатхо — 54,7% ба амал оварда шудааст.

Муқаррар гардид, ки шархи эпикризхои мархилав ба талабот зимни 37,7% -и холат мувофикат намекунанд.

Хачми чорабинихои ташхисй ба мухлати таъйиншуда дар хар картаи чоруми амбулаторй (24,5%) мувофикат намекард, ба мавчудияти нишондодхо нигох накарда, чорабинихо амалй нашуда буданд.

Шарҳи натичаҳои ҳосилшудаи усулҳои лаборатории таҳқиқ дар камтар аз нисфи ҳолатҳо (42,5%) пурра ва дуруст буда, вале дар ҳар картаи даҳум (11,3%) ба қайд гирифта нашуда буд.

Муқаррар гардид, ки қариб дар ҳар ҳолати сеюм (31,9%) теъдоди мувофикат накардани ташхиси таъйиншудаи рубрификатсияи ТББ-Х мушоҳида мешавад. Дар ҳар як ҳолати панчум ташхис умуман гузошта нашуда буд (18,8%).

Мувофикат кардани муолича бо ташхис таъйиншуда дар зиёда аз нисфи холатхо (68,2%) ошкор гардид, вале на дар хамаи картахо шархи доза ва давомнокии истеъмоли препаратхои доруг (64,2%) пурра шарх дода шудааст.

Муоинахо ва машварати мутахассисон асоснок карда шуда, ба ҳаҷми пурра дар зиёда аз нисфи ҳолатҳо -60,4%, қисман дар 26,4% ҳолатҳо ба амал оварда шуда буд.

Экспертизаи кори диспансерии табибони минтақавй муайян кард, ки амалан дар 86,8%-и холатҳо картаҳо пур карда нашуда буданд ё қисман пур карда шудаанд, сабтҳо ноаниқ, нопурра ва кам буда, зимни 13,2%-и ҳолат сабт дида намешуд. Тақрибан ба ҳар картаи мавчуда эрод гирифта шуда буд — нақшаи нопурраи муоинаи кудак дар динамика (27,3%), машварати нобаҳангоми мутаҳассис (10,8%), шарҳи ҳулосаи таҳкиқи лабораторй-интсрументалй аниқ ва пурра нест (34,3%), набудани назорати динамикй (18,4%) ва эпикризҳои марҳалавй (23,4%) мушоҳида мегардид. Эродҳо оид ба асосноккунй ва сари вақт бистарй накардани кудакони гирифтори бемориҳои музмин (24,6%) мавчуд аст, ки аз кори нокифоя бо ин кудакон далолат мекунад. Муолича ба ташҳиси таъйиншуда дар зиёда аз нисфи ҳолатҳо (63,7%) мусоидат менамояд. Воситаҳои доруворй мувофиқ ба ташҳис ташҳис таъйин шудаанд. Аммо натича аз муоличаи таъйиншуда фақат дар ҳар картаи сеюм инъикос шудааст (31,7%).

Камбудии асосии назорати диспансерй норасоии шархи таҳқиқоти лабораторй-инструменталй, нуқсонҳо дар мавриди муроқибати бемор, инчунин мавҷуд набудани марҳилаҳои эпикриз ба ҳисоб мераванд.

Хамин тавр, баходихии экспертии фаъолияти табибони амалияи умумй дар хамаи самтхо камбудихоро ошкор намуданд; бетава ччухй ва норавшан пур кардани хуччатхои тиббй; мувофикат накардани мухлати гузаронидани муоинахои профилактикй; сари вакт нагузаронидани тахкикоти хатмии лабораторй ва инструменталй; баходихии нодуруст ба нодурусти ИАР ва инкишофи чисмонии кудакон; дар картахо набудани баходихй ба холати солимии кудакон оид ба гурухи солими.

Натичахои хосилшуда бо маълумоти аксари муаллифон мувофикат мекунанд, ки пажухишхои онхо ба сифати камбудихои умумй дар таъминоти сифати кумаки аввалияи тиббй-санитарй, пеш аз хама бедиккат пур кардани картахои амбулаторй бахшида шудаанд, кисман ичро кардани стандартхои ёрии тиббй, шархи нопурраи тахлилхои лабораторй, ба таври нокифоя гузаронидани чорабинихои ташхисй, мавчуд набудани машварати мутахассисони зарурй, нокифоя будани баходихии комплексии холати солимии кудак ва муоинахои профилактики мувофикат мекунад [Садыков М.М., 2008; Шмелев И.А., 2016; Суслин С.А., 2022].

Аз чониби мо имконоти нишондихандахои сифати хаёт хамчун меъёри баходихии самаранокии чорабинихои муоличавй-солимгардонй дар намунаи кудакони зуд-зуд ва муддатитулони беморшаванда омухта шуд. Барномаи реабилитатсиони аз ташкил кардани речаи руз бо хоби хатмии комил ва пурра, сайругашт, истисно кардани хасташави, гизои мукаммал ва муносиб иборат мебошад. Ба мачмуи чорабинихои солимгардони ва реабилитатсиони барои боло бурдани имкониятхои мутобикшавандаги ва компенсатории

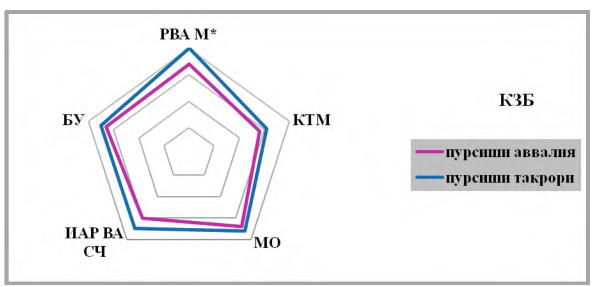
организми кудаконе равона шуда аст, ки зуд-зуд ба беморихои респиратори гирифтор мешаванд, истифодаи якдаврии препарати "Виферон", мачмуи гуногуни витамину микроэлементхое шомиланд, ки табибони амалияи умуми ба кор мебаранд, инчунин ВМ, масх, шиновари, протседурахои физиодармони, галадармони тавсия шудаанд.

Натичахои таҳқиқ нишон доданд, ки ҳангоми истифодаи ин препарат натичаи муҳимтарини муоличавӣ дар ҳудуди ду шабонарӯзи аввали беморӣ саҳеҳан давраи табларзаро дар қиёс ба кӯдакони гурӯҳи муҳоисавие, ки давраи табларза дар мавриди онҳо то рӯзи панчуми муолича идома ёфт, ду баробар коҳиш дод (р<0,001). Инчунин дар ду шабонарӯзи аввали беморӣ дар кӯдакони таҳти таҳҳиқ қарордошта, аллакай кам шудани симптомҳои заҳролудшавӣ (76,4%), барҳарор шудани нафаскашӣ бо бинӣ (93,6%), кам шудани сулфа (62,6%) мушоҳида мегардид, ки аз натичаи мусбат доштани истифодаи барваҳтии препарати «Виферон» дар маҷмуи муолича далолат менамояд.

Барои тасдики самаранокии муоличавии офиятбахшии мачмуии ББК (басомади беморшавии кудакон) динамикаи тағйиребии нишондихандахои лабораторй таҳқиқ карда шуд. Ҳамин тавр, дар кудакони зуд-зуд беморшаванда нуқсони зинаи Т-ҳучайравии масуният ошкор гардид, ки аз коҳиш ёфтани теъдоди ҳучайраҳои СD3+, CD 4+, CD18+ Т-лимфотситҳо, ҳалалёбии шоҳиси танзимкунандаи масуният, деъдоди синнусолии CD8+ Т-лимфотситҳо, ихтилолоти чавоби митогенй ба подтанҳо иборат мебошад. Баъди истифодаи даври комплексии муолича дар кудакони таҳқиқшаванда аз чониби масунияти Т-ҳучайравй барқароршавии теъдоди ҳучайраҳоиСD Т-лимфотситҳо ва шоҳиси танзимкунандаи масуният мушоҳида гардид.

