

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ТАДЖИКСКИЙ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

УДК: 616-053.2:616-036.865

На правах рукописи

БОЙМУРОДОВ БОБОМУРОД НАСРИДИНОВИЧ

**НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ
ИНВАЛИДНОСТИ У ДЕТЕЙ, И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ
РЕАБИЛИТАЦИЯ**

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

по специальности 14.01.08 – Педиатрия

Душанбе 2023

Работа выполнения на базе Государственного учреждения НИИ профилактической медицины Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Научный руководитель: **Вохидов Абдусалом-** доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник ГУ МК «Истиклол»

Официальные оппоненты: **Мамаджанова Гульнора Сидикджановна** доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой детских болезней №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»
Джураев Мухаммад Наврузович доктор медицинских наук, заведующий кафедрой аллергологии и иммунологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Оппонирующая организация: «Хатлонский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Защита диссертации состоится «_____» _____ 20__ г. в _____ часов на заседании диссертационного совета 6D КОА-008 при ГОУ «Таджикском государственном медицинском университете им. Абуали ибни Сино»

Адрес: 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Сино 29-31
www.tajmedun.tj +992918724088

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «_____» _____ 2023г

Ученый секретарь диссертационного совета к.м.н., доцент

Джамолова Р.Дж.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. По данным ВОЗ (2018), в среднем 15% населения мира находятся в состоянии инвалидности, а в некоторых странах данный показатель превышает предел до 20%. По данным Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан в 2017 г. в стране насчитывается около 150 тысяч инвалидов, из них около 25 тысяч — дети [Гаибов А.Г. 2006, 2015, 2017; Аминова З.М. 2009; Баранова Т.Ф. 2014].

В Республике Таджикистан, как и в других странах СНГ, ускоренными темпами, идет процесс формирования законодательной базы инвалидности, так в 2016 году в стране была принята «Национальная программа реабилитации инвалидов на 2017-2020 годы». Суть указанного стратегического документа заключается в ее социальной ориентированности, которое выражается в повышение социальной защищенности инвалидов, включая число организуемой медицинской и социальной реабилитации. А ее антикризисная платформа базируется на документах, регламентирующих цель устойчивого развития ООН до 2030 года [Камилова Г.И, Ашурова Н.С, Чудинов А.В, Гаибова М.Г..2016].

В Республике Таджикистан – «на законодательной основе практически все права и интересы инвалидов или лиц с ограниченными возможностями защищены Законом РТ «О социальной защите инвалидов от 17.12.2020г.№1739».

На законодательной основе, базируясь на различных аспектах соответствующих правовых актах к сегодняшнему времени в стране существует полный пакет социальных прав инвалидов: которые охватывают, в частности их право на социальное обеспечение, получение различных льгот, возмещение компенсации, а также и многие другие государственные гарантии.

В частности, необходимо особо отметить тот факт, что в Республике Таджикистан дети-инвалиды получают образование и медицинское обслуживание на бесплатной основе, за счет средств государства и меценатов.

Принятые на государственном уровне документы ориентированы на комплексное решение основных проблем медико-социальной характера поддержки детей-инвалидов и членов их семей, а также круг вопросов, связанных с процессом организации и проведении работа направленной на профилактику детской инвалидности остаются еще не до конца решенными.

Даже при условиях прогресса в медицине, особенно в перинатологии, сохраняется определенная тенденция роста числа детей-инвалидов, данный

факт наряду с указанием на значимость данной проблемы для общества, еще раз дает подтверждения того, что на сегодняшний день возможности реабилитационной медицины еще не достигли совершенства [Мавлонов А.П., Косимова М.С, Сулаймонов И.И. 2018; Askie LM, Darlow BA, Davis PG, et al. 2017].

Однако, необходимо указать на то, что медицинская и государственная политика, все-таки ориентирована на будущее, где основное внимание будет уделяться преимущественно только профилактической работе, известно, что легче воспрепятствовать возникновению заболевания, чем устранять его последствия [Магзумова Ф.П, Абдурахимов А.А, Хакназаров С.Ш. 2018; Kim DY, Park HK, Kim NS, et al. 2016].

Сохраняющиеся проблемы социально-экономические и медико-демографические характера в Республике Таджикистан, где общее число жителей превысило 9 млн. человек, продолжает сохраняться высокий уровень общей инвалидности и детской в том числе, что относится к одному из важных факторов колоссального сохранявшегося экономического ущерба государственному бюджету в размере более 100 млн долл. США [Носирова М.П., Иномзода Д.И., Ёдгорова М.Д., Умарова З.К. 2019; Sullivan, D.F. 2016].

Детский церебральный паралич (ДЦП) – относится к классу заболевания нервной системы, которые в большинстве случаев приводят к инвалидизации в детском возрасте. Факторов приводящих к развитию ДЦП, достаточно много, однако, на перинатальный период, приходится достаточно большая доля частоты развития. Дородовые формы церебрального паралича варьируют от 35 до 60%, интранатальные – от 27 до 54%, постнатальные до 25% [Национальная программа реабилитации инвалидов на 2017-2020 годы. Постановление правительства Республики Таджикистан №455 от 28 октября 2016 г.; Глобальный план ВОЗ по инвалидности на 2014–2021 гг. 2015].

Степень научной разработанности изучаемой проблемы:

Сохраняющиеся высокие показатели числа новорожденных, родившихся больными или заболевших, рождения детей с аномалиями развития, способствуют сохранению, а иногда и росту показателя детской инвалидности. Проведенные за последние годы многочисленные научные исследования по данной проблематике дают возможность совершенно по иному осмыслить значимость проблемы детской инвалидности.

Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой. Работа выполнена в рамках НИР ГУ ТНИИ профилактической медицины Министерства здравоохранения Республики Таджикистан. Проект «Эколого-гигиеническая оценка факторов среды обитания и здоровья,

населения проживающего в сельской местности Республики Таджикистан». Сроки выполнения проекта 2019-2023гг. ГРН№0119ТJ00964.

Общая характеристика работы.

Цель исследования. Изучить факторы риска (предикторы) формирования ДЦП и определить эффективные пути их медико-социальной реабилитации.

Задачи исследования

1. Изучить проблемы детской инвалидности в Республики Таджикистан на современном этапе.
2. Оценить роль и вклад пренатальных, перинатальных и постнатальных предикторов в формировании детской инвалидности.
3. Изучить медико-биологические и социальные аспекты детей с ДЦП.
4. Определить мнение членов общин о факторах возникновения ДЦП.
5. Оценить медико социальную реабилитацию детей, страдающих ДЦП и определить пути их оптимизации

Объект исследования; Объектом исследования служили статистические отчетные формы 31 и 32 «Ҳисобот оид ба хизматрасонӣ ба кӯдакон», «Ҳисобот оид ба хизматрасонии тиббӣ ба ҳомиладорон, таваллудкунандагон ва навзоидагон» за период с 2014 по 2020 гг. Годовые отчеты о деятельности ГУ РДРЦ за период с 2013 по 2020 гг. Результаты анкетирования представителей общин о причинах возникновения ДЦП.

Предмет исследования. Статистические данные, годовые отчеты учреждения, результаты анкетирования, результаты инструментальных методов обследования детей.

Научная новизна исследования

1. Впервые на основе ретро- и проспективного анализа статистических и отчетных данных установлено, что в Республике Таджикистан в структуре детской инвалидности, первое место занимают классы заболеваний «Болезни нервной системы – (G00-G99)».
2. Впервые у детей доказано, что вероятность развития ДЦП зависит от срока родов, состояния до и после рождения, течения адаптации в раннем неонатальном периоде.
3. Доказана, этиологическая роль ОРВИ и цитомегаловирусной инфекции беременной женщины в поражении мозга плода и развития ДЦП.
4. Установлены концептуальные основы раннего прогноза развития ДЦП с определением последующих шагов для родителей и семейных врачей

относительно необходимых критериев для обращения за консультацией к неврологу с целью раннего прогноза ДЦП

5. Обоснована концепция раннего начала и хорошей эффективности реабилитационных мероприятий, на основании оценки модели медико-социальной реабилитации детей инвалидов при ГУ Республиканского детского реабилитационного центра.

Теоретическая и научно-практическая значимость работы.

Значимость проведенного исследования заключается в том, что полученные результаты, их интерпретация и теоретические суждения, методологические аспекты, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть востребованы в учебном процессе медицинских ВУЗов.

Положения выносимые на защиту.

1. Впервые установлено, что в структуре причин первичной детской инвалидности среди детей, первое место занимают классы заболеваний «Болезни нервной системы – (G00-G99)».

2. Установлено, что основную массу детей (89,2%), проходивших реабилитацию при ГУ РДРЦ составили больные классами заболеваний «Болезни нервной системы – (G00-G99)», где в структуре, основная часть представлена ДЦП.

3. Выявлено, что более половины детей с ДЦП родились от преждевременных родов с ОНМТ и ЭНМТ в тяжелой и средне тяжелой асфиксии.

4. Определена ведущая роль вирусной патологии беременной женщины (ОРВИ с повышением температуры и нейротропные инфекции) в поражении мозга плода.

5. Представители общин, проживающие в городской местности, хорошо осведомлены основных причинах (наследственная отягощённость, инфекции) инвалидизации детей.

Степень достоверности результатов.

Работа основана на сборе и анализе достаточного объема статистических отчетных форм 31 и 32 за почти 10 летний период, ежегодные отчеты о деятельности учреждения за период с 2013 по 2020 гг. Проведенная работа послужило основанием сформировать выводы и рекомендации, которые основаны на расчете статистических показателей заболеваемости, удельного веса в структуре причин, Т/прироста за определенный период.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности (формуле и области исследования);

Соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.08- “Педиатрия”: подпункт 3.3. Физиология и общая патология периода новорожденности, раннего, старшего и подросткового возрастов.

Личный вклад соискателя ученой степени

Диссертация является самостоятельным научным исследованием, автор лично провел сбор статистических отчетных данных, годовых отчетов учреждения. Составил и внедрил проведение анкетирования среди членов общины, которые позволяют достичь цель и решить поставленные задачи. На основании многочисленных источников, автором проведена работа по осуществлению сбора и систематизации первичных клинических данных на двух уровненом этапе ретроспективном и перспективном, по ходу основной деятельности и в рамках проводимых исследований автором проводилась работа по клиническому обследованию детей-инвалидов, в итоге проведена статистическая обработка материала, обработка и интерпретация полученных результатов.

Апробация работы и информация об использовании её результатов.

Материалы исследования доложены и обсуждены: на втором Съезде врачей Республики Таджикистан, Душанбе 29.06.2019 г., научно-практической конференции «Противодействие снижению угроз распространения устойчивости микроорганизмов к противомикробным препаратам в пищевых продуктах», Душанбе 18.11.2019 г., 9 Конгресс педиатров стран СНГ «Ребенок и общество: Проблемы здоровья, развития и питания «Формирования здоровья детей в современных условиях здравоохранения» и III Форум по питанию, Душанбе 10-11. 11.2019 г., научно-практической конференции «Питание и здоровье детей», Харьков 17-18 май 2020, XV международной научно практической конференции молодых ученых ТГМУ им Абуали ибни Сино, Душанбе 24 апреля 2020 г.

Публикации результатов диссертации. По теме диссертации опубликовано 15 печатных работ, в том числе 6 работ опубликованы в журналах, рекомендованных ВАК.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 173 страницах компьютерного текста, состоит из введения, 5 основных глав, обсуждения результатов, выводов, рекомендаций по практическому применению, списка использованной литературы. Диссертация иллюстрирована 23 таблицами и 15 рисунками. Список литературы включает 154 источников, из них 105 на русском и 49 на английском языке.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Характеристика обследованных лиц и методы исследования

Исследование основывалось на анализе деятельности ГУ РДРЦ за период с 2013 по 2021 гг. Материалом исследования являлись специальные статистические отчетные формы «31, 32 Утвержденные Постановлением Государственного Комитета статистики Республики Таджикистан № 12 от 19.08. 2009г., Годовой отчет о деятельности ГУ РДРЦ за период 2013 по 2021гг. Анкеты медико-социального исследования ребенка-инвалида. В изучаемой группе все случаи первичной инвалидности детей указывались согласно классификатору болезней – МКБ-10 пересмотра.

В процессе исследования единицей наблюдения явился ребенок, впервые признанный инвалидом вследствие ДЦП. Учетные признаки: пол; возраст; место жительства; диагноз; степень функциональных нарушений; факторы риска развития инвалидизирующей патологии.

Проведен клиническое обследование 110 детей-инвалидов, вследствие заболеваний нервной системы (со спастическими формами детского церебрального паралича) в возрасте 1–4 лет, среди них 49 девочек (44,5 %) и 61 мальчика (55,4 %), $p > 0,05$. Традиционно обследование детей включало клинический осмотр, оценку физического развития, резистентность, лабораторный мониторинг включал анализ крови и мочи. Обобщение и анализ данных биологического, социального анамнеза проведено путем ретроспективно изучения сведений из карт развития новорожденного (ф. № 112-1/у), историй развития ребенка (ф. № 112-1/у), анкетирования и интервьюирования родителей.