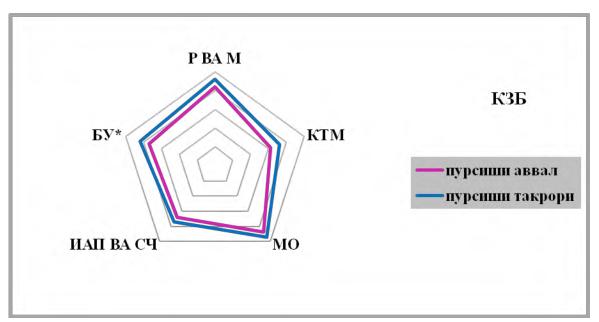
Таҳқиқи СҲ –и кӯдакони зуд-зуд беморшаванда то гузаронидани чорабинихои муоличавӣ-солимгардонии зикргардида хеле кам шудани нишондиҳандаҳои СҲ -и кӯдаконро қариб дар тамоми чанбаҳои он нишон дод: «рафтор ва муошират» (3,4 [3,1; 3,6] педиатрҳо ва 4,2 [3,8; 4,5] волидайн, p=0,007, p<0,01), «муҳити оилавӣ» (3,4 [3,2; 3,7] педиатрҳо ва 4,4 [3,8; 4,7] волидайн, p=0,000, p<0,001), «инкишофи асабу психика ва солимии чисмонӣ» (3,0 [2,8; 3,1] педиатрҳо ва 3,6 [3,1; 3,9] волидайн, p=0,002 p<0,01), ғайр аз чанбаи «қобилияти танҳо мондан», ин чо фарқияти оморӣ дар тамоми пурсидашудагон ошкор карда нашуд (p>0,05).

Баъди истифода намудани чорабинихои комплексии солимгардон $\bar{u}$  дар к $\bar{y}$ дакони зуд-зуд ва муддати т $\bar{y}$ лон $\bar{u}$  беморшаванда аз чониби мо С $\bar{X}$  дар ин к $\bar{y}$ дакон такроран тахкик карда шуд. Тамоюли сахехан ба боло рафтани аксари нишондихандахои С $\bar{X}$  дар к $\bar{y}$ дакони зуд-зуд беморшаванда муайян карда шуд. Ба акидаи педиатрхо хеле боло рафтани чанбахое чун "рафтор ва муошират"(р<0,01), «инкишофи асабу психика ва солимии чисмон $\bar{u}$ » (р<0,05) ба назар мерасид. Чанбахои бокимонда низ динамикаи мусбат доштанд, вале фаркияти мухиме ошкор нагардид (Расми 7).



Расми 7. — Профили СХ —и кудаони зуд-зуд ва тулони беморшаванда мувофики чавоби педиатрхо (бо ситорачахо фаркиятхои мухим дар чавобхо нишон дода шудаанд)

Ба андешаи волидайн, баландшавии назарраси цанбахои «рафтор ва муошират», «кобилити танхо мондан тавонистан», хамчунин зиёдшавии боэътимоду назаррас дар балли умумй низ мушохида шуд (p<0,01, расми 8).



Расми 8. – Профили СХ –и кудаони зуд-зуд ва тулони беморшаванда мувофики чавоби волидайн (бо ситорачахо фаркиятхои мухим дар чавобхо нишон дода шудаанд)

Истифодаи чорабинихои табобатй ва солимгардонии дар боло пешниходшуда дар кудаконе, ки зуд-зуду тулонй бемор мешаванд, пеш аз хама, ба акидаи педиатрхо, чанбахои некуахволии субъективиро, аз кабили солимии эхсосй, асабй-равонй ва чисмонй ба эътидол меорад. Аз диди волидайн, нишондихандахои бехтарини сифати хаёт дар чанбахои рафтори эхсосй ва ичтимой дида мешуданд. Натичахои тахкикот далели боварибахши онанд, ки тадбирхои табобатй ва солимгардонии ба тандурустии амалй тавсияшаванда, ки хусусияти пешгирикунанда доранд, ба инкишофи асабу равонй ва фаъолии чисмонй, инчунин ба мутобикшавии ичтимоии кудакони муоинашуда таъсири мусбат расонидаанд.

Ба ин тарик, натичахои тадкикот акидаи бисёре аз мухаккиконро оид ба асоснок будани истифодаи нишондихандаи сифати хаёт хамчун меъёри арзёбии самаранокии барномахои солимгардонй ва баркарорсозй бахри бехбудй ва хифзи саломатии ахолии синни кудаконаро тасдик мекунанд [Баранов А.А., Албитский В.Ю., 2005; Винярская И.В., 2008; Содиков М.М., 2008; Черников В.В., 2009].

Натичахои тахкикоти баргузоршуда асос барои тахияи тадбирхои мачмуй чихати такмилу бехсозй (оптимизатсия)-и кумаки аввалияи тиббию санитарй ба кудакони синни барвакт ва томактабй дар Чумхурии Точикистон гардиданд, ки он аз васеъ намудани дастрасй ба ёрии саривактй ва босифати тиббй иборат аст, ки ба бехбуди сифати хаёт ва зиндамонии онхо мусоидат мекунад.

Механизми пешниходкардаи мо барои расидан ба хадафи мазкур таркиби зерин дорад:

- > пешгирии мушкилоти саломатии кудакони синни барвакт ва томактабй: омода намудани занон ба хомилагии дарпешистода (муоинаи нишонагузорхои сироят, поксозии манбаъхои музмини сироят ва ғайра); риояи консепсияхои Барномаи миллии коммуникатсионии "1000 рузи аввали хаёти кудак дар Чумхурии Точикистон барои солхои 2020-2024", ки тағйироти меъёрхои ичтимой ва рафториро нисбат ба инкишофи кудакони то 2-сола муайян менамояд; афзалияти профилактикаи ибтидой; такмили профилактикаи дуюмдарача; эмгузаронии саривақтй; тахияи стратегия дар бахши синамаконй ва ташаббуси "Беморхонаи муносибати дустона ба кудакон," ки аз чониби ТУТ ва ЮНИСЕФ эълом гаштаанд; рушди стратегияи ТУТ/ЮНИСЕФ «Идоракунии хамгирошудаи беморихои синни кудаки» бо назардошти шароити муосир; рушди машварати тиббию генетики бо максади ошкорнамоии бармахалли нуксонхои модарзодй ва ташкили фехристи оилахои дучори хатари баланди патологияхои генетикй; тарғиби тарзи хаёти солим; хамрохии тиббй-ичтимоии кудак - дар ин замина тахким додани занчираи хамкорихои ду чанбаи мухими хаёти кудак - тиб ва маориф бо максади таъсиси шуъбахои ёрии тиббию ичтимой ба кудакон дар сатхи кумаки аввалияи тиббию санитарй бо иштироки хатмии равоншиносон, логопедхо, дефектологхо, омузгорон.
- истифодаи мачмуи чорабинихои босамари табобатй ва солимгардонй: тавсияи дар мухлатхои мукарраршуда бо чалби мутахассисони самти махсус гузаронидани муоинаи диспансерй; анчоми азназаргузаронихои профилактикй бо инъикоси тамоми меъёрхои арзёбии хамачонибаи вазъи саломатии кудакон ба хотири сари вакт анчом додани корхои ислохи ва табобатию солимгардони бо инхирофхои мавчуда; ва-

сеъ кардани равишхои ҳифзкунандаи саломатӣ, махсусан технологияҳои ивазкунандаи табобати статсионарӣ (табобат дар беморхонаҳои рӯзона); ривоч додани санаторияҳо барои кӯдакон дар сатҳи маҳал.

## истифодаи нишондихандаи сифати хаёт хангоми арзёбии хамачонибаи вазъи саломатии кудакон ва хамчун меъёри арзёбии самаранокии технологияхои тиббй.

Натичахое, ки дар рафти омўзиши сифати ҳаёти кўдакон ба даст оварда шудаанд, имкон медиҳанд истифодаи барномаҳои солимгардонй ва тавонбахшии равона ба беҳбуду ҳифзи саломатии кўдакон дар асоси меъёрҳои сифати ҳаёт чй дар сатҳи инфиродй ва чй дар сатҳи тандурустй дар мачмуъ асоснок карда шаванд.

Сатҳи инфиродӣ инҳоро дар бар мегирад: чорӣ намудани арзёбии ҳамачонибаи вазъи саломатӣ бо истифода аз арзёбии сифати ҳаёт барои барвақт муайян кардани кӯдакони дорои нишондиҳандаҳои пасти СҲ, ки имкон медиҳад гурӯҳҳои ҳавфи тиббӣ-ичтимоӣ дар заминаи далелу асос ташаккул дода шаванд. Ин дар навбати ҳуд имкон медиҳад, ки нақшаи инфиродии комплексии мушоҳида ва барномаҳои ба шаҳс нигаронидаи тавонбаҳшӣ бо муайян кардани самтҳои афзалиятнок дар барномаи солимгардонии кӯдак: тавонбаҳшии (реабилитатсияи) тиббӣ, ичтимоӣ, ислоҳоти равонӣ-педагогӣ таҳия карда шаванд.

Дар сатхи ташкили ҳифзи тандурустй: тавсия карда мешавад, ки барномаи ҳифз ва таҳкими саломатии кӯдакон бо такя ба нишондиҳандаҳои сифати ҳаёт тартиб дода шавад; истифодаи нишондиҳандаҳои СҲ барои муайян намудани зарурати гузаронидани чорабиниҳои системавии табобатию солимгардонй ва тиббии профилактикй; аз рӯйи нишондиҳандаҳои СҲ муайян намудани гуруҳҳои беморон, ки мушкилоти ичтимой ва ҳусусиятҳои фаъолияти ба ҳам наздик доранд, бо мақсади ташкили ҳизматрасонии тиббию ичтимой, ки барои ҳифзи саломатии кудакон кумаки ҳамачонибаи равонй-педагогй ва тиббй-ичтимой мерасонанд; пурзур намудани тадбирҳо оид ба такмили системаи кумаки равонй, педагогй, тиббй-ичтимой барои беҳтар намудани ҳолати саломатй ва сифати ҳаёти аҳолии синни кудакона ва томактабй.

#### баланд бардоштани сифат ва самаранокии ёрии тиббие, ки расонда мешавад.

Захирахои умумй барои баланд бардоштани сифати ёрии тиббй дар сатхи кумаки аввалияи тиббию санитарй инхоянд: таъмини ичрои протоколхои ёрии амбулаторию клиникй ба кудакон; гузаронидани арзёбии хамачонибаи вазъи саломатии кудакон аз лахзаи таваллуд; риояи мухлатхои мукарраршудаи муониаи профилактикй барои сари вакт гузаронидани корхои ислохй ва табобатию солимгардонй бо кудаконе, ки нукси саломатй доранд; таъмини ташкил ва доир кардани мушохидаи диспансерии кудакони гирифтори беморихои музмин; дар муассисахои таълимии томактабй корхои профилактикй ва солимгардониро пурзур карда, ба ин васила васеъ намудани фарогирии кудакон бо муоинаи тиббии профилактикй; такмили усулхои пешгирии патологияи модарзодй (татбики барномахои скрининги пренаталй ва неонаталй, рушди хадамоти генетикии тиббй); мухайё кардани шароит барои сари вакт такмил додани сатхи

тахассуси табибони амалияи умумй оид ба масъалахои физиология ва патологияи кудакон, инчунин таъмини марказхои саломатии шахр бо кадрхо, махсусан бо табибони мутахассис, бо назардошти талаботи кисми хурдсоли ахолй; чорй намудани технологияхои муосир барои дуруст ва босифат тартиб додани хуччатхои тиббй; экспертиза ва мониторинги фаъолияти муассисахои тиббй барои ба даст овардани маълумоти зарурй бо максади сари вакт ворид намудани ислохот ба фаъолияти марказхои саломатии шахр; гузаронидани аудити дохилй дар муассисаи тиббй бо максади муайян намудани омилхои манфие, ки метавонанд хамчун алгоритм барои амал истифода шаванд, яъне коркарди роххои халли масъалаи бардоштани сифати хизматрасонихои тиббй, бо ислохи минбаъдаи онхо ва дар натича бардоштани сатхи каноати беморон аз ёрии тиббй; баркарор кардани кори хучрахои кудаки солим (ХЧС);

**тахия ва истифодаи технологияхои иттилоотй:** чорй намудани технологияхои тиббии масрафкунандаи захирахо имкон фарохам меорад, ки раванди идоракунй дар системаи тандурустй, ки аз чамъоварй ва коркарди иттилоот барои кабули карорхои асосноки идоракунй иборат аст, таъмин карда шавад.

Пеш аз ҳама ин ба оптимизатсияи ҳуҷҷатгузорӣ, ташкили махзанҳои маълумоти беморон дахл дорад (тамоми маълумоти тиббӣ дар бораи бемор, натичаҳои корҳои профилактикӣ ва табобатӣ-ташхисӣ, натичаҳои санҷишҳои озмоишгоҳӣ бояд дар лаҳзаи чории вақт дастрас бошанд), дар баробари ин махфият ва дастрасӣ ба захираҳои иттилоотӣ (маълумотномаҳо, санадҳои меъёрию ҳуқуқӣ ва методӣ) ва ғайра бояд таъмин карда шавад.

Чорй намудани ин гуна барномахои иттилоотй-тахлилй ба бехтар шудани сифати хизматрасонии тиббй ба ахолй тавассути такмили хуччатгузорй, имкони пайгирии логистикаи беморон ва ба даст овардани маълумот дар бораи хачми ёрии тиббии расонидашуда, интиколи автоматикунонидаи маълумоти тахкикоти озмоишгохй мусоидат мекунад ва ин имкон медихад, ки ба тадбирхои солимгардонй сари вакт ва зуд шуруъ карда, аз болои амалхои кормандони тиб хангоми расондани ёрии амбулаторй назорат бурда шавад.

Дар сатҳи идоракунӣ ин имкон медиҳад, ки дар мавриди зарурат мониторинги ҳаррӯзаи фаъолияти марказҳои тандурустии шаҳр - миқдори мурочиаткунандагон, ташхисгузорӣ бо назардошти ТББ, пайгирии вазъи моддию техникӣ, захираҳои кадрию молиявӣ ва ғайра гузаронида шавад.

## такмили системаи тайёрй ва бозомузии кадрхои тиббй:

пайваста такмил додани сатхи тахассуси табибони амалияи умумй ва табибони мутахассиси масъалахои физиология ва патологияи кудакон; кадрхои баландихтисоси тиббиро дар сохаи педиатрия тайёр бояд кард; мунтазам гузаронидани тренингхо, семинархо, конференсияхо, мизхои мудаввар оид ба бехтар намудани кумаки аввалияи тиббию санитарй ба кудакон бо иштироки табибони амалияи умумй, мутахассисони самтхои махсус ва кормандони миёнаи тиб.