В процессе выполнения работы был проведен ретроспективный анализ 86 карт развития новорожденных, у которых в последующем был диагностирован детский церебральный паралич (ДЦП). Из числа обследованных 32 (37,2%) ребенка родились от преждевременных родов, из которых 14 (43,7%) детей родились при сроке гестации 22-27 недель, 18 (56,2%) недоношенных детей родились при сроке беременности от 28 до 37 недель, остальные 54 (62,7%) ребенка родились от срочных родов.

По итогам анализа медицинской документации обследованные дети были разделены на следующие три подгруппы: 1 подгруппа составили дети от преждевременных родов 32 (37,2%) ребенка; во 2 подгруппу вовлечены 30 (34,0%) доношенных детей с оценкой по шкале Апгар до 4 и менее баллов, в тяжелой асфиксией код МКБ-10 (P21.0); доношенные дети составили третью подгруппу – 24 (27,9%) ребенка, которые родились в асфиксии средней и умеренной степени тяжести код МКБ-10 (P21.1) и оценкой по Апгар более 5 баллов.

Согласно установленным целям исследования, было проведено анкетирование членов общин, проживающих в на селе и городе. Общее число респондентов составило 600 человек, из каждого пилотного региона были по 300 интервьюируемых.

Анкета по опросу семьи ребенка, страдающего ДЦП

Уважаемые родители, благодарим вас за согласие принять участие в опросе, ваши ответы помогут нам улучшить работу с детьми, страдающими ДЦП.

Просим Вас подчеркнуть ответ на вопрос

Наличие собственного жилья: - отдельный дом; секция; снимаете квартиру.

Проживают совместно с родственниками: Да; Нет

Ваш возраст на момент рождения ребёнка: - до 20; 20–24; 25–29; и более 29 лет.

Ваше образование: - среднее; среднее профессиональное; высшее; незаконченное среднее профессиональное и высшее образование.

Семейные взаимоотношения после установки ДЗ: ДЦП - сплочённой и дружной; ухудшение взаимоотношений; не знаю.

Вы наблюдались в ЦРЗ: - да; нет;

Если да: то когда с какого срока беременности. **Если нет то почему:** – далеко; не хотела; не знала

Какой по счету ребенок: 1; 2; 3; и далее

Когда установили диагноз ДЦП: 1 год жизни; до 3 лет; не знаю

Имеете ли постоянную работу: - неполный рабочий день; на дому; не работаю из-за ребенка.

Вы отметили ухудшение материального положения после появления в семье ребёнка с ДЦП: - да; очень выражено; нет все хорошо; не знаю

Как вы думаете, что явилось причиной инвалидности у детей: не знаю; курение родители; прием наркотиков; заболевание с наследственной предрасположенностью; инфекции

Как часто вы посещаете врача или медработника, или они посещают вас: 1 раз в квартал; никогда; самообращение.

Способность ребенка к самостоятельной ходьбе: ходит; не ходит

Соотношение состава семьи: полная; неполная

Распределение ответственности, возлагаемой матерями за возникновение болезни у детей: ответственность за болезнь – никто; врачи; сама.

Соотношение установок матерей в отношении лечения болезни детей: установки в отношении лечения - «излечима»; «неизлечима»; «возможна только реабилитация»; другое

Оценка матерью тяжести заболевания своего ребенка: оценка матерью тяжести заболевания всего - «болезнь не самая тяжелая»; «болезнь очень тяжелая»; другое

Соотношение прогноза матерей на будущее их детей: прогноз на будущее ребенка – позитивное в пределах возможностей ребенка; позитивное, выходящее за пределы возможностей ребенка; негативное; неопределенное.

Распределение эмоций у матерей в связи с болезнью: - тревога; вина или стыд; различные страхи; страх за будущее ребенка; печаль; боль и разочарование; любовь; отрицание чувств.

Статистическая обработка результатов

Для последующей оценки статистической значимости полученных результатов, вычислялись относительные величины. Достоверность различий определялась в соответствии с критерием χ^2 в зависимости от коэффициента достоверности и числа степеней свободы. Значение $p < 0,05$ рассматривали как значимые. Расхождение двух и более эмпирических распределений. Количественная характеристика связи изучаемых признаков (заболеваемости и инвалидности) дана на основе вычисления коэффициента парной линейной корреляции. На четвертом этапе была дана оценка сложившейся системы медико-социальной экспертизы реабилитации, сравнивалось с критериями Пирсона (χ^2) и научно обоснованы приоритетные направления по её совершенствованию.

Результаты исследования

В Таджикистане, как во многих других странах на протяжении последних 10 лет на фоне проводимых социально-экономических преобразований отмечено увеличение числа детей-инвалидов по ряду соматических заболеваний и психических расстройств. Начиная с 1996 г. (в стране был введен соответствующий статистический учет причин первичной инвалидности), изменение форм и характеристик учета заболеваний способствовало тенденции постоянного увеличения числа детей-инвалидов в возрасте 0—15 лет.

Таблица 1. - Инвалидность детей в возрасте до 18 лет с 2014 по 2021 гг.

Год	Численность детей в РТ	Число детей инвалидов	Показатель число детей с ограниченными возможностями	Показатель инвалидности (на 10 000 детей)
2014	3512460	24832	0,70%	70,6
2015	3590580	25197	0,70%	70,1
2016	3668700	24136	0,65%	65,7
2017	3764040	25004	0,66%	66,4
2018	3850073	26081	0,67%	67,7

2019	3945623	26997	0,68%	68,4
2021	4049364	28076	0,69%	69,3
Динамика за 7 лет	(+536904) Т/прироста+ 13,2%	(+3244) Т/прироста+11,5%	-0,01	-1,8%

Проведя анализ показателей числа детей инвалидов (статистическая учетная форма 31) (таблица 1.) среди возрастной группы до 18 лет в Республике Таджикистан за период с 2014 до 2021 гг. было установлено, что показатель роста числа детей инвалидов, так и показатель Т/прироста составил +11,5% или число детей инвалидов увеличилось на 3244 ребенка. Показатель распространённости инвалидности среди детей на протяжении 2014 и 2015 гг. на 10 тыс. детей, высокий колебаний не имел и был практически одинаков и составлял 70,0/10 тыс. детей соответствующего возраста.

Следующий показатель, который нами анализирован (таблица 2.) характеризует динамику первичной инвалидности среди детского населения по классам болезней за период с 2012 по 2021 гг., подвергнуты анализу абсолютные, интенсивные показатели и удельный вес каждого из классов болезней в структуре детской инвалидности. На протяжении всего анализируемого периода одной из главных причин первичной инвалидности детей явились, «Болезни нервной системы – (G00-G99)». В 2012 году (таблица 2.) по причине болезни нервной системы (G00-G99) было признано инвалидами 1348 детей, что составило 40,5% от общего числа всех случаев, в 2014 году по данному классу болезней было признано инвалидами 731 ребенок, что на 644 ребенка меньше ($P < 0,001$), чем в 2012 г., однако в 2016 число возросло до 1078, в 2018 г. – 1298 детей, максимальный рост числа детей инвалидов по причине патологии нервной системы имело место в 2020 г. – 1427 детей, где показатель Т/прироста составил +5,5%. Интенсивный показатель в 2012 г. по данному классу болезней составлял 5,9 на 10 тыс. дет., в 2020 г. в 1,4 раза ниже, чем в 2012 г. При анализе показателя удельного веса, выявлена такая же динамика, в 2012 г. в 39,7%, в 2014г – 26,2%, в 2020 г. – 36,7%. На втором месте по частоте причин первичной инвалидизации детей, являются «Психические расстройства (F00-F99)», в 2012г, 357 детей с данной патологией были признаны инвалидами, в 2018 г. частота случаев возросла на 92, тогда как в 2020 г число детей увеличилось на 231 случай, показатель Т/прибыли за эти периоды составил + 39,2%. Однако, интенсивный показатель в 2018 г. по сравнению с 2012 г. снизился с 1,4 до 1,1 на 10 тыс. детей (соответственно), но в 2020 г. вновь отмечен рост данного показателя до 2,5 /10 тыс.дет.

Таблица 2. - Динамика первичной инвалидности среди детского населения по классам болезней за 2012- 2020 гг. в Республике Таджикистан (абс., на 10 тыс., %)

Класс болезней	Код МКБ-10	Абсолютное число					Т/убыли. Т/прироста	Интенсивный показатель на 10 тыс. нас.					Удельный вес в %				
		2012	2014	2016	2018	2020		2012	2014	2016	2018	2020	2012	2014	2016	2018	2020
Туберкулез	A15-A19	40	27	11	21	16	-40,0%	1,2	0,1	0,03	1,0	1,1	1,2	1,0	0,3	0,6	0,4
Новообразования	C00-C97	41	73	52	34	58	+29,3%	1,23	1,1	1,2	0,5	2,1	1,2	2,7	1,6	1,0	1,5
Психические расстройства	F00-F99	357	347	385	449	588	+39,2%	1,4	1,5	1,3	1,1	2,5	10,7	12,9	12,0	12,7	15,5
Болезни нервной системы	G00-G99	1348	731	1078	1298	1427	+5,5%	40,4	4,5	5,4	3,9	4,2	40,5	27,2	33,7	36,7	37,6
Болезни глаз	H00-H59	269	279	251	261	302	+10,9%	8,7	1,8	2,3	1,4	2,5	8,1	10,4	7,9	7,4	8,0
Болезни уха горло и носа	H60-H95	293	203	231	191	249	-15,0%	8,8	0,5	0,4	0,5	1,2	8,8	7,5	7,2	5,4	6,6
Болезни системы кровообращения	I00-I99	53	38	78	66	91	+41,7%	0,3	0,5	0,5	0,6	0,9	1,6	1,4	2,4	1,9	2,4
Болезни системы дыхания	J00-J99	49	35	27	30	31	-36,7%	0,2	0,2	0,1	0,3	0,4	1,5	1,3	0,8	0,8	0,8
Болезни ЖКТ	K00-K93	25	13	12	33	20	-20,0%	0,1	0,3	0,05	0,1	0,1	0,7	0,5	0,4	0,9	0,5
Болезни кожи и придатков	L00-L99	23	26	21	18	13	-43,4%	0,2	0,1	0,2	0,3	0,2	0,7	1,0	0,7	0,5	0,3

Продолжение таблицы 2.

Болезни мочеполовой системы	N00-N99	59	68	50	70	55	-6,7%	0,1	0,1	0,3	0,1	0,2	1,8	2,5	1,6	1,9	1,5
ВПР (нарушение развития) хромосомные аномалии	Q00-Q99	282	246	311	321	302	+6,6%	7,7	7,5	6,6	6,7	7,3	8,5	9,2	9,7	9,1	8,0
- ВПС	Q21- Q24	144	133	178	173	133	-7,6%	0,8	1,0	0,8	0,5	0,4	4,3	5,0	5,6	4,9	3,5
- Синдром Дауна	Q90	43	44	63	81	72	+40,2%	1,0	0,8	0,7	1,0	1,1	1,3	1,6	2,0	2,3	2,0
Болезни костной и мышечной системы	M00-M99	185	210	220	276	271	-31,7%	0,4	0,7	0,5	0,8	0,7	5,5	7,8	6,9	7,8	7,1
Травмы, отравления, ожоги	S00-T98	39	18	53	73	14	-63,1%	0,2	0,1	0,02	0,3	0,4	1,2	0,7	1,7	2,1	0,4
Другие		80	195	175	144	149	+46,3%	1,1	0,1	0,03	1,0	1,1	2,4	7,3	5,5	4,0	3,9
Всего		3330	2686	3196	3539	3791	+12,2%	24,3	21,5	21,4	25,3	32,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

В 15.10. 2015 г. приказом МЗ « Дар бораи таъсиси “Регистри милли электронии нуқсонҳои модарзодӣ дар байни навзодон”, был создан Национальный регистр ВПР. «Национальный регистр “Врождённых пороков развития новорожденных” внедрён в единую информационную систему здравоохранения DHIS-2. Для проведения регистрации были внесены дополнения и изменения в учетные формы 31 и 32 «Беморшавии кӯдакони сини то 1 сола», «Нуқсонҳои модарзодӣ» и «Ҳисобот оиди хизматрасонии тиббӣ ба ҳомиладорон, таваллудкунандагон ва навзодон». Внедрены 24 класса ВПР с учетом МКБ 10, включающие 100 наименований АРП Q00-Q99.

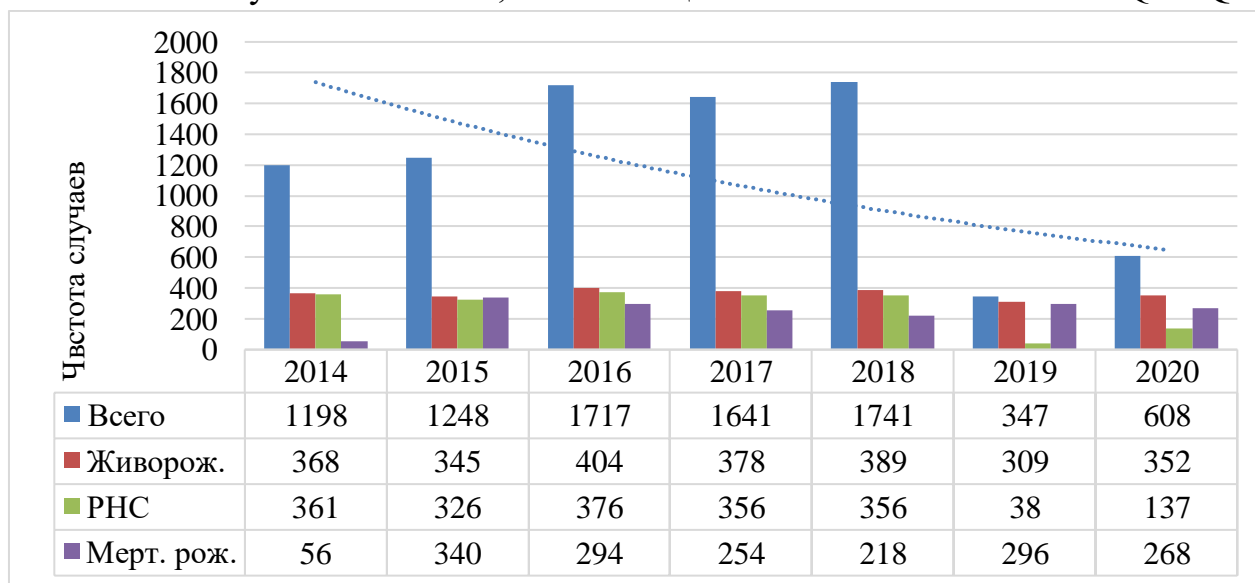


Рисунок 1. - Общая тенденция ВПР в Республике Таджикистан за период с 2014 по 2020 гг.

По нашим данным частота ВПР (врожденные пороки развития) хромосомные аномалии, в структуре первичной детской инвалидности составляют около 10%. На протяжении с 2014 по 2020 гг. в Республике Таджикистан родилось 8500 новорожденных с ВПР (нарушений развития) хромосомные аномалии, из них (20,3%) 1726 детей родились метрвыми, число детей с ВПР умерших в РНП превысило число мертворожденных на 224 случая, что составило 11,8%. В 2014 г. из 1198 родившихся детей (7,2%) составили дети с массой тела – 500-999,0; (5,2%)- 1000-1499,0; (22,5%) - 1500-2499,0; и (64,5%) - 2500,0>. В 2020 г. анализируемые показатели были следующими (1,6%) 500-999,0; (5,1%) - 1000-1499,0; (21,1%) - 1500-2499,0; и (68,3%) - 2500,0>.

По сведениям статистических данных учетной формы 31 за период с 2014 по 2020 гг., общее число детей, находящихся под наблюдением имел тенденцию к снижению Т/убыли – 13,1%. Среди классов заболеваний, непосредственно относящихся к факторам, приводящих к ДЦП относятся

болезни нервной системы код по МКБ-10 (G00-G99), в 2014 г. общее число детей, страдающих данными заболеваниями составило 12252 случая, через 8 лет отмечено некоторая положительная динамика численности больных – 13394 случая, показатель Т/прироста составил +8,5%. Так, число больных страдающих неврологическими заболеваниями в 2014 г. от общего числа детей составило 4,9%, тогда как в динамике данный показатель возрос на 1,2%. Из числа заболевших детей ежегодно у определенного числа детей развивается ДЦП, так в 2014 г. таковых было 510 детей, что составило 4,7% от числа детей, страдающих болезнями нервной системы. Однако в 2017 году данный показатель по сравнению с 2014 г. возрос на 197 случаев, где показатель Т/прироста составил + 27,8%. Однако в 2020 г. отмечено снижение числа больных на 162 случая, показатель Т/убыли был равен – 32,7%. Показатель частоты случаев ДЦП за анализируемый период имел четкую тенденция к снижению на 1,6%.

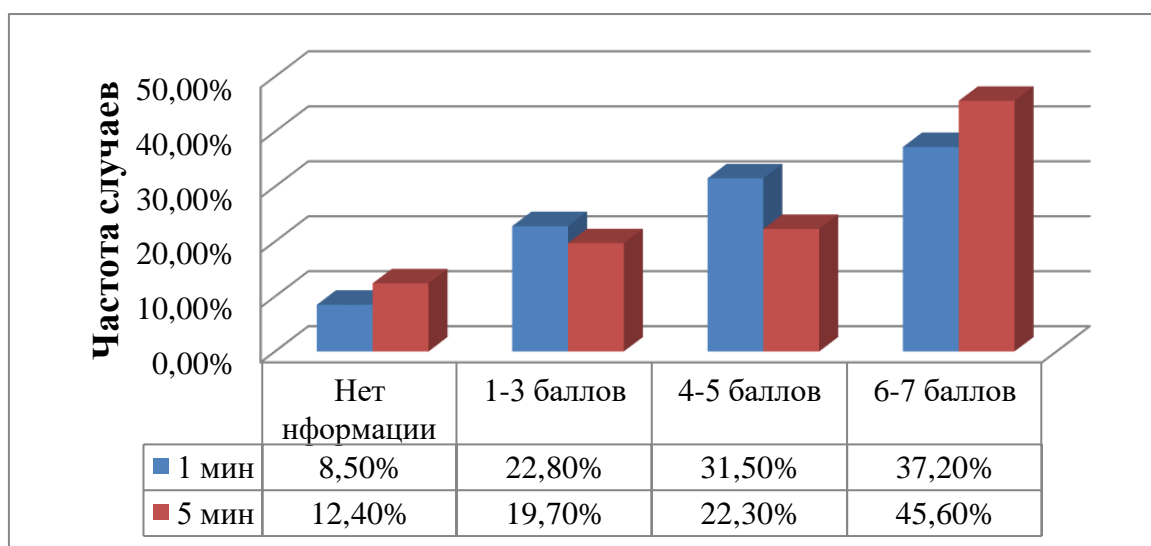


Рисунок 2. - Оценка по шкале Апгар детей с ДЦП (n=86)

Применение шкалы Апгар в качестве прогностического критерия особенно на 5 минуте жизни может достаточно четко коррелировать с частотой развития ДЦП, именно низкая оценка на 5 минуте продолжает свидетельствовать о том, что воздействие гипоксии сохраняется и следовательно процесс распада тканей мозга продолжается. Проведенные исследования [Thorngren-Jernek K., Herbst A.2006], показали, что при условии, суммарная оценка по шкале Апгар на 5 минуте не превышает 3-6 баллов то в этой случае высока вероятность развития ДЦП, рост риска имеет место при том если ребенок родился от доношенной беременности.

Те дети, которые в первые минуты жизни имели оцененку по шкале Апгар, 4-5 баллам, в онтогенетическом аспекте были более предрасположены

к развитию задержки физического и нервно-психического развития, гидроцефалии, анемии и рахит. У этих же детей в более старшем возрасте определялись наличие двигательных, общих и генерализованных нарушений. Необходимо отметить особо то, что у младенцев, которые на пятой минуте жизни имели оценку по шкале Апгар 6-7 баллов - в более, чем 2 раза чаще определялись признаки умственных нарушений, по сравнению с другим степенями тяжести асфиксии. Наши исследования показали, что из 86 детей, у 22,8% состояние на первой минуте оценено в 1- 3 балла – тяжелая асфиксия, соматическое состояние которых было крайне тяжелым, 4-5 баллов в асфиксии средней степени тяжести, но состояние их здоровья было тяжелым, таковых детей было 31,5% и только у 37,2% детей имели асфиксию легкой степени 6-7 баллов. Наиболее прогностически важным в отношении сохраняющихся асфиксии является оценка по шкале Апгар на 5 минуте жизни. У каждого 5 (19,7%) ребенка на 5 минуте жизни оценка по шкале Апгар продолжала оставаться 1-3 балла, у 22,3% детей сохранялась оценка по шкале апгар равная 4-5 баллам.

При проведении доплерометрии сосудов мозга, характерные признаки ишемии артериального кровотока больше всего были выражены у детей второй подгруппы, которое максимально проявлялось к концу 2 недели жизни – 16,6% (n=5). Необходимо указать и тот момент, что у каждого третьего ребенка второй подгруппы в трети случаев (n=10) было наличие синдрома внутричерепной гипертензии.

У детей, на второй и начало третьей недели жизни отмечались признаки диффузно гипоксически-ишемического поражения головного мозга, что определялось у большинства детей 2 подгруппа (82%) и эти явления сохранялись до конца 3-го месяца жизни, в отличие от третьей подгруппы (p<0,001).

Явления глубокого нарушения мозгового кровотока у детей первой подгруппы имело место в 100% случаев, для этих детей немаловажным фактором является субкортикальная лейкомаляция, что с полной уверенностью можно относить к составляющим неблагоприятный исход, данные явления были максимально характерны только для детей первой подгруппы (28,1% случаев, n=9), но имели место и у детей второй подгруппы.

Среди детей второй подгруппы сосудистые нарушения по типу ишемии достоверно чаще (p<0,001) определялись к 1 месяцу жизни – 70,0% (n=21), тип сосудистых нарушений проявлялся в виде вазопаралича и вазодилатации (по 31%), чаще других проявлений регистрировался вазопарез (46% случаев).

Характерные изменения, возникающие при выраженном гипоксически-ишемическом поражении стромы мозга у детей, среди детей второй подгруппы, чаще всего определялись на 6-7 сутки, практически у каждого третьего ребенка (31,4% случаев). Клинические признаки синдрома, связанного с повышением внутричерепного давления регистрировалось у более чем 50%, (n=16).

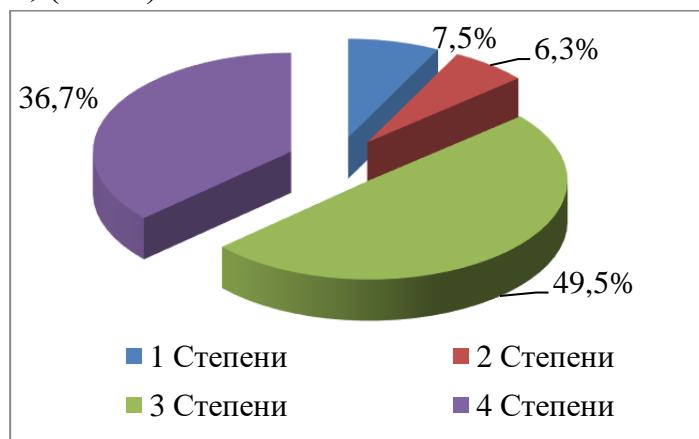


Рисунок 3. - Частота регистрации перивентрикулярных кровоизлияний у детей с ДЦП по степени тяжести.

Основными повреждающими факторами обладают: (гипоксия, ишемия, артериальная гипотония), закупорка венозных сосудов по причине внутрижелудочкового кровоизлияния у новорожденных, а также и другие факторы, и причины, относящиеся к неустановленным расстройствам, которые приводят к возникновению перивентрикулярного кровоизлияния и некрозу вещества мозга. В большинстве случаев ВЖК 3 и 4 степени являются основными причинами возникновения моторных нарушений и нейропсихологических расстройств.

Большинство детей, страдающих от ДЦП могут болеть и другими заболеваниями, которые спровоцированы фактором, приведшим к данному заболеванию. В большинстве случаев при ДЦП в патологический процесс кроме периферической нервной системы вовлекается и головной мозг ребенка, и по этой причине у данных больных имеет место судороги, нарушения интеллектуального развития, воздействие на поведение, слух и зрение больного. Выявлено, что те дети которые страдают ДЦП чаще подвержены дополнительным расстройствам. Практически у всех детей при ДЦП в патологический процесс вовлекается головной мозг, функция которого, мониторинг и контроль деятельности различных органов и систем, на фоне или как осложнение данного заболевания у детей могут возникнуть судороги, нарушения интеллектуального развития, влияет на поведенческие реакции, органы слуха и зрение ребенка.



Рисунок. 4. - Частота регистрации сопутствующих заболеваний у детей с детским церебральным параличом (n=86).

В большинстве случаев возникают определенные трудности в управлении динамикой проявления болезней, в большинстве случаев практической деятельности врач и пациент сталкиваются с ситуацией больших сложностей, нежели противостоять и стараться восстанавливать моторные нарушения, обусловленными ДЦП.