Ба ин тарик, дар мархилаи муосир самтхои асосии оптимизатсияи кумаки аввалияи тиббию санитарй ба кудакон бояд технологияхои илман асоснок бошанд, ки ба фаъолияти амалии ин зинаи тандурустй чорй кардан мумкин аст.

Инхо технологияхое, аз қабили тадбирхои комплексии пешгирию та-

вонбахшй, дастгирии техникй ва иттилоотй, истифодаи нишондихандаи сифати хаёт хамчун меъёри арзёбии самаранокии истифодаи технологияхои тиббй, омода намудани кадрхои сохибихтисос барои хизматрасонй ба кудакон дар Чумхурии Точикистон мебошанд.

Самтҳои асосии пешниҳодшудаи такмили ёрии амбулаторӣ ба кӯдакон ба консепсияҳои асосии Стратегияи ҳифзи саломатии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷи-кистон (30.09.2021 с., № 414) мувофиқат мекунанд, ки имкон медиҳад тадбирҳои пешбинишудаи равона ба кумаки аввалияи тиббию санитарии босифат ва дастрас баҳраманд шудани кӯдакон дар сатҳи зинаи ибтидоии тандурустӣ амалӣ карда шаванд.

#### ХУЛОСАХО

- 1. Дахсолахои охир бо динамикаи устувори мусбати кам шудани фавти навзодон (то 1,7 маротиба) ва кудакон (1,6 маротиба) ва тамоюли мухимми иваз шудани сохтори беморихо мушаххас шудаанд. Ивазшавии зикршуда соли 2011 дар бартари доштани микдори беморихои сирояти, паразитари ва смрояти рудахо (3197,4/1481,4 ба 100000 нафар кудак) инъикос ёфтааст, дар охири соли 2021 бошад, беморихои узвхои нафаскаши бартари доштанд (2275,3 дар 100000 кудак), баъдан беморихои сирояти, паразитари меоянд (2116,7/899,3 дар 100000 кудак), холатхои чудогона хоси давраи перинатали хастанд (759,4 дар 100000 кудак) [1-М, 11-М, 16-М].
- 2. Давраи бухронии синнусолии ташакули тағйиротҳои гуногуни саломатӣ ва беморшавии кӯдакон муайян карда шуд. Дар соли аввали ҳаёт барои 42,61%-и кӯдакон гурӯҳи I саломатӣ хос аст, дар гурӯҳи II саломатӣ 51,32% нафар буд ва 6,07%-и кӯдакон дар гурӯҳи III-V саломатӣ шомил шуда буданд, дар соли сеюми ҳаёт микдори гурӯҳи I саломатӣ такрибан 1,5 маротиба (29,24%) кам мешавад, дар айни замон, микдори кӯдакони дорои тағйиротҳои морфофунксионалӣ зиёд шуда (65,18%), ҳамагӣ 5,58% дар гурӯҳҳои III-V саломатӣ монда буданд. Микдори кӯдакони солим дар давраи наврасӣ пайваста то 12,3% кам мешавад, дар ин маврид то 2,5 маротиба микдори кӯдакони дорои бемориҳои музмин меафзояд [1-М, 4-М, 11-М, 25-М, 45-М].
- 3. Барои ҳар як давраи синнусолй сохтори махсуси беморшавй муқаррар кар да шудааст, дар байни кудакони синну соли барвақт бемориҳои узвҳои нафаскашй (36,3%), бемориҳои узвҳои ҳозима (29,4%), бемориҳои ҳун ва увзвҳои ҳунофар (асосан камҳунй 23,8%), ҳолатҳои алоҳидаи давраи перинаталй бартарй доранд (12,7%). Дар байни кудакони синни томактаби бемориҳои узвҳои ҳозима (47,8%) бартари доранд, баъдан бемориҳои узвҳои нафаскаши (38%), системаи устуҳону мушакҳо (29,7%), бемориҳои чашм (25,4%) ва системаи эндокрини (25,4%), бемориҳои системаи пешобу таносули (24%) меистанд [3-М, 6-М, 7-М, 11-М, 25-М, 45-М].
- 4. Муайян карда шудааст, ки ба СХ кудакони синну соли барвақтомилхои хатари тиббй-биологій (беморихои муштараки соматикій, оризахои хомилагій, холат саломатии худи кулак, сатхи инкишофи чисмоній ва асабій-

- равонй) таъсири манфй мерасонанд. Бо калон шудани синну сол табдил ёфтани омилхои хатар ба омилхои хатари ичтимой-психологй (мухити психологй дар оила, тахсилоти модар, мавкеи расмии волидайн, хайати оила ва микдори кудакон дар оила, мавчуд будани одатхои зарарнок дар волидайн) ва моддй-иктисодй (шароити нохуби зист, сатхи пасти даромад дар оила) ба амал меояд [2-М, 4-М, 12-М, 23-М, 40-М, 46-М].
- 5. Муқаррар карда шуд, ки ҳангоми баҳо додан ба сифати ҳаёти кӯдакони то яксола ва 1-2—сола аҳаммияти аз ҳама бештари ҷанбаҳоро «Рафтор ва муошират» ва «Муҳити оила» доранд, ҳол он ки бо сатҳи нисбатан пасттар ҷанбаҳои «Қобилияти танҳо мондан» ва «Инкишофи асабй-равонй ва инкишофи ҷисмонй» фарҳ мекарданд. Баҳодиҳй ба СҲ-и кӯдакони нисбатан синнашон калонтар хусусиятҳои хоси худро доштанд. Муайян карда шуд, ки дар синни 3-4—солагй саҳеҳан фаъолияти наҳшй баланд баҳогузорй карда шуд, дар 5-7-солагй фаъолияти эмотсионалй, яъне нишондиҳандаҳо то андозаи назаррас муҳити ичтимоиро инъикос мекунанд [4-М, 12-М, 13-М, 33-М, 46-М, 47-М, 48-М, 49-М].
- 6. Имконияти ворид кардани нишондихандахои сифати ҳаёт, ба ҳайси усули баҳодиҳӣ ба дараҷаи тағйироти инҳирофҳои гуногуни морфофунксионалии кӯдакони таҳқиқшаванда ба сифати меъёри иловагӣ дар баҳодиҳии комплексии ҳолати саломатии онҳо муайян карда шудааст. Истифодаи усули баҳодиҳӣ ба СҲ дар модели кӯдакони зуд-зуд ва тӯлонӣ беморшаванда, ҳамчун меъёри истифодаи самараноки усулҳои тиббӣ-солимгардонӣ дар сатҳи звенои аввали нигоҳдории тандурустӣ асоснок карда шудааст [4-М, 12-М, 15-М, 20-М, 24-М, 32-М, 38-М].
- 7. Стандартҳои минтаҳавии инкишофи чисмонии кудакон имконият доданд, ки хусусиятҳо ва хислатҳои инкишофи онҳо дар синни барваҳт ва томактабӣ муайян карда шаванд. Дар сини барваҳт миҳдори кудакони параметрҳои инкишофи чисмонияшон «боло аз миёна» ва «баланд» бештар ба мушоҳида расид, дар шашсолагӣ 1,5% маротиба миҳдори кудакони дорои «пасттар аз миёна» ва 6 маротиба кудаконе, ки инкишофи чисмонии «паст» доштанд, ба мушоҳида расид. Аз руйи натичаҳои ду марҳилаи таҳҳиҳоти лонгитудиналӣ (солҳои 2001-2018) тамоюли боэътимоди пайдо шудани ҳадпастии бештар хоси писарҳо муайян карда шуд [5-М, 9-М, 10-М, 17-М, 39-М, 41-М, 42-М, 43-М, 44-М].
- 8. Чорабинихо ва барномахои минбаъдаи комплексй барои кам шудани бемор й ва солимгардонии ахолии кудакони Чумхурии Точикистон мусоидат карданд. Самтхои асосии оптимизатсияи кумаки аввалияи тиббй-санитарй (КАТС) ба ахолй муайян карда шуданд: чорабинихои пешгирикунандаи ихтилолхои холати саломатии кудакони сини барвакти кудакй ва томактабй; татбики фарогири комплекси чорабинихои самараноки тиббй-солимгардонй ва реабилитатсионй; истифодаи меъёрхои сифати хаёт хангоми баходихй ба холати саломатии кудакон ва барои муайян кардани самаранокии истифодаи технологияхои тиббй; баланд бардоштани самаранокии ёрии расонидашудаи тиббй ба ахолии кудакон ба воситаи такмил доднаи сифати