Признавая важность проблемы детей с ограниченными возможностями постановлением Правительства Республики Таджикистан № 167 от 27.03.2009г. было открыто Государственное учреждение «Республиканский детский реабилитационный центр». Основной целью создания данного реабилитационного учреждения, было создание современных условий и возможности для организации и проведения реабилитационных мероприятий среди детского контингента. Нами был проведен анализ деятельности ГУ РДРЦ за период с 2013 по 2021г., в данное учреждение госпитализируются дети в возрасте от 1 года до 18 лет, страдающие различными заболеваниями нервной системы, опорно-двигательного аппарата, дыхательной и сердечно-сосудистой системы. В 2013 г. (Рис. 5.1.) в детский реабилитационный центр было госпитализировано всего 918 детей, из года в год число детей, нуждающихся в реабилитационной помощи, в условиях центра имело четкую динамику к росту, так 2015 г. по сравнению с 2013 г. было госпитализировано на 653 (71,1%) ($P > 0,001$) ребенка больше, в 2018 г. - 1990 детей, что на 1072 (117%) больше, чем в 2013 году.

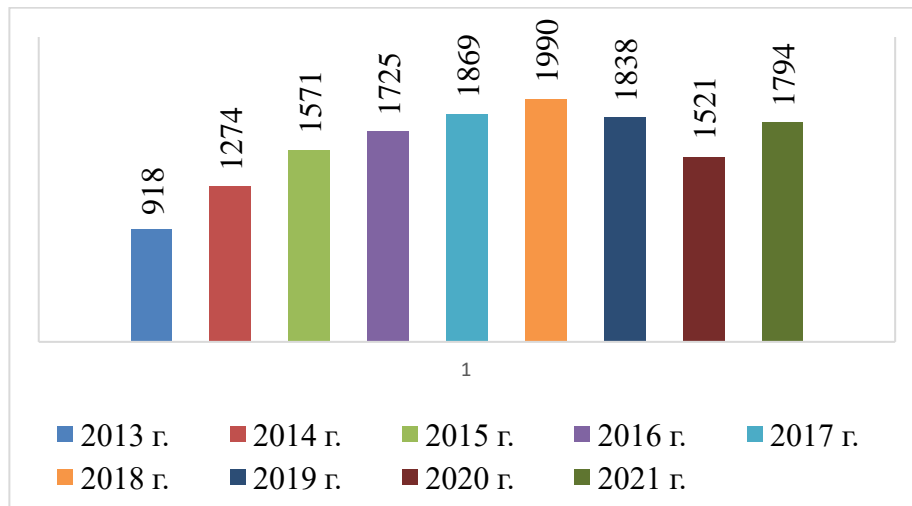


Рисунок 5. - Число госпитализированных детей в ГУ РДРЦ

По причине пандемии Covid 19, число детей, нуждающихся в реабилитации сократилось, так в 2020 г. было госпитализировано – 1521 ребенок, что на 469 детей меньше, чем в 2018 г. В 2021 г. при снижении частоты пандемии корона вирусной инфекции поток больных имел тенденцию к росту, число госпитализированных детей увеличилось по сравнению с 2020 г. на 15,2% и составило 1794 ребенка. Все годы функционирования реабилитационного центра на реабилитацию преимущественно госпитализировались дети, проживающие в городах и районах РРП и Хатлонской области. Так, в 2013 г. от общего числа поступивших детей жители РРП и Хатлонской области составили 39,1 и 38,1 % соответственно. В 2018 г. число детей, поступивших из РРП возросло до 47,7%, что больше на 8,6% по сравнению с 2013 г. ($P < 0,001$). Показатель поступивших детей из Хатлонской области в 2018 г. по сравнению с 2013 г. осталось без изменения - 38,2%, в последующие годы 2021 не смотря на пандемию Covid 19, число детей из двух вышеуказанных регионов практически не снизилось, так из РРП – 859 и Хатлонской области 757 детей. В то же время число детей госпитализированных из г. Душанбе в 2018 г. на 9,4% меньше, чем в 2013 г. ($P < 0,001$). Число детей из г. Душанбе имело выраженную тенденцию к снижению, в 2021 г. было всего госпитализировано 155 детей, что меньше на 69 (30,8%) детей, чем в 2018 г. Из ГБАО и Согдийской области все годы функционирования реабилитационного центра число детей больных, поступивших на реабилитацию колебалось от 0,9% ГБАО в 2013 г., до 1,6% из Согдийской области в 2018 г. Если в 2018 г. из Согдийской области было госпитализировано 33 ребенка, то в 2021 г. на 21 (36,3%) пациента меньше,

что касается ГБАО, то и там имеет место такая же динамика в 2018 г. – 21 ребенок, в 2021 г. 11 (52.3%) меньше. В реабилитационных мероприятиях в равной степени нуждаются дети обоего пола, многолетний анализ гендерного различия показал, что все годы мальчики чаще поступали на реабилитацию, чем девочки, различия между полами 1,5 раза в пользу мальчиков.

Таблица 3. - Сравнительный анализ поступивших в зависимости от пола

Год	Пол				Всего
	Девочка		Мальчик		
	Абс.	Уд.вес.%	Абс.	Уд.вес. %	
2013	347	37,8	571	62,2	918
2014	539	42,3	735	57,7	1274
2015	657	41,8	914	58,2	1571
2016	710	41,2	1015	58,8	1725
2017	733	39,2	1136	60,8	1869
2018	837	42,1	1153	57,9	1990
2019	754	41,0	1084	59,0	1838
2020	567	37,3	954	62,7	1521
2021	688	38,4	1106	61,6	1794
Динамика за 9 лет	+341; Т/прироста +49,5%	+0,6%	+535; Т/прироста +48,3%	- 0,6%	+87,6; Т/прироста +48,8%

Всего на протяжении 9 лет функционирования центра было госпитализировано 14500 детей, из них 40,2% составили девочки и 59,8% мальчики, показатель соотношения между полами был равен 1,5. Динамика числа госпитализированных девочек за 9 лет составило +341 случай, где показатель Т/прироста был равен + 49,5%. Мальчиков за 9 лет было госпитализировано на 535 детей больше, Т/ прироста + 48,3%. Из общего числа госпитализированных детей за 9 лет динамика составило + 876 случаев, показатель Т/прироста + 48,8%. Показатель динамики удельного веса по полу практически за анализируемый период не изменился и составил 0,6%. Следовательно, больные мужского пола более подвержены возникновению невральной патологии, и ДЦП в том числе.

Нами, проведено анкетирование членов общин, проживающих в различных регионах страны, охватывающие сельский и городской уровни. Всего опросом были охвачены 600 человек (таблица 4.), из них 65,6% составили женщины, 34,4% мужчины, возраст респондентов был практически одинаков, среди женщин $28,6 \pm 1,8$ лет, мужчин $35 \pm 1,5$ года. По социальному статусу опрошенные были: домохозяйками 56,7%, студентами – 18,5%, разнорабочими – 9,7%, служащими – 15,1%.

Число респондентов в каждом регионе составили по 300 человек. Жители различных регионов на один и тот же вопрос ответили по разному, сельские жители – в 22,7% случаев ответили, что не знают о причинах и факторах приводящих к детской инвалидности, таковых среди жителей столицы оказалось – не более 14,7%.

Таблица 4. - Информированность пациентов о влиянии факторов риска на формирование врожденной, наследственной патологии и инвалидности детей (n=600)

Информированность пациентов	Городской уровень n=300		Сельский уровень n=300	
	Абс.	%	Абс.	%
Не знают	44	14,7	68	22,7
Курение	162	54,0	129	43,0
Прием наркотиков	87	29,0	62	20,7
Заболевания с наследственной предрасположенностью	256	85,3	232	77,3
Инфекции	69	23,0	112	37,3

Осведомленность о причинах детской инвалидности среди жителей села, значительно ниже по сравнению с респондентами, проживающими в городской регионах. Статистически достоверно ($P < 0,001$), жители городского уровня больше осведомлены о причинах и последствиях детской инвалидности. По нашему мнению данный факт связан с тем, что в сельской местности проживали в основном домохозяйки и разнорабочие, тогда как в столице большую часть опрошенных составили служащие, студенты и разнорабочие (трудовые мигранты).

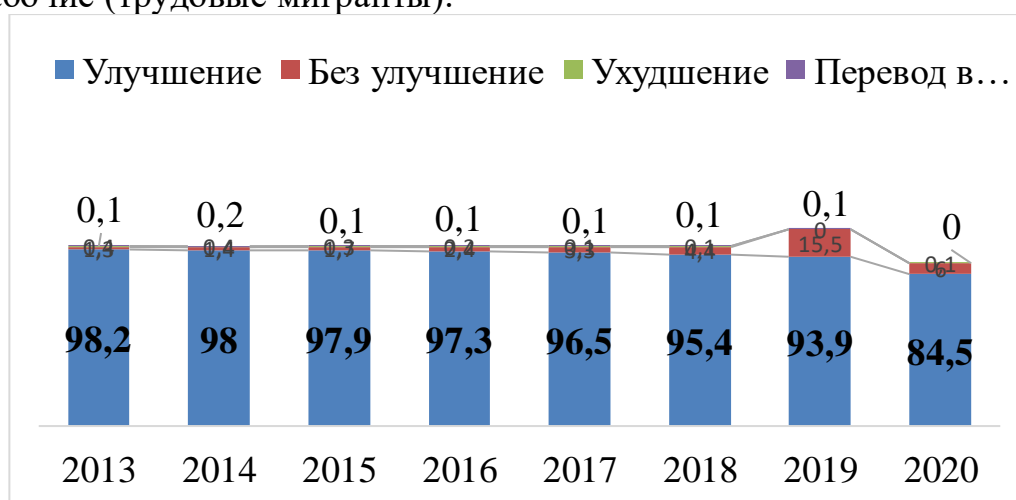


Рисунок 6. - Показатели динамики эффективности реабилитации детей за период 2013–2020 гг. (%) n=12706

ВЫВОДЫ

1. В Республике Таджикистан показатель детской инвалидности имеет тенденцию к снижению. По результатам ретро- и проспективной оценки и анализа статистических и отчетных данных установлено, что в стране в структуре детской инвалидности, первое место занимают классы заболеваний «Болезни нервной системы – (G00-G99)», далее «Психические расстройства» (F00-F99)». [1-А, 2-А, 10-А]
2. Определена высокая зависимость вероятности развития ДЦП от течения пренатального, интранатального и постнатального периодов, сроков родов, состояния до и после рождения, течения адаптации в раннем неонатальном периоде. [3-А, 4-А]
3. Несомненно высока этиологическая роль нейротропной инфекции беременной женщины, как фактор внутриутробного поражения мозга плода и развития ДЦП. [8-А, 9-А]
4. Обоснована концепция раннего начала и хорошей эффективности реабилитационных мероприятий, на основании оценки модели медико-социальной реабилитации детей инвалидов при ГУ Республиканского детского реабилитационного центра. [10-А, 11-А, 15-А]
5. Разработана концепция раннего прогноза развития ДЦП с определением последующих шагов для родителей и семейных врачей для тех ситуаций где необходимо обратиться за консультацией к неврологу с целью раннего прогноза ДЦП [14-А]

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ

1. Проводить систематический учет и регистрировать причину детской инвалидности, что позволит разрабатывать целевые программы по совершенствованию реабилитационных мероприятий детей инвалидов.
2. Проводить профилактика преждевременных родов, рациональное ведение пренатального, перинатального и постнатального периодов, что позволит снизить частоту инвалидизации детей.
3. Усилить антенатальный уход и повысить профилактику инфекционной патологии среди беременных женщин, это приведет к снижению частоты регистрации детей с ограниченными возможностями.
4. Повысить осведомленность всех слоев населения, не зависимо от место проживания (город, село), об основных факторах детской инвалидности, что будет залогом рождения здорового ребенка.

5. Необходимо повысить роль реабилитационных центров, основанных на приеме современных технологий в активизации их работы по повышению элементов качества жизни детей страдающих ДЦП, создать адаптированную программу для дошкольных учреждений по реабилитации детей с патологически опорно-двигательного аппарата.