хизматрасонй; коркард ва истифодаи технологияи иттилоотй, систематизатсия ва омодагии хона ба хона ва аз нав омодасозии кадр хои тиббй, такмил додани протоколхо ва стандартхои табобати беморихои асосй [14-М, 16-М, 17-М, 28-М, 35-М, 45-М].

#### Тавсияхо оид ба истифодаи амалии натичахо

- 1. Мархалахои асосии баргузории муоинахои профилактики ахолии кудакон бо тавсияхои татбик намудан дар сатхи звенои аввалияи нигохдории тандурусти тахия карда шуданд.
- 2. Бо мақсади беҳтар сохтани сифати фаъолияти кормандони тиббии муассисаҳо, бастаи анкетаҳои таҳиякардашуда тавсия карда шуданд, ки имконият медиҳанд оид ба ҳамаи самтҳои асосии фаъолияти марказҳои саломатӣ дар давраи кӯтоҳ маълумотҳои зарурӣ ба даст оварда шаванд, барои сари вақт ворид намудани ислоҳот ва ба ҳамин восита баланд бардоштани ҳаноатмандии беморон аз ёрии тиббӣ.
- 3. Бо мақсади бахо додан ба инкишофи чисмонии кудакони синну соли барвақт ва томактабии ш. Душанбе, Чумхурии Точикистон, истифода намудани меъёрхои минтақавии маълумотхои антропометри мувофики мақсад аст, ки онхоро метавон баъди ҳар як 5-10 сол тачдиди назар кард.
- 4. Татбиқ намудани баҳодиҳии комплексии ҳолати саломатӣ бо истифода аз баҳодиҳӣ ба сифати ҳаёт барои барвақт муайян кардани кудакони дорои нишондиҳандаҳои пасти СҲ, ин имконият медиҳад, ки ба таври асоснок гуруҳҳои ҳатари тиббӣ-ичтимой ташкил карда шаванд. Ин дар навбати ҳуд имконият медиҳад, ки наҳшаи инфиродии комплексии муоина ва барномаҳои реабилитатсионии адресӣ-нишондиҳандавӣ таҳия карда ва самтҳои афзалиятнок дар барномаи солимгардонии кудак муайян карда шаванд: ислоҳи тиббӣ, ичтимоӣ, псиҳологӣ-педагогӣ.
- 5. Дар нигохдории тандурустии амалй истифода намудани нишондихандахои «сифати ҳаёт»-и кудак барои коркарди барномаҳои инфиродй оид ба ҳифз кардан ва мустаҳкам намудани саломатии кудакон тавсия ва ин нишондиҳандаҳо ҳамчун меъёри баҳодиҳй барои самаранокии чорабиниҳои табобатй-солимгардонй дар звенои аввалия татбиқ карда шаванд.
- 6. Ба барномаи сиклҳои такмили ихтисос ва баланд бардоштани тахассуси кормандони тиббӣ, ворид намудани фаслҳои омӯзиши сифати ҳаёти кӯдакон, таблиғи синамаконӣ, ТИБМК, ТҲС, экспертизаи сифати расонидани кумаки аввалияи тиббӣ- санитарӣ ба аҳолии кӯдакон.

# Интишорот аз руйи мавзуи диссертатсия Маколахо дар мачаллахои такризшаванда

[1-М]. Абдуллаева, Н. Ш. Медико-социальные основы здоровья новорожденных детей [Текст] / Н. Ш. Абдуллаева, К. С. Олимова, А. М. Миракилова // Вестник Авиценны.  $-2012.- \mathbb{N} \ 1\ (50).- \mathrm{C}.\ 117-120.$ 

[2-М]. Абдуллаева, Н. Ш. Оценка факторов риска у часто болеющих детей [Текст] / Н. Ш. Абдуллаева, К. С. Олимова, А. М. Миракилова // Известия Академии наук Республики Таджикистан. − 2013. – № 3-4 (184). – С. 38-43.

- [3-М]. Абдуллаева, Н. Ш. Особенности эмоционально-поведенческого статуса детей дошкольного возраста [Текст] / Н. Ш. Абдуллаева, К. С. Олимова, А. М. Миракилова, М. А. Заирова // Вестник таджикского национального университета. -2015. № 1/2 (160). С. 247-249.
- [4-М]. Абдуллаева, Н. Ш. Социально-гигиеническая характеристика состояния здоровья и качества жизни часто болеющих детей (на примере г. Душанбе) [Текст] / Н. Ш. Абдуллаева // Российский педиатрический журнал. Москва. 2018. Т.21. № 2 С. 97-100.
- [5-М]. Абдуллаева, Н. Ш. Особенности физического развития детей раннего возраста г. Душанбе [Текст] / Н. Ш. Абдуллаева, К. С. Олимова // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2018. Т.8. № 2(26). С. 157-161.
- [6-М]. Абдуллаева, Н. Ш. Факторы, способствующие развитию и обострению атопического дерматита у детей [Текст] / Н. Ш. Абдуллаева, З. Н. Набиев // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2018. Т.VIII. № 3(27). С. 335-340.
- [7-М]. Абдуллаева, Н. Ш. Клинические проявления заболеваний кожи у детей ДангарыХатлонской области [Текст] / Н. Ш. Абдуллаева, З. Н. Набиев, Н. К. Кузибаева // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2018. Т.VIII. № 4(28). С. 465-469.
- [8-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Ғизои кӯдакони соли аввали ҳаёт [Матн] / Н.Ш. Абдуллаева // Авчи зуҳал. 2019. № 1 (34). С. 116-121.
- [9-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Сравнительный анализ физического развития детей раннего и дошкольного возраста г. Душанбе [Текст] / Н. Ш. Абдуллаева, К. С. Олимова // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2019. Т. IX. № 3(31). С. 233-239.
- [10-М]. Абдуллаева, Н. Ш. Оценка гармоничности физического развития детей г. Душанбе [Текст] / Н. Ш. Абдуллаева // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2020. Т. Х. № 1(33). С. 5-9.
- [11-М]. Абдуллаева, Н. Ш. Комплексная оценка состояния здоровья детей раннего и дошкольного возраста [Текст] / Н. Ш. Абдуллаева // Здравоохранение Таджикистана. 2020. № 3 (346). С. 5-10.
- [12-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Показатели качества жизни детей первого года жизни [Текст] / Н. Ш. Абдуллаева, И. В. Винярская // Здравоохранение Таджикистана. 2021. № 1 (348). С. 5-10.
- [13-М]. Абдуллаева, Н. Ш. Гендерные особенности качества жизни детей дошкольного возраста, проживающих в г. Душанбе [Текст] / Н. Ш. Абдуллаева, И. В. Винярская // Здравоохранение Таджикистана. 2021. № 3 (350). С. 5-11.
- [14-М]. Абдуллаева, Н. Ш. Удовлетворённость законных представителей детей оказанием медицинской помощи в городских центрах здоровья [Текст] / Н. Ш. Абдуллаева // Здравоохранение Таджикистана. 2022. № 4 (355). С. 5-11.
- [15-М]. Абдуллаева, Н. Ш. Оценка качества жизни как критерий эффективности амбулаторного лечения [Текст] / Н. Ш. Абдуллаева // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. 2022. Т. XII. № 4(44) С. 5-11.