Список публикаций

соискателя учёной степени кандидата медицинских наук

Статьи в рецензируемых журналах

- [1-А]. Боймуродов Б.Н. Кӯдаки маъюб – мушкилоти ҷомеъаи муосир. [Текст.] / Б.Н. Боймуродов // Авҷи Зухал. Душанбе 2022с--№3,- С.30-33.
- [2-А]. Боймуродов Б.Н. Причинно-следственные факторы детской инвалидности в Республике Таджикистан. [Текст.] / Б.Н.Боймуродов, А.В. Вохидов, М.Д.Халикова // Медицинский Вестник Национальной академии наук Таджикистана, -Душанбе 2021, Том XI -№2(38),- 65-71ст.
- [3-А]. Боймуродов Б.Н. Ташхиси тиббию иҷтимоӣ ва тавонбахшии маъюбон дар Тоҷикистон: ҳолат ва роҳҳои муқкамалсозии он. [Текст.] / Б.Н. Боймуродов, А.Г.Гайбов, З.Т.Авғонов, Б.С.Камолов// Здравоохранение Таджикистана. Душанбе 2020.-№3,-13-17ст.
- [4-А]. Боймуродов Б.Н. Некоторые причины факторы риска инвалидизации детей. [Текст.] / Б.Н.Боймуродов, А.В.Вохидов// Здравоохранение Таджикистана. Душанбе 2020. -№4,-19-21ст.
- [5-А]. Боймуродов Б.Н. Распространенность моторных и коммуникативных нарушений у детей с ДЦП. [Текст.] / Б.Н.Боймуродов, А.В.Вохидов// Здравоохранение Таджикистана. Душанбе 2020. -№4,-53ст.
- [6-А]. Боймуродов Б.Н. Медико-биологические и медико-социальные факторы риска ДЦП. [Текст.] / Б.Н.Боймуродов, А.В.Вохидов// Здоровье матери и ребёнка (Периодический научно практический медицинский журнал). Бишкек 2020. -Том 12,№1-2, -9-12ст.

Статьи и тезисы в сборниках конференций

- [7-А]. Боймуродов Б.Н. Некоторые вопросы факторов риска ДЦП детей. [Текст.] / Б.Н. Боймуродов, А.В.Вохидов // Модар ва кӯдак -«Маҷаллаи илмӣ-амалии Муассисаи давлатии пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон» Душанбе-2020,-№4,-9-12ст.
- [8-А]. Боймуродов Б.Н. Проблемы детской инвалидности по причине врожденных пороков развития, [Текст.] / Б.Н. Боймуродов, А.В.Вохидов, М.А.Ҳусейнова //-ВЕСТНИК медицинского комплекса Истиклол, -2020г, - №1, 19-22ст.

- [9-А]. Боймуродов Б.Н. Основные причины и факторы риска инвалидизации детей (анализ литературных сведений). [Текст.] / Б.Н.Боймуродов, А.В.Вохидов, Р.М.Нуров //Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. Душанбе 2019,-№2(42), -33-35ст.
- [10-А]. Боймуродов Б.Н. Врождённые пороки развития как медико-социальная проблема. [Текст.] / Б.Н. Боймуродов, А.В.Вохидов // Евроазиатский медицинский научно-практический журнал «Сино» Душанбе - 2019.-№1,-119-122ст.
- [11-А]. Боймуродов Б.Н. Наиболее часто встречающиеся заболевания, приводящие к инвалидности в детском возрасте. [Текст.] / Б.Н. Боймуродов, Р.М.Нуров, Р.М.Абдурахимов, Азизджони Фарух //Евроазиатский медицинский научно-практический журнал «Сино» Душанбе -2019.-№1,-118-119ст.
- [12-А]. Боймуродов Б.Н. Перинатальная патология как основной фактор инвалидизации детей. [Текст.] / Б.Н. Боймуродов, М.Дж.Халикова // Журнал-Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений (сборник тезисов) 31 апреля 2021 Душанбе,-767ст.
- [13-А]. Боймуродов Б.Н. О синдроме адаптации новорожденных из группы высокого риска к внеутробной жизни. [Текст.] / Б.Н. Боймуродов, М.А.Хусейнова //Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки (сборник тезисов) - 24 апреля 2020,-277ст.
- [14-А]. Боймуродов Б.Н. Некоторые суждения о синдроме адаптации новорожденных из группы высокого риска. [Текст.] / Б.Н. Боймуродов, А.В.Вохидов, М.А.Хусейнова //Проблемные вопросы диагностики и лечения детей с соматической патологией.- Харьков 17-18 марта 2020. -35-36ст
- [15-А]. Боймуродов Б.Н. Перинатальная патология как фактор риска формирования инвалидности в детском возрасте. «Современные принципы профилактики, диагностики и лечения соматических заболеваний» [Текст.] / Б.Н. Боймуродов, А.В.Вохидов // (Сборник материалов второго Съезда врачей Республики Таджикистан) - Душанбе 29 июня 2019г,-46ст.

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ, УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АРП – аномалии развития плода.

БНС – Болезни нервной системы.

ВЖК – Внутривентрикулярное кровоизлияние.

ВУГ – внутриутробная гипотрофия.

ВПР – врожденные пороки развития.

ВПС – врожденный порок сердца.

ГИЭ – Гипоксическая ишемическая энцефалопатия.

ГУ РДРЦ – Государственное учреждение Республиканского детского реабилитационного центра.

ДИ- Доверительный интервал.

ДЦП – детский церебральный паралич.

ЗПР – Задержка психомоторного развития.

ИППП – Инфекции передаваемые половым путем.

ИПКР – Индивидуальная программа комплексной реабилитации.

МВ – Маловесные дети.

МВПР – Множественные врожденные пороки развития.

МКФЗ – Международная классификация функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья.

МС - Младенческой смертности.

МСЭК – Медико-социальная экспертная комиссия.

НОБ – наследственно обусловленные болезни.

НПО –Неправительственная организация.

НРП –Нормальное расположение плацента.

НСГ – Нейросонография.

ОВ – Ограниченными возможностями.

ОНМТ – Очень низкая масса тела.

ОРИТН - Отделение ранней интенсивной терапии новорожденных.

ПБВГМ – Повреждение белого вещества головного мозга.

ПВЛ – Превентрикулярная лейкомаляция.

ППМ – перинатальное поражение мозга.

ППЦНС – перинатальное поражение центральной нервной системы.

ПЦНС – патология центральной нервной системы.

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ПАЖЎҲИШГОҲИ ИЛМӢ-
ТАҲҚИҚОТИИ ТИББИ ПРОФИЛАКТИКИИ ТОҶИКИСТОН**

УДК: 616-053.2:616-036.865

Бо ҳуқуқи дастнавис

БОЙМУРОДОВ БОБОМУРОД НАСРИДИНОВИЧ

**БАЪЗЕ ОМИЛҲОИ ХАТАРИ ТАШАККУЛ ЁФТАНИ
МАЪЮБӢ ДАР КӮДАКОН ВА РЕАБИЛИТАТСИЯИ
ТИББӢ-ИҚТИМОӢ**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии
номзади илмҳои тиб аз рӯйи ихтисоси
14.01.08 – Тибби атфол

Душанбе 2023

Таҳқиқот дар пойгоҳи Муассисаи давлатии пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии тибби профилактикии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ: **Воҳидов Абдусалом** -доктори илмҳои тиб, профессор, ходими пешбари илмии Муассисаи давлатии «Истиқлол» ВТ ҲИА ҶТ.

Муқарризони расмӣ: **Мамаджанова Гулнора Сидиқҷоновна** доктори илмҳои тиб, доцент, муъдири кафедраи бемориҳои кӯдакони №1 МДТ «Донишгоҳи Давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино»
Джураев Муҳаммад Наврузович доктори илмҳои тиб, муъдири кафедраи бодигармишиноси ва масъуниятшиноси МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии ҶТ»

Муассисаи тақриздиханда: «Донишгоҳи Давлатии тиббии Хатлон» Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Ҳимояи диссертатсия «___» _____ соли 2023 соати _____ дар чаласаи шурои диссертатсионии 6D.KOA-008 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. Суроға: 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон ш. Душанбе, кӯчаи Сино 29-31, www.tajmedun.tj +992918724088.

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «_____» _____ соли 2023 ирсол гардид.

Котиби илмии шурои диссертатсионӣ,
номзади илмҳои тиб, дотсент

Р.Ҷ. Ҷамолова

МУҚАДДИМА

Мубрамии мавзуи таҳқиқот. Тибқи маълумоти ТУТ (2018), ба ҳисоби миёна 15%-и аҳолии ҷаҳон дар ҳолати маъҷубӣ қарор доранд, дар баъзе кишварҳо бошад, вай то 20% мерасад. Тибқи маълумоти Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар соли 2017 тақрибан 150 ҳазор маъҷуб ба қайд гирифта шудааст, ки аз онҳо 25 ҳазорашон кӯдаконанд [Гаибов А.Г. 2006, 2015, 2017; Аминова З.М. 2009; Баранова Т.Ф. 2014].

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ба мисли дигар кишварҳои ИДМ протсессии ташаккули пойгоҳи қонунии маъҷубшавӣ бо суръати баланд пеш рафта истодааст, дар соли 2016 дар кишварамон «Барномаи миллии реабилитатсияи маъҷубон барои солҳои 2017-2020 қабул шудааст». Моҳияти ҳуҷҷати стратегӣ дар самти иҷтимоӣ доштани баланд бардоштани муҳофизати иҷтимоии маъҷубон, аз ҷумла реабилитатсияи муташаккилонаи тиббиву иҷтимоӣ зохир мегардад. Платформаи зиддибухронии он дар заминаи ҳуҷҷатҳои ҳадафҳои назоратии рушди устувори СММ то соли 2030 асоснок карда шудааст [Камилова Г.И., Ашурова Н.С, Чудинов А.В, Гаибова М.Г. 2016].

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон – «дар асоси қонун тақрибан ҳама ҳуқуқҳо ва манфиатҳои маъҷубон ва ё ашхоси дорои имкониятҳои мадуд бо Қонуни ҚТ «Дар бораи ҳифзи иҷтимоии маъҷубон 17.12.2020 сол №1739» ҳимоя карда мешаванд».

Дар асоси қонун, бо тақия қардан ба ҷанбаҳои гуногуни санадҳои дахлдори ҳуқуқӣ имрӯз дар кишвар маҷмуи пурраи ҳуқуқҳои иҷтимоии маъҷубон мавҷуд аст: онҳо аз ҷумла ҳуқуқи онҳоро барои таъминоти иҷтимоӣ, гирифтани имтиёзҳои гуногун, ҷубронпулӣ, ҳамчунин дигар кафолатҳои давлатӣ фаро мегиранд.

Ба хусус, он далелро махсусан таъкид қардан зарур аст, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон кӯдакони маъҷуб ба таҳсил ва хизматрасонии тиббӣ ба таври ройгон, аз ҳисоби буҷети давлат ва месенат фаро гирифта мешаванд.

Ҳуҷҷатҳои дар сатҳи давлат қабулшуда ба ҳаллу фасли комплекси проблемаҳои асосии тиббиву иҷтимоии дастгирии кӯдакони маъҷуб ва аҳли оилаи онҳо, инчунин доираи масъалаҳои марбут ба ташхис ва профилактикаи маъҷубшавии кӯдакон нигаронидашуда, то охир ҳаллу фасл нашудаанд.

Ҳатто дар шароити пешравиҳои тиб, махсусан дар перинатология, тамоюли муайяни афзоиши миқдори кӯдакони маъҷуб нигоҳ дошта мешавад, ин далел дар баробари нишон додани аҳамияти прроблемаи мазкур барои ҷамъият, бори дигар инро тасдиқ мекунад, ки имрӯз

имконияти тибби реабилитатсионӣ ба сатҳи мукаммали худ нарасида аст [Мавлонов А.П, Косимова М.С, Сулаймонов И.И. 2018; Askie LM, Darlow BA, Davis PG, et al. 2017].

Аммо, қайд кардан зарур аст, ки сиёсати тиббӣ ва давлатӣ, ба ҳар ҳол, ба оянда нигаронида шудаанд, дар ин ҷо таваҷҷуҳи асосӣ танҳо ба корҳои профилактикӣ равона шудааст, зеро маълум аст, ки пешгирии намудани пайдошавии беморӣ осонтар аст, назар ба бартараф кардани оқибатҳои он [Мағзумова Ф.П, Абдурахимов А.А, Хакназаров С.Ш. 2018; Kim DY, Park HK, Kim NS, et al. 2016].

Проблемаи маҳфузмондаи иҷтимоӣ-иқтисодӣ ва тиббӣ-демографӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки дар ин ҷо миқдори умумии сокинон аз 9 миллион нафар зиёд аст, сатҳи баланди маъҷубӣ умуман ва аз ҷумла дар кӯдакон идома меёбад, ки ин ба омилҳои бузурге дохил мешавад, ки ба буҷети давлат зиёда аз 100 млн долл.ИМА зиёни иқтисодӣ мерасонад [Носирова М.П., Иномзода Д.И., Ёдгорова М.Д., Умарова З.К. 2019; Sullivan, D.F. 2016].

Фалачи майнаи сари кӯдакон (ФМК) ба синфи бемориҳои системаи асаб дохил мешавад, ки дар бештари ҳолатҳо дар синну соли кӯдакӣ ба маъҷубшавӣ оварда мерасонад. Омилҳои ки боиси пайдо шудани ФМК мешаванд, хеле зиёданд. Шаклҳои то валодатии фалачи майнаи сар аз 35 то 60%, интранаталӣ – аз 27 то 54%, постнаталӣ то 25% -ро ташкил медиҳанд [Барномаи миллии реабилитатсияи маъҷубон барои солҳои 2017-2020. Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон №455 аз 28 октябри соли 2016.; Нақшаи глобалии ТУТ оид ба маъҷубӣ барои солҳои 2014–2021, 2015].