[16-М]. Абдуллаева, Н. Ш. Пути улучшения первичной медико-санитарной помощи детям раннего и дошкольного возраста [Текст] / Н. Ш. Абдуллаева // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. — 2023. — Т.ХІІІ. № 1(45). — С. 5-11.

#### Макола ва фишурдахои дар конференсияхо нашршуда

- [17-М]. Абдуллаева Н.Ш. Влияние комплекса факторов на формирование физического развития новорожденных и особенности их ранней адаптации [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Труды Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Новые технологии и репродуктивное здоровье». Душанбе. 27-28 ноября 2008. С.176-180.
- [18-М]. Абдуллаева Н.Ш. Опыт применения антибиотиков в лечении бронхитов у детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, С.Ф. Хайдарова, Р.П. Пачаева // Здравоохранение Таджикистана. -2010.- № 1.- С. 65-68.
- [19-М]. Абдуллаева Н.Ш. Антибактериальная терапия тонзиллофарингитов в педиатрической практике [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. 2012. № 1(13). С. 16-20.
- [20-М]. Абдуллаева Н.Ш. Качество жизни часто и длительно болеющих детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаев // Материалы Международного Конгресса «Здоровье и питание» Международная конференция детских диетологов и гастроэнтерологов. Москва13–15 декабря 2013 г. С. 5.
- [21-М]. Абдуллаева Н.Ш. Сравнительная характеристика качества жизни детей в зависимости от вида вскармливания [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова // Материалы Международного Конгресса «Здоровье и питание» Международная конференция детских диетологов и гастроэнтерологов. Москва 13–15 декабря 2013 г. С. 5-6.
- [22-М]. Абдуллаева Н.Ш. Особенности состояния здоровья детей, проживающих в домах ребенка [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Материалы Международного Конгресса «Здоровье и питание» Международная конференция детских диетологов и гастроэнтерологов. Москва 13–15 декабря 2013 г. С. 76.
- [23-М]. Абдуллаева Н.Ш. Факторы риска, способствующие развитию частых респираторных инфекций у детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова // Вестник перинатологии 2(58) 3(59) 2013. Материалы V Конгресса Федерации педиатров стран СНГ, VI Конгресс Педиатров и Неонатологов Республики Молдова, Кишинев, 22-24 мая 2013 г. С. 282-283.
- [24-М]. Абдуллаева Н.Ш. Показатели качества жизни детей с частыми респираторными заболеваниями [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, И.В. Винярская, В.В. Черников // Сборник материалов XVII Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии», Москва, 14-16 февраля 2014. С. 2.
- [25-М]. Абдуллаева Н.Ш. Структура заболеваемости детей раннего возраста по обращаемости в медицинские центры здоровья [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Сборник материалов XVII Конгресса педиатров Рос-

- сии с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии», Москва 14-16 февраля 2014. С. 244.
- [26-М]. Абдуллаева Н.Ш. Медико-социальные аспекты формирования здоровья детей, проживающих в домах ребенка [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Материалы научно-практической конференции, посвященной юбилею 90-летия присвоения статуса столицы города Душанбе на тему: "Достижения и перспективы в области репродуктивного здоровья, улучшения здоровья матери и ребенка". Душанбе. 2014. С.260-263.
- [27-М]. Абдуллаева Н.Ш. Роль витамина Д в генезе частых респираторных заболеваний у детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева, М.П. Носирова // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. — 2014. — № 3(23). — С. 146-149.
- [28-М]. Абдуллаева Н.Ш. Особенности организации питания детям грудного и раннего возраста: проблемы, пути решения [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. 2014. № 4(24). С. 11-16.
- [29-М]. Абдуллаева Н.Ш. Комплексная оценка состояния здоровья детей раннего возраста из группы перинатального риска [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. 2014. № 4(24). С. 17-19.
- [30-М]. Абдуллаева Н.Ш. Особенности развития и социальной адаптации детей, оставшихся без попечения родителей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Сборник материалов XVIII Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии», Москва 13-15 февраля 2015. С. 174.
- [31-М]. Абдуллаева Н.Ш. Новые подходы в лечении острых респираторных инфекций у детей, воспитывающихся в детских домах [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева, М.П. Носирова // Здравоохранение Таджикистана. 2015. № 1 (приложение 1) С. 66-68.
- [32-М]. Абдуллаева Н.Ш. Эффективность иммунокорригирующей терапии при рекуррентных респираторных инфекциях у детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, А.М. Миракилова// Здравоохранение Таджикистана. 2015. № 1 (приложение 1) С. 107-109.
- [33-М]. Абдуллаева Н.Ш. Оценка качества жизни детей раннего возраста [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. 2016. N 1(29). C. 8-11.
- [34-М]. Абдуллаева Н.Ш. Особенности роста и развития детей первого года жизни, перенесших перинатальное поражение центральной нервной системы [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. -2016.- № 2(30).- C. 12-15.
- [35-М]. Абдуллаева Н.Ш. Антенатальное формирование здоровья детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Сборник материалов международной научно-практической конференции «Охрана здоровья матери и ребенка», 14.10.2016. Душанбе. С. 126-127.
- [36-М]. Абдуллаева Н.Ш. Особенности роста, развития и показателей качества

- жизни детей раннего возраста, перенесших перинатальное поражение центральной нервной системы [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Здоровье матери и ребенка. Бишкек. Кыргызстан. 2016. Т. 8. № 2 С. 27-31.
- [37-М]. Абдуллаева Н.Ш. Особенности морфофункционального статуса физического развития детей, оставшихся без попечения родителей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, Р.П. Пачаева, М.П. Носирова // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. -2017.- № 1(33).- C. 47-50.
- [38-М]. Абдуллаева Н.Ш. Состояние здоровья и показатели качества жизни часто и длительно болеющих детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. 2017. № 3(35). С. 11-15.
- [39-М]. Абдуллаева Н.Ш. Стандарты роста и развития детей первого года жизни г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. -2018. N 1(37). C. 5-10.
- [40-М]. Абдуллаева Н.Ш. Влияние социально-биологических факторов риска на показатели качества жизни детей раннего возраста г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Материалы ежегодной XXIV научно-практической конференции Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ «Юбилейные научные чтения» и симпозиума по детской хирургии «Современные тенденции науки и практики в детской хирургии» (с международным участием). Душанбе. 10.11.2018. С. 11-12.
- [41-М]. Абдуллаева Н.Ш. Анализ показателей физического развития детей раннего возраста г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, Р.П. Пачаева, С.Н. Кудратова // Материалы IX Конгресса педиатров стран СНГ Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания, «Формирование здоровья детей в современных условиях здравоохранения» и III форума по питанию. 10-11 октября 2019, Таджикистан, Душанбе. С. 35-36.
- [42-М]. Абдуллаева Н.Ш. Физическое развитие детей раннего и дошкольного возраста по данным антропометрических исследований [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Материалы IX Конгресса педиатров стран СНГ Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания, «Формирование здоровья детей в современных условиях здравоохранения» и III форума по питанию. 10-11 октября 2019, Таджикистан, Душанбе. С. 36-37.
- [43-М]. Абдуллаева Н.Ш. Динамические изменения в физическом развитии детей раннего и дошкольного возраста г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, С.К. Ташбаева, О.Х. Каримова // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. 2019. № 1(41). С. 30-34.
- [44-М]. Абдуллаева Н.Ш. Сравнительный анализ физического развития детей г. Душанбе по данным антропометрических исследований [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева//Российский педиатрический вестник.—Москва.— 2020.—Т.23.№1. С. 3.
- [45-М]. Абдуллаева Н.Ш. Роль медицинской активности родителей в выявлении детской патологии [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Здравоохранение Таджикистана. 2020. № 4 (приложение) С. 38-39.
- [46-М]. Абдуллаева Н.Ш. Качество жизни детей раннего возраста и определяющие его факторы [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, Р.П. Пачаева // Здравоохранение

Таджикистана. - 2020. - № 4 (приложение) С. 39-40.