Дарачаи коркарди илмии мавзуи таҳқиқот:

Нишондиҳандаҳои баланди устувори миқдори навзодон, ки бемор таваллуд шудаанд ва ё бемор мешаванд, таваллуд шудани тифлон бо аномалияҳои инкишоф, барои нигоҳ доштан ва баъзан афзоиш ёфтани нишондиҳандаҳои маъҷубшавии кӯдакон мусоидат мекунанд. Таҳқиқотҳои илмии сершуморе, ки солҳои охир оид ба проблемаи мазкур анҷом дода мешаванд, имконият медиҳанд, ки аз хусуси аҳамияти проблемаи маъҷубшавии кӯдакон комилан дигар хел андеша кунем.

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоихаҳо), мавзуи таҳқиқот. Таҳқиқоти мазкур дар доираи КИТ Муассисаи давлатии пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии тибби профилактикии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон иҷро карда шудааст. Лоихаи «Баҳодихии экологӣ-беҳдошти омилҳои муҳити зист ва салоамтии аҳолии дар деҳоти Ҷумҳурии Тоҷикистон зиндагикунанда». Муҳлати иҷрои лоиха солҳои 2019-2023 . ГР№0119ТJ00964.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот: омӯхтани омилҳои хатари (предикторҳо) ташаккул ёфтани ФМК ва муайян кардани роҳҳои самарноки реабилитатсияи тиббӣ-иҷтимоии онҳо.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Омӯхтани проблемаҳои маъюбшавии кӯдакон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар марҳалаи муосир.
2. Баҳогузорӣ ва саҳми предикторҳои пренаталӣ, перинаталӣ ва постнаталӣ дар ташаккул ёфтани маъюбшавии кӯдакон.
3. Омӯхтани ҷанбаҳои тиббӣ-биологӣ ва иҷтимоии кӯдакони дорои ФМК.
4. Муайян кардани нуқтаи назари аҳли ҷамъият дар боари омилҳои пайдошавии ФМК.
5. Баҳо додан ба реабилитатсияи тиббӣ-иҷтимоии кӯдакони гирифтори ФМК ва муайян кардани роҳҳои оптимизатсияи онҳо.

Объекти таҳқиқот. Ҳамчун объекти таҳқиқот интихоб карда шуданд, шаклҳои 31 ва 32-и ҳисоботҳои оморӣ «Ҳисобот оид ба хизматрасонӣ ба кӯдакон», «Ҳисобот оид ба хизматрасонии тиббӣ ба ҳомиладорон, таваллудкунандагон ва навзодон» дар давраи аз соли 2014 то 2020 . Ҳисоботҳо дар бораи фаъолияти МД МҶБСК (Маркази ҷумҳуриявии бар қарорсозии солимии кӯдакон) дар давраи аз соли 2013 то 2020. Натиҷаҳои анкетронии намояндагони ҷамъиятҳо дар бораи сабабҳои пайдошавии ФМК.

Мавзӯи таҳқиқот. Маълумотҳои оморӣ, ҳисоботҳои солонаи муассиса, натиҷаҳои анкетаронӣ, натиҷаҳои усулҳои инструменталии таҳқиқоти кӯдакон.

Навгонии илмӣ таҳқиқот.

1. Бори нахуст дар асоси таҳлилҳои ретро- ва проспективии маълумотҳои оморӣ ва ҳисоботҳо муқаррар карда шуд, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар сохтори маъюбии кӯдакон, ҷойи аввалро синфи бемориҳои “Бемориҳои системаи асаб– (G00-G99)» ишғол мекунанд.
2. Бори нахуст исбот карда шуд, ки эҳтимоли пайдошавии ФМК аз муҳлати валодат, ҳолати то ва пас аз валодат, ҷараёни мутобиқшавӣ дар давраи барвақти неонаталӣ вобаста аст.
3. Нақши этиологии сироятҳои шадиди вирусии респираторӣ (СШВР) ва сирояти ситомегаловирусии занҳои ҳомила дар осебдидани майнаи ҷанин ва пайдо шудани ФМК исбот карда шуд.

4. Асосҳои концептуалии пешгӯии барвакти пайдошавии ФМК бо муайян кардани қадамҳои минбаъда барои волидайн ва табибони оилавӣ нисбат ба меъёрҳои зарурии барои мурочиат кардан ҷиҳати машварат ба невролог бо мақсади пешгӯии барвакти ФМК муқаррар карда шуданд.
5. Концепсияи барвакт сар кардан ва самаранокии хуби чорабиниҳои реабилитатсионӣ, дар асоси баҳодихӣ ба модели чорабиниҳои реабилитатсионии тиббӣ-иҷтимоии кӯдакони маъҷуб дар МД Маркази ҷумҳуриявии барқарорсозии солимии кӯдакон, асоснок карда шудаанд.

Аҳамияти назариявӣ ва амалии таҳқиқот. Аҳамияти таҳқиқоти гузаронидашуда аз он иборат аст, ки натиҷаҳои ба даст овардашуда, шарҳу тафсири баррасии назариявии онҳо, ҷанбаҳои методологӣ, хулоса ва тавсияҳои дар диссертатсия овардашуда метавонанд, ки барои раванди таълимии муассисаҳои таҳсилоти олии тиббӣ зарур бошанд.

Нуқтаҳои барои ҷимоя пешниҳодшаванда:

1. Бори нахуст муқаррар карда шуд, ки дар сохтори маъҷубии аввалияи кӯдакон, ҷойи аввалро синфи бемориҳои “Бемориҳои системаи асаб– (G00-G99)» ишғол мекунанд.
2. Муқаррар карда шуд, ки массаи асосии кӯдаконе (89,2%), ки реабилитатсияро дар МД МҶРК гузаштаанд, беморони синфи бемориҳои “Бемориҳои системаи асаб– (G00-G99)» ташкил мекунанд, ки қисми асосӣ ФМК мебошад.
3. Муайян карда шуд, ки зиёда аз нисфи кӯдакони дорои ФМК аз валодатҳои пеш аз муҳлат бо массаи ниҳоят ками бадан (МНКБ) ва ЭМНК дар ҳолати асфиксияи вазниниаш миёна ва вазнин ба дунё омадаанд.
4. Нақши асосии бемориҳои вирусии занҳои ҳомила (сироятҳои шадиди вирусии респираторӣ (СШВР) бо ҳарорати баланд ва сироятҳои нейроторпӣ) муайян карда шуд.
5. Намояндаҳои ҷамъияте, ки дар шаҳр зиндагӣ мекунанд, аз сабабҳои асосии маъҷубшавии кӯдакон (ирсияти вазнинкунанда, сироят) ба хубӣ огоҳ ҳастанд.

Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо. Таҳқиқот дар асоси ҷамъоварӣ ва таҳлил намудани ҳаҷми кофии шаклҳои 31 ва 32 -и ҳисоботи омӯри тақрибан дар давраи 10-сола, ҳисоботҳои солонаи фаъолияти муассиса дар давраи солҳои 2013-2020 таълиф шудааст. Таҳқиқоти гузаронидашуда Таҳқиқоти гузаронидашуда асоси хулосабарорӣ ва тавсияҳоро ташкил дод, ки онҳо дар асоси ҳисоб кардани

нишондиҳандаҳои омории бемориҳо, вазни ҳолиси онҳо дар сохтори сабабҳо, С/афзоиш дар давраи муайян бунёд шудаанд

Мувофиқат кардани диссертатсия бо шиносномаи ихтисоси илмӣ (формула ва соҳаи таҳқиқот). Таҳқиқоти диссертатсия ба шиносномаи ҚОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 14.01.08- “Тибби атфол”: зербанди 3.3. Физиология ва патологияи умумии давраи навзодӣ, синну соли навзодӣ, барвақт ва наврасӣ мувофиқат мекунад.

Саҳми шахсии докталаби унвони илмӣ. Диссертатсия таҳқиқоти илмии мустақилона буда, муаллиф шахсан маълумотҳои омории ҳисоботҳо ва ҳисоботҳои солонаи муассисаро ҷамъоварӣ намудааст. Анкетаҳо таҳия намуда, дар байни аъзои ҷамъият анкетагузаронӣ намудааст, вай имконият медиҳад, ки ҳадаф ва вазифаҳои дар пеш гузошташуда ба даст оварда шавад. Дар асоси сарчашмаҳои сершумор, муаллиф маълумотҳои аввалияи клиниро ҷамъоварӣ намуда, дар ду марҳалаи ретроспективӣ ва перспективӣ ба танзим даровардааст, дар равиши фаъолияти асосӣ ва дар доираи таҳқиқотҳои гузаронидашуда оид ба таҳқиқоти клиникии таҳқиқоти кӯдакони маъҷуб коркарди маводро анҷом дода, дар охир коркарди омории мавод гузаронида шуд.

Таъйид ва татбиқи истифодаи амалии натиҷаҳои диссертатсия. Маводи таҳқиқот гузориш ва баррасӣ шудаанд, дар: Съезди дуҷуми табибони Ҷумҳурии Тоҷикистон, Душанбе 29.06. с.2019; дар конфронсияи илмӣ-амалии «Муқовимат дар кам кардани хатари паҳншавии устувории микроорганизмҳо нисбат ба препаратҳои зиддимикробӣ дар маҳсулоти ғизоӣ», Душанбе 18.11. с.2019; дар 9 Конгресс IX –и педиатрҳои кишварҳои ИДМ «Кӯдак ва ҷамъият: Проблемаҳои солими, инкишоф ва ғизо «Ташаккули саломатии кӯдак дар шароити муносири нигоҳдории тандурустӣ» ва Форуми III оид ба ғизо, Душанбе 10-11. 11. С.2019, конфронсияи илмӣ-амалии «Ғизо ва солимии кӯдакони», Харьков 17-18-уми май, 2020, конфронсияи илмӣ-амалии байналмилалӣ XV –и олимони ҷавони МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”, Душанбе, 24 апрели с. 2020.

Интишори натиҷаҳои диссертатсия. Вобаста аз мавзӯи диссертатсия 15 мақолаи илмӣ, аз ҷумла 6 мақолаи илмӣ дар маҷаллаҳои тақризишавандаи ҚОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон нашр шудааст.

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия. Маводи диссертатсия дар ҳаҷми 173 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шуда, аз муқаддима, 5 боби асосӣ, баррасии натиҷаҳо, хулоса ва тавсияҳо оид ба истифодаи амалӣ, рӯйхати

адабиёти истифодашуда иборат аст. Дар рисола 23 ҷадвал ва 15 расм оварда шудааст. Рӯйхати адабиёт аз 154 сарчашма иборат мебошад, ки аз он 105 сарчашма бо забони русӣ ва 49 сарчашма бо забони англисӣ мебошанд.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Тавсифи шахсони таҳқиқшуда ва усулҳои таҳқиқот.

Таҳқиқот дар асоси таҳлили фаъолияти МД МҚБСК дар давраи солҳои 2013 - 2021 сурат гирифтааст. Маводи таҳқиқот шаклҳои махсуси оморӣ «31, 32, ки бо Қарори Кумитаи давлатии омури Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳти № 12 аз 19.08. с.2009 тасдиқ шудааст, Ҳисоботи солнаи фаъолияти МД МҚБСК дар давраи солҳои 2013 - 2021, Анкетаҳои таҳқиқоти тиббӣ-иҷтимоии кӯдакони маъҷуб ба ҳисоб мераванд. Дар гурӯҳҳои омӯхташаванда ҳама ҳолатҳои маъҷубшавии аввалияи кӯдакон мувофиқи таснифи бемориҳои -ТББ -10 таҷдиди назар карда шудаанд.

Ҳамчун объекти таҳқиқот интихоб карда шуданд: шаклҳои 31 ва 32-и ҳисоботҳои оморӣ «Ҳисобот оид ба хизматрасонӣ ба кӯдакон», «Ҳисобот оид ба хизматрасонии тиббӣ ба ҳомиладорон, таваллудкунандагон ва навзодон» дар давраи аз соли 2014 то 2020 . Ҳисоботҳо дар бораи фаъолияти МД МҚБСК (Маркази ҷумҳуриявии барқарорсозии солимии кӯдакон) дар давраи аз соли 2013 то 2020. Натиҷаҳои анкетронии намояндагони ҷамъиятҳо дар бораи сабабҳои пайдошавии ФМК.

Дар равиши таҳқиқот воҳиди муоина кӯдаке буд, ки бори нахуст маъҷубии он дар асари ФМК эътироф шудааст. Аломатҳои ба назар гирифташуда: чинс; синну сол; макони зист; ташхис; дараҷаи ихтилолҳои функционалӣ; омилҳои хатари пайдошавии бемориҳои маъҷубкунанда.