[47-М]. Абдуллаева Н.Ш. Гендерные особенности качества жизни детей первого года жизни [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова // Сборник материалов XXIII Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии», Москва 5-7 марта 2021. С.1.

[48-М]. Абдуллаева Н.Ш. Оценка качества жизни детей дошкольного возраста г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Материалы ежегодной II научно-практической конференции с международным участием Медико-социальное учение - новое направление в развитии образования, практики и науки (достижения, проблемы и его развитие) в Республике Таджикистан - 28-29 октября 2022, С. 42-43.

[49-М]. Абдуллаева Н.Ш. Показатели качества жизни детей первого года жизни г. Душанбе / [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Материалы ежегодной II научнопрактической конференции с международным участием Медико-социальное учение - новое направление в развитии образования, практики и науки (достижения, проблемы и его развитие) в Республике Таджикистан - 28-29 октября 2022, С. 43-44.

#### Монография

1. Абдуллаева, Н. Ш. Основные этапы проведения профилактических осмотров детского населения [Текст] / Н. Ш. Абдуллаева. Издательство: «Фасл-4» – Душанбе, 2023. - 195с.

### Фехристи ихтисорахо ва аломатхои шартй

КОА Комиссияи олии аттестатсионй

ТУТ Ташкилоти умумичахонии тандурустй

 МД
 Муассисаи давлати

 ФК
 Фавти кудакон

 ТМ
 Томактаби

ТХС Тарзи хаёти солим

МИБСК Муроқибати интегратсионии беморихои сини кудаки

СХ Сифати хаёт

УКС Утоқи кудаки солим

ВТ ва ХИА Вазорати тандурустй ва хифзи ичтимоии ахолии

ЧТ Чумхурии Точикистон

ТББ Таснифи байналмилалии беморихо

МБ Меъёр хои байналмилалй

ФН Фавти навзодон

ИАР Инкишофи асабй-равонй

ИАР ва ИЧ Инкишофи асабй-равонй ва инкишофи чисмонй

БУ Балли умум**ū** ДС Даври сар

ДҚС Даври қафаси сина

Рва М Рафтор ва муошират

КАТС Кумаки аввалияи тиббй-санитар й

СРИ Солимии равониву ичтимой

СБ Синни барвақт

ММ Меъёрхои минтакавй

МЧИКП ва Маркази чумхуриявии илмй-клиникии педиатрия ва чар-

 ЧК
 рохии кудакон

 МО
 Мухити оила

ҚТМ Қобилияти танҳо мондан

ФИ Фаъолияти ичтимой ТУС Тахкикоти ултрасадой

МФДМ ВТ Муассисаи федералии давлатии мустақили Вазорати тан-

ФР дурусттии Федератсияи Россия ФББ Фаъолият дар боғчаи бачаҳо

 ИЧ
 Инкишофи чисмонй

 ФЧ
 Фаъолияти чисмонй

КЗБ Кудакони зуд-зуд бемор шаванда

ФМ Фаъолияти мактабй

ФЗ Фаъолияти эмотсионалй

ЭХО-КГ Эхокардиография

PedsQL Pediatric Quality of Life

QUALIN Саволномаи умумй барои таҳқиқи сифати ҳаёти кӯдако-

ни 3 моха-3-сола.

#### **АННОТАЦИЯ**

#### Абдуллаева Нодира Шомуратовна СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДО-ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА (на примере г. Душанбе)

**Ключевые слова:** дети раннего и дошкольного возраста, качество жизни, физическое и нервно-психическое развитие, состояние здоровья.

**Цель исследования.** Изучить особенности формирования здоровья во взаимосвязи с качеством жизни, разработать и совершенствовать принципы первичной медико-санитарной помощи детскому населению.

Методы исследования. Для оценки состояния здоровья был использован метод «комплексной оценки состояния здоровья детей» с обязательным применением общеклинических методов исследования, а также выкопировки данных из медицинской документации (форма № 26, 30, 63, 112). Оценка физического развития детей была проведена по методу сигмальных отклонений и по шкале регрессии. Исследования качества жизни детей раннего и дошкольного возраста было проведено с использованием двух международных опросн иков. Опросник QUALIN предназначен для оценки КЖ здоровых и больных детей, состоящий из двух блоков: возраст от 3 месяцев до 1 года и от 1 до 3 лет, в опросник включены вопросы как для родителей, так и отдельно для педиатров, которые вели наблюдение за детьми. Опросник PedsQL 4.0 был использован для оценки КЖ детей от 2 до 4 лет - родительский вариант и в возрасте от 5 до 7 лет, содержащий родительскую и детскую версии.

Полученные результаты и их новизна. В последнее десятилетие определилась тенденция в ухудшении состояния здоровья детей раннего и дошкольного возраста, т.е. выя влено снижение доли здоровых детей с одновременным увеличением удельного веса детей с хронической патологией и инвалидностью. Установлены факторы риска, воздействующие на состояние здоровья и качество жизни обследованных детей. У детей раннего возраста преобладало воздействие медико-биологических факторов, а у детей старшего возраста — социально-психологических и материально-экономических. Определено, что в структуре заболеваемости детей раннего возраста преобладала патология бронхолегочной системы, у детей дошкольного возраста доминирующей патологией являлись заболевания органов пищеварения. Определены показатели качества жизни детей раннего и дошкольного возраста. Установлена возможность применения показателя КЖ в качестве одного из критериев ко мплексной оценки состояния здоровья ребенка. Обосновано использование методики оценки КЖ как критерия эффективности применения медицинских технологий в педиатрической практике. Выявлена чёткая тенденция дисгармоничного развития среди детей шестилетнего возраста, т.е. развитие низкорослости, свойственная мальчикам.

**Рекомендации по использованию.** Разработаны основные этапы и возрастные периоды профилактических осмотров детей, являющиеся резервным подходом для предотвращения различной патологии среди детского населения РТ. Для оценки физического развития детей раннего и дошкольного возраста, целесообразно использовать региональные нормативы антропометрических данных, которые должны обновляться через каждые 5-10 лет.

Внедрения комплексной оценки состояния здоровья, с применением оценки ка чества жизни для раннего выявления детей с низкими показателями КЖ, позволят обосновано формировать группы медико-социального риска. Результаты научно-исследовательской работы и практические рекомендации включены в программу циклов усовершенствования и повышения квалификации медицинских работников ГУ РНКЦП и ДХ, а также в практическую деятельность врачей общей практики городских центров здоровья  $N_2$  3, 6, 9.

Область применения: педиатрия, семейная медицина, социальная педиатрия.