Таҳқиқоти клиникӣ 110 кӯдаки маъҷуб, ки дар асари бемориҳои асаб гирифтори ин ҳолат шудаанд (бо шаклҳои спастикӣ ФМК) синну соли 1-4-сола анҷом дода шуд, дар байни онҳо духтарон 49 нафар (44,5 %) ва 61 нафар писарон (55,4 %), $p > 0,05$ буданд. Ба таври маъмулӣ таҳқиқоти кӯдакон иборат буд аз инкишофи ҷисмонӣ, резистентнокӣ, мониторинги лабораторӣ ва таҳлили хун ва пешоб. Таҳлил ва ҷамъбасти маълумотҳои биологӣ, анамнези иҷтимоӣ бо роҳи омӯзиши ретроспективӣ маълумотҳои картаҳои инкишофи навзодон (ф. № 112-1/у), таърихи инкишофи кӯдакон (ф. № 112-1/у), анкетаронӣ ва суҳбат бо волидон сурат гирифт.

Дар равиши иҷро кардани таҳқиқот таҳлили ретроспективӣ 86 картаи инкишофи навзодон омӯхта шуд, ки дар онҳо минбаъд ФМК ташхис гузошта шуд. Аз ҷумлаи таҳқиқшудагон 32 (37,2%) кӯдак дар

натиҷаи валодати пеш аз муҳлат ба дунё омадаанд аз онҳо 14 (43,7%) кӯдакон дар муҳлати гестатсияи 22-27 ҳафта, 18 (56,2%) кӯдакони норасида дар муҳлати ҳомилагии аз 28 то 37 ҳафта, боқимондаҳо 54 (62,7%) кӯдак аз валодатҳои таъҷили таваллуд шудаанд.

Аз рӯи ҷамъбасти таҳлили ҳуҷҷатҳои тиббӣ кӯдакони таҳқиқшуда ба 3 гурӯҳ ҷудо карда шуданд: зергурӯҳи 1-ро кӯдакони пеш аз муҳлат таваллудшуда ташкил доданд 32 (37,2%) кӯдак; дар зергурӯҳи 2 30 (34,0%) кӯдаки расида, ки мувофиқи шкалаи Апгар то 4 балл ва камтар баҳогузорӣ шудаанд, асфиксияи вазнин доштанд рамзи МКБ-10 (P21.0); кӯдакони расида гурӯҳи сеюмро ташкил карданд – 24 (27,9%) кӯдак, онҳо бо асфиксияи миёна ва дараҷаи муътадили вазнинӣ таваллуд шудаанд, рамзи МКБ-10 (P21.1) баҳогузорӣ мувофиқи Апгар зиёда аз 5 балл.

Мувофиқи мақсадҳои дар пеш гузошташудаи таҳқиқот анкетагузаронии аъзои ҷамъият анҷом дода шуд, ки дар шаҳр ва деҳот сукунат доштанд. Миқдори умумии респондентҳо 600 нафарро ташкил дод, аз ҳар як минтақаи пилотӣ (намунавӣ) 300 –тоғӣ суҳбат буд.

Анкета оид ба пурсиши оилаи кӯдаки гирифтори ФМК

Волидайнӣ муҳтарам, барои ризоиятатон ҷиҳати иштирок намудан дар пурсиш ташаккур мегӯем, ҷавобҳои Шумо кори моро бо кӯдакони гирифтори ФМК беҳтар месозад.

Аз Шумо хоҳиш дорем, ки ба зерӣ ҷавоби саволҳо хат кашед.

Доштани хонаи шахсии худ: - хонаи алоҳида; сексия; иҷора мешинед.

Бо хешовандон зиндагӣ мекунад: Ҳа; Не.

Синну соли шумо ҳангоми таваллуд кардани кӯдак: - то 20; 20–24; 25–29; ва зиёда аз 29-сола.

Таҳсилоти Шумо: - миёна; миёнаи касбӣ; олий; миёнаи касбӣ ва олии нотамам.

Муносибатҳои оилавӣ пас аз гузоштани ташхиси беморӣ: ФМК - тифок ва дӯстона; бад шудани муносибатҳои ҳамдигар; намедонам.

Дар МСР (Маркази саломатии репродуктивӣ) муона мешудед?: Ҳа; Не.

Агар ҳа: қай, аз кадом муҳлати ҳомилагӣ. **Агар не, чаро:** – дурр буд; нахостам; надонистам

Кӯдаки чандуматон мебошад: 1; 2; 3; ва ғайра

Қай ташхиси ФМК гузошта шудааст: дар 1-солагӣ; то 3- солагӣ; намедонам

Оё шуғли доимӣ доред: - рӯзи нопурраи корӣ; дар хона; бо сабаби кӯдак доштanam кор намекунам.

Шумо бад шудани вазъи моддии оилаатонро баъди пайдо шудани кӯдаки дорои ташхиси ФМК мушоҳида кардед: - ҳа; хеле назаррас; не ҳамааш хуб аст; намедонам

Ба фикри Шумо, сабаби маъюбшавии кӯдак чист: намедонам; сигор кашидани волидайн; истеъмоли маводи мухаддир; бемориҳои ирсӣ; сироятҳо

Шумо чӣ қадар зуд-зуд ба назди табиб ва ё корманди тиббӣ мераваед, ё онҳо ба назди Шумо меоянд: 1 маротиба дар 3 моҳ; ҳеҷ вақт; худмурочиаткунӣ.

Қобилияти кӯдак барои мустақилона роҳ рафтан: роҳ мегардад; намеравад

Таносуби ҳайати оила: мукаммал, номукаммал.

Тақсим кардани масъулиятҳо, ки ба модарон вобаста карда шудаанд, барои пайдо шудани беморӣ дар кӯдак: масъулият барои беморӣ – ҳеҷ кас; табибон; худам.

Муносибати дастурҳои модарон нисбат ба табобати бемории кӯдакон: муносибатҳо нисбат ба табобат - «табобатшаванда»; «табобатнашаванда»; «танҳо реабилитатсия имконпазир аст»; дигар ҷавоб.

Баҳогузори модарон ба вазнинии бемории кӯдаки худ: баҳогузори модарон ба вазнинии беморӣ ҳамагӣ - «беморӣ вазнинтарин нест»; «беморӣ хеле вазнин аст»: дигар ҷавоб.

Муносибати пешгӯии модарон нисбат ба ояндаи кӯдакашон: пешгӯӣ барои ояндаи кӯдак – мусбат дар доираи имкониятҳои кӯдак; мусбат берун аз доираи имкониятҳои кӯдак; манфӣ; номуайян.

Тақсим кардани изтироб (эмотсия) модарон вобаста аз беморӣ: - изтироб; эҳсоси гуноҳ ё шарм; тарсу ваҳми гуногун; тарсу ҳарос аз ояндаи кӯдак; ғаму ғусса; дард ва яъсу ноумедӣ; муҳаббат; инкори ҳиссиёт.

Коркарди омории натиҷаҳо

Бо мақсади баҳогузори минбаъдаи аҳамияти омории натиҷаҳои ба даст овардашуда, бузургҳои нисбӣ ҳисоб карда шуданд. Эътимоднокии фарқиятҳо мувофиқи критерияҳои χ^2 вобаста аз коэффитсиенти эътимоднокӣ ва дараҷаҳои озодӣ ҳисоб карда шуданд. Нишондиҳандаи $p < 0,05$ -ро ҳамчун муҳим арзёбӣ намуданд. Фарқияти ду ё зиёда тақсимкуниҳои эмпирикӣ. Хусусиятҳои миқдории иртиботҳои аломатҳои омӯхташаванда (беморшавӣ ва маъюбшавӣ) дар асоси ҳисоб кардани коэффитсиенти ростхатаи чуфти коррелятсия дода шудааст. Дар марҳалаи чорум системаи мавҷудаи экспертизаи тиббӣ-ичтимоии реабилитатсия баҳогузорӣ шудааст, бо критерияи Пирсон (r^2) муқоиса

ва самтҳои афзалиятноки он аз ҷиҳати мукамал сохтан илман асоснок карда шудаанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот

Дар Тоҷикистон, ба монанди дигар кишварҳо, дар давоми 10-солаи охир дар заминаи бозсозӣҳои гузаронидашудаи иҷтимоӣ-иқтисодӣ зиёд шудани миқдори кӯдакони маъюб дар асари як қатор бемориҳои соматикӣ ва ихтилолҳои равонӣ ба мушоҳида мерасад.

Аз соли 1996 сар карда, (дар кишвар ҳисоботи дахлдори омории сабабҳои маъюбшавии аввалия гузаронида шуда буд) тағйир ёфтани шакл ва хусусиятҳои баҳисобгирии беморӣ барои тамоюли мунтазам зиёд шудани миқдори кӯдакони маъюби синну соли 0-5-сола мусоидат намуд.

Ҷадвали 1. – Маъюбшавии кӯдакон дар синну соли то 18-сола дар давраи солҳои 2014 - 2021.

Сол	Миқдори тӯдакон дар ҚТ	Миқдори кӯдакони маъюб	Нишондиҳандаи миқдори кӯдакони дорои имкониятҳои маҳдуд	Нишондиҳандаи маъюбӣ (ба 10 000 кӯдак)
2014	3512460	24832	0,70%	70,6
2015	3590580	25197	0,70%	70,1
2016	3668700	24136	0,65%	65,7
2017	3764040	25004	0,66%	66,4
2018	3850073	26081	0,67%	67,7
2019	3945623	26997	0,68%	68,4
2021	4049364	28076	0,69%	69,3
Динамика дар 7 сол	(+536904) С/афзоиш+1 3,2%	(+3244) С/афзоиш +11,5%	-0,01	-1,8%

Таҳлили нишондиҳандаҳои миқдори кӯдакони маъюбро (шакли ҳисоботи омрии 31) (ҷадвали1) дар байни гурӯҳи синнусолии то 18-сола дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2014 – 2021 муқаррар намудем, ки нишондиҳандаҳои афзоиши миқдори кӯдакони маъюб ва ҳам Т/афзоиш +11,5%-ро ташкил дод, ё миқдори кӯдакони маъюб то 3244 кӯдак зиёд шудааст. Нишондиҳандаи паҳншавии маъюбӣ дар байни кӯдакон дар давоми солҳои 2014 ва 2015 то 10 ҳазор кӯдак афзудааст,

дигаргуниҳо дида намешуд, тақрибан як ҳел буд ва 70,0/10 ҳазор кӯдаки ин синну солро ташкил дод,

Нишондиҳандаи дигар, ки мо таҳлил кардем (ҷадвали2) динамикаи маъюбшавии аввалияро дар байни аҳолии кӯдакон мувофиқи синфи беморӣ дар давраи солҳои 2012 - 2021 нишон медиҳад, нишондиҳандаҳои мутлақ, интенсивӣ ва вазни ҳолиси ҳар як синфи беморӣ дар сохтори маъюбии кӯдакон мавриди таҳлил қарор гирифт. Дар давоми ҳамаи давраи таҳлилкунӣ яке аз сабабҳои асосии маъюбшавии аввалия «Бемориҳои системаи асаб – (G00-G99)» ба шумор меравад. Дар соли 2012 (ҷадвали 2.) аз сабаби бемориҳои системаи асаб (G00-G99) маъюбии 1348 кӯдак эътироф карда шуд, ки 40,5%-и миқдори умумии ҳамаи ҳолатҳоро ташкил медод, дар соли 2014 аз рӯи ин синфи беморӣ маъюбии 731 кӯдак эътироф карда шуд, ки назар ба соли 2012 -ум 644 кӯдак кам буд ($P < 0,001$), аммо дар соли 2016 миқдори он то 1078, дар соли 2018 то 1298 кӯдак зиёд шудааст, афзоиши максималии кӯдакони маъюб аз сабаби бемориҳои системаи асаб дар соли 2020 ба назар мерасад – 1427 кӯдак, дар ин нишондиҳандаи С/афзоиш +5,5%-ро ташкил дод. Нишондиҳандаи интенсивӣ дар соли 2012 тибқи маълумоти ин синфи беморӣ 5,9 ба 10 ҳазор кӯдакро ташкил дод, дар соли 2020 -ум 1,4 маротиба камтар буд назар ба соли 2012. Ҳангоми таҳлил кардани вазни ҳолис низ ҳамин гуна динамика ба мушоҳида расид, дар соли 2012 то 39,7%, дар соли 2014 – 26,2%, дар соли 2020 – 36,7%. Дар ҷои дуюм аз ҷиҳати басомади сабабҳои маъюбшавии кӯдакон «Ихтилолҳои равонӣ (F00-F99)» меистанд, дар соли 2012- 357 кӯдак бо ин беморӣ ҳамчун маъюб эътироф карда шуданд, дар соли 2018 миқдори ҳолатҳо то 92 ҳолат зиёд шуд, дар ҳоле ки дар соли 2020 миқдори кӯдакон то 231 ҳолат зиёд шудааст, нишондиҳандаи Т/афзоиш дар ин давра + 39,2%-ро ташкил дод. Аммо, нишондиҳандаи интенсивӣ дар соли 2018 дар муқоиса аз соли 2012 аз 1,4 то 1,1 ба 10 ҳазор аҳоли (мутаносибан) кам шудааст, аммо дар соли 2020 боз ҳам афзоиши ин нишондиҳанда то 2,5 /10 ҳазор аҳоли ба қайд гирифта мешавад.