#### **АННОТАТСИЯИ**

## Абдуллаева Нодира Шомуратовна ВАЗЪИ САЛОМАТЙ, СИФАТИ ХАЁТИ КЎДАКОНИ СИННУ СОЛИ БАРВАКТ ВА ТОМАКАТАБЙ (дар мисоли ш. Душанбе)

**Калимахои калидй:** кудакони синну соли барвақтии кудаки ва томактаби, сифати ҳаёт, инкишофи чисмони ва асаби-равони, ҳолати саломати.

**Максади тахкикот:** Омузиши хусусиятхои ташаккули саломати дар иртиботи мутакобила бо сифати ҳаёт, коркард ва такмил додани принсипҳои кумаки аввалияи тиббисанитари ба аҳолии кудакон.

Усулхои тахкикот. Бо максади бахогузорй ба холати саломатии кудакон усули "баходихии комплексии холати саломатии кудакон" бо хатман истифода кардани усулхои умумиклиникй, хамчунин нусхабардории комили маълумотхои хуччатхои тиббй (формахои № 112, 26, 30, 63) истифода карда шуд. Баходихй ба инкишофи чисмонии кудакон тибки методикаи тагйиротхои сигмалй ва тибки шкалаи регрессия гузаронида шуданд. Тахкикоти сифати хаёти кудакони синни барвакт ва томактабй бо истифода аз ду саволномахои байналмилалй анчом дода шуд. Саволномаи QUALIN барои баходихии СХ кудакони солим ва бемор муайян карда шуд, ки аз 2 блок иборат аст: синну сол аз 3-моха то 1-сола, ки ва аз 1 то 3-сола, дар саволнома саволхо хам барои волидайн ва хам чудогона барои педиатрхоро, ки муоинаи кудаконро ба ухда доштанд, дохил гаштаанд. Саволномаи PedsQL 4.0 барои тахкикоти сифати хаёти кудакони аз 2 то 4-сола, варианти волидайн истифода шуд ва аз 5 то 7-сола версияхои волидайн ва кудакро дар бар доштанд.

Натичахои ба даст овардашуда ва навгонии онхо. Дар дахсолахои охир тамоюли бад шудани холати саломатии кудакони синну соли барвақт ва томактаби муайян карда шудааст, яъне кам шудани хиссаи кудакони солим ва хамзамон зиёд шудани вазни холиси кудакони дорои беморихои музмин ва маъюбшави муайян карда шудааст. Омилхои хатаре, ки ба холати саломати ва сифати хаёти кудакони тахкикшаванда таъсир мерасонанд, мукаррар карда шуданд. Дар кудакони синну соли барвакт таъсири омилхои тибби-биологи, дар кудакони синну соли калонтар бошад, омилхои ичтимой психологи ва модди-иктисоди бартари доранд. Муайян карда шудааст, ки дар сохтори беморшавии кудакони синни барвакт беморихои системаи бронху шушхо бартари доранд, дар кудакони синни томактаби беморихои бартаридошта беморихои системаи хозима буданд. Нишондихандахои сифати хаёти кудакони синну соли барвакт ва томактаби муайян карда шуд. Имконияти истифода кардани нишондихандахои сифати хаёт хамчун меъёри иловагй дар баходихии комплексии њолати саломатии кудакон муайян карда шудааст. Истифодаи усули баходихии СХ, хамчун меъёри самаранокии истифодаи усулхои табобатй-солимгарпдонй дар фаъолияти амалии педиатрия асоснок карда шудааст. Тамоюли мушаххаси инкишофи номавзун дар байни кудакони шашсола, яъне пайдо шудани кадпастии хоси писархо муайян карда шуд.

Тавсияхо барои истифода. Мархалахои асосй ва даврахои баргузории муоинахои профилактики ахолии кудакон тахия карда шуд, ки равиши захиравй барои пешгирй намудани беморихо дар байни ахолии кудакони Чумхурии Точикистон ба хисоб меравад. Бо максади бахо додан ба инкишофи чисмонии кудакони синну соли барвакт ва томактабии ш. Душанбе, Чумхурии Точикистон, истифода намудани меъёрхои минтакавии маълумотхои антропометрй мувофики максад аст, ки онхоро метавон баъди хар як 5-10 сол тачдиди назар кард. Татбик намудани баходихии комплексии холати саломатй бо истифода аз баходихй ба сифати хаёт барои барвакт муайян кардани кудакони дорои нишондихандахои пасти СХ, ин имконият медихад, ки ба таври асоснок гуруххои хатари тиббй-ичтимой ташкил карда шаванд. Натичахои кори илмй-тахкикотй ва тавсияхои амалй ба барномаи сиклхои такмили ихтисоси ва баланд бардоштани тахассуси кормандони тиббй, ворид намудани МД МЧИКП ва ЧК, хамчунин дар фаъолияти амалии табибони амалияи умумии марказхои шахрии саломатии № 3, 6, 9. Шомил гаштаанд.

Сохаи истифода: педиатрия, тибби оилавй, педиатрияи ичтимой.

#### **ANNOTATION**

## Abdullaeva Nodira Shomuratovna HEALTH STATUS, QUALITY OF LIFE OF EARLY AND PRESCHOOL CHILDREN (in Dushanbe)

**Keywords:** early and preschool children, quality of life, physical and neuro-psychological development, health status.

**Purpose of the study:** To study the features of health formation in correlation with quality of life, to develop and improve the principles of primary medical and sanitary assistance to children.

**Research methods:** The health status was assessed using the "complex assessment of children's health" method, with mandatory application of general clinical research methods and data extraction from medical documentation (forms  $\mathbb{N} \geq 26, 30, 63, 112$ ). The assessment of children's physical development was conducted using the method of standard deviations and regression scale. The quality of life research of early and preschool children was conducted using two international questionnaires. The QUALIN questionnaire is designed to assess the quality of life of healthy and sick children, consisting of two blocks: ages from 3 months to 1 year and from 1 to 3 years, including questions for both parents and separately for pediatricians who observed the children. The PedsQL 4.0 questionnaire was used to assess the quality of life of children aged 2 to 4 years - parental version and ages 5 to 7 years, containing parental and child versions.

Results and their novelty: Over the past decade, there has been a trend of worsening health conditions among early and preschool children, i.e. a decrease in the proportion of healthy children with a simultaneous increase in the proportion of children with chronic pathologies and disabilities has been identified. Risk factors affecting the health status and quality of life of the surveyed children have been determined. For children of early age, the predominant influence was from medical-biological factors, while for older children, it was from socio-psychological and material-economic factors. It was determined that in the morbidity structure of early-age children, pathology of the bronchopulmonary system predominated, while in preschool-age children, diseases of the digestive organs were dominant. Quality of life indicators for early and preschool children have been identified. The possibility of using quality of life indicators as one of the criteria for a comprehensive assessment of a child's health status has been established. The use of quality of life assessment methodology has been justified as a criterion for the effectiveness of medical technologies application in pediatric practice. A clear tendency of disharmonious development among sixyear-old children has been revealed, i.e. the development of short stature, which is characteristic of boys.

**Recommendations for use:** Basic stages and age periods of preventive examinations of children have been developed, which serve as a reserve approach to prevent various p athologies among the child population of the Republic of Tajikistan. For the assessment of physical development of early and preschool children, it is advisable to use regional norms of anthropometric data, which should be updated every 5-10 years.

Implementation of a comprehensive assessment of health status, using the evaluation of quality of life for early detection of children with low quality of life indicators, will allow for a reasoned formation of groups of medical-social risk. The results of scientific research and practical recommendations are included in the program of improvement and qualification enhancement cycles for medical workers of the Republican National Center for Child Health and Development, as well as in the practical activities of general practitioners of urban health centers No 3, 6, 9.

**Scope of application:** Pediatrics, family medicine, social pediatrics.