Чадвали 2. – Динамикаи маъюбшавии аввлия дар байни аҳолии кӯдакон аз рӯи синфҳои бемориҳо дар давраи солҳои 2012- 2020 дар Ҷумҳурии Тоҷикистон (мутлақ ба 10 ҳазор, %).

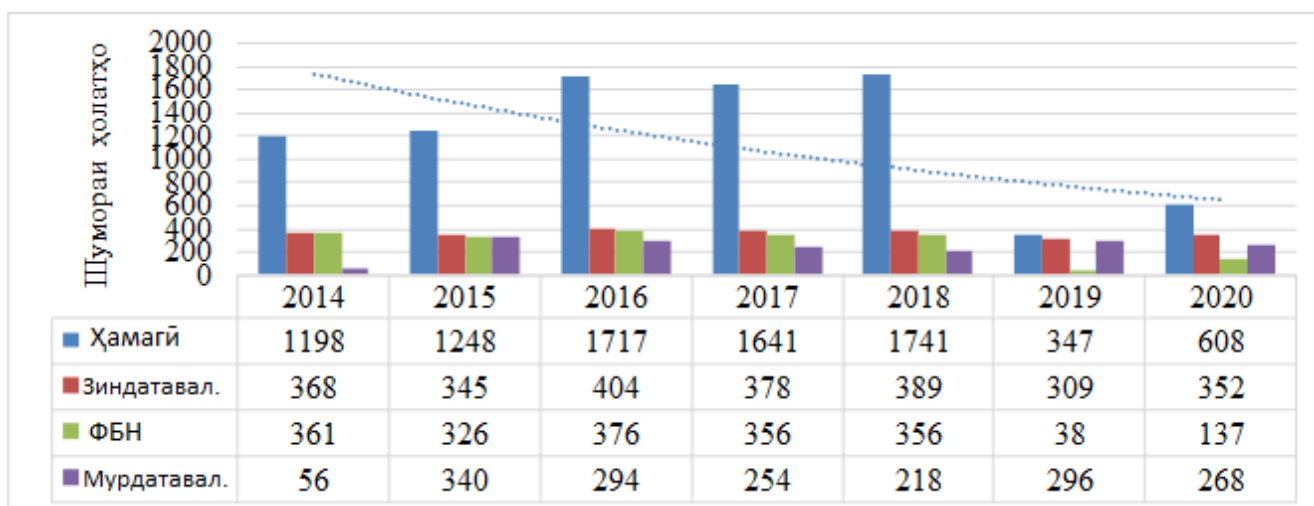
Синфи беморӣ	Рамзи МКБ-10	Миқдори мутлақ					Т/камшавӣ Т/зиёдшавӣ	Нишондиҳандаи интенсивӣ ба 10 ҳазор аҳоли.					Вазни ҳолис бо %				
		2012	2014	2016	2018	2020		2012	2014	2016	2018	2020	2012	2014	2016	2018	2020
Бемории сил	A15-A19	40	27	11	21	16	-40,0%	1,2	0,1	0,03	1,0	1,1	1,2	1,0	0,3	0,6	0,4
Омосҳо	C00-C97	41	73	52	34	58	+29,3%	1,23	1,1	1,2	0,5	2,1	1,2	2,7	1,6	1,0	1,5
Ихтилолҳои равонӣ	F00-F99	357	347	385	449	588	+39,2%	1,4	1,5	1,3	1,1	2,5	10,7	12,9	12,0	12,7	15,5
Беморҳои системаи асаб	G00-G99	1348	731	1078	1298	1427	+5,5%	40,4	4,5	5,4	3,9	4,2	40,5	27,2	33,7	36,7	37,6
Беморҳои чашм	H00-H59	269	279	251	261	302	+10,9%	8,7	1,8	2,3	1,4	2,5	8,1	10,4	7,9	7,4	8,0
Беморҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ	H60-H95	293	203	231	191	249	-15,0%	8,8	0,5	0,4	0,5	1,2	8,8	7,5	7,2	5,4	6,6
Беморҳои системаи гардиши хун	I00-I99	53	38	78	66	91	+41,7%	0,3	0,5	0,5	0,6	0,9	1,6	1,4	2,4	1,9	2,4
Беморҳои системаи нафаскашӣ	J00-J99	49	35	27	30	31	-36,7%	0,2	0,2	0,1	0,3	0,4	1,5	1,3	0,8	0,8	0,8
Беморҳои роҳи ҳозима	K00-K93	25	13	12	33	20	-20,0%	0,1	0,3	0,05	0,1	0,1	0,7	0,5	0,4	0,9	0,5
Беморҳои пӯст ва изофаҳо	L00-L99	23	26	21	18	13	-43,4%	0,2	0,1	0,2	0,3	0,2	0,7	1,0	0,7	0,5	0,3

Давоми ҷадвали 2.

Бемориҳои системаи пешобу таносулӣ	N00-N99	59	68	50	70	55	-6,7%	0,1	0,1	0,3	0,1	0,2	1,8	2,5	1,6	1,9	1,5
НМИ (ихтилоли инкишоф) аномалияҳои хромосомӣ	Q00-Q99	282	246	311	321	302	+6,6%	7,7	7,5	6,6	6,7	7,3	8,5	9,2	9,7	9,1	8,0
- НМД	Q21- Q24	144	133	178	173	133	-7,6%	0,8	1,0	0,8	0,5	0,4	4,3	5,0	5,6	4,9	3,5
- Синдроми Даун	Q90	43	44	63	81	72	+40,2%	1,0	0,8	0,7	1,0	1,1	1,3	1,6	2,0	2,3	2,0
Бемориҳои системаҳои устухон ва мушакҳо	M00- M99	185	210	220	276	271	-31,7%	0,4	0,7	0,5	0,8	0,7	5,5	7,8	6,9	7,8	7,1
Садамаҳо, заҳролудшавӣ, сӯхтагиҳо	S00-T98	39	18	53	73	14	-63,1%	0,2	0,1	0,02	0,3	0,4	1,2	0,7	1,7	2,1	0,4
Бемориҳои дигар		80	195	175	144	149	+46,3%	1,1	0,1	0,03	1,0	1,1	2,4	7,3	5,5	4,0	3,9
Ҷамагӣ		3330	2686	3196	3539	3791	+12,2%	24,3	21,5	21,4	25,3	32,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Дар 15.10 соли 2015 бо фармоиши ВТ « Дар бораи таъсиси “Регистри миллии электронии нуқсонҳои модарзодӣ дар байни навзодон”, Регистри миллии НМД сохта шуд. “Регистри миллии “Нуқсонҳои модарзодии инкишофи навзодон» дар системаи ягонаи иттилоотии системаи нигоҳдории тандурустӣ DHIS-2 татбиқ шуд. Бо мақсади гузаронидани ба қайдгирӣ ба шакли ҳисоботи 31 ва 32 «Беморшавии кӯдакони синну соли то 1-сола», «Нуқсонҳои модарзодӣ»-и «Ҳисобот оиди хизматрасонии тиббӣ ба ҳомилаҳо, таваллудкунандагон ва навзодон». 24 синфи НМИ бо ҳисоб гирифтани ТББ 10, ки 100 номгӯи АИЧ (аномалияи инкишофи ҷанин) АРП Q00-Q99 илова ва тағйирот ворид карда шуд.

Расми 1. – Тамоюли умумии НМИ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2014 - 2020.

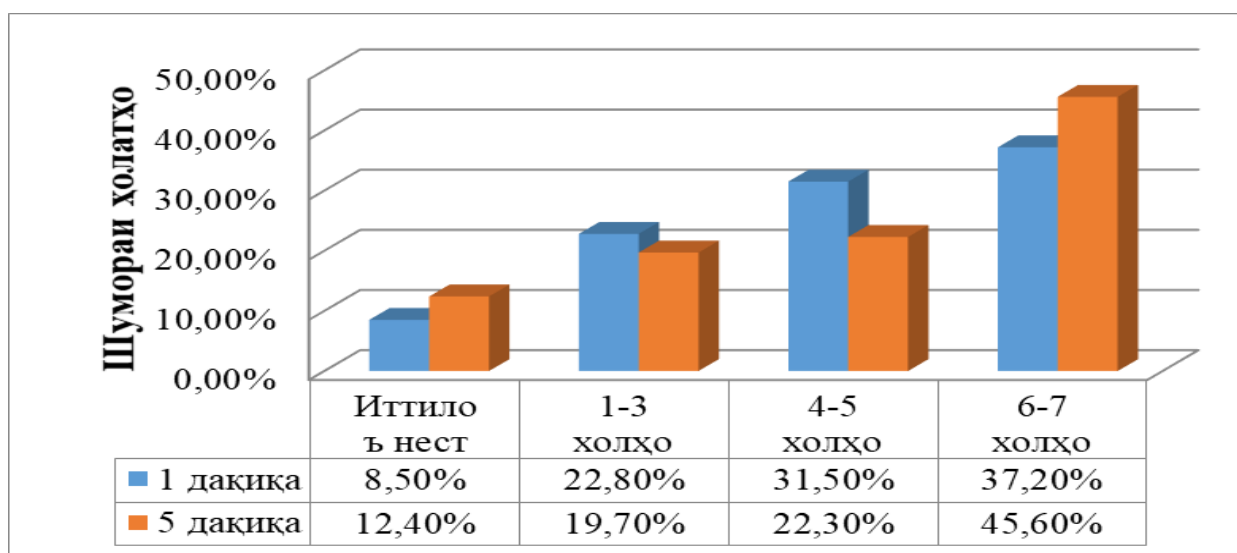


Тибқи маълумоти мо басомади НМИ (нуқсонҳои модарзодии инкишоф) аномалияҳои хромосомӣ, дар сохтори маъҷубшавии аввалияи кӯдакон 10%-ро ташкил медиҳад. Дар давоми соли 2014 -2020 дар Ҷумҳурии Тоҷикистон 8500 навзодони дорои НМИ (ихтилоли инкишоф) аномалияҳои хромосомӣ таваллуд шуданд, аз онҳо (20,3%) 1726 кӯдакон мурда таваллуд шудаанд, миқдори кӯдакони дорои НМИ, ки дар РНП аз миқдори мурда таваллудшудаҳо то 224 ҳолат зиёд аст, ки ба 11,8% баробар аст. Дар соли 2014 аз 1198 кӯдакони таваллудшуда (7,2%) кӯдаконимассаи баданашон – 500-999,0; (5,2%)- 1000-1499,0; (22,5%) - 1500-2499,0; ва (64,5%) - 2500,0>-ро ташкил дод. Дар соли 2020 нишондиҳандаҳои таҳлилшуда чунин буданд: (1,6%) 500-999,0; (5,1%) - 1000-1499,0; (21,1%) - 1500-2499,0; и (68,3%) - 2500,0>.

Тибқи маълумотҳои оморӣ шаклҳои ҳисоботии 31 дар давраи солҳои 2014 - 2020, миқдори умумии кӯдаконе, ки тахти муоина қарор

доштанд, ба пастшавӣ майл дорад, С/камшавӣ – 13,1%. Дар байни синфҳои бемориҳо, ки бевосита омилҳои бавучудоварандаи ФМК ҳастанд, бемориҳои системаи асаб рамзи ТББ -10 (G00-G99) дохил мешаванд, дар соли 2014 миқдори умумии кӯдакони гирифтори ҳамин беморӣ 12252 ҳолатро ташкил дод, баъди 8 сол баъзе динамикаи мусбати миқдори беморон ба қайд гирифта шуд – 13394 ҳолат, нишондиҳандаи С/афзоиш +8,5%-ро ташкил дод. Ҳамин тавр, миқдори беморони мубтало ба бемори неврологӣ дар соли 2014 аз миқдори умумии кӯдакон 4,9%-ро ташкил дод, дар ҳоле, ки ин нишондиҳанда дар динамика то 1,2% зиёд шудааст. Аз ҷумлаи кӯдакони беморшуда ҳамасола дар миқдори муайяни кӯдакон ФМК пайдо мешавад, чунончи, дар соли 2014 чунин беморон 510 нафар буданд, ки 4,7% -и миқдори кӯдакони гирифтори бемори системаи асабро ташкил дод. Аммо дар соли 2017 ин нишондиҳанда дар муқоиса аз соли 2014 то 197 ҳолат афзуд, дар ин нишондиҳандаи С/афзоиш + 27,8% буд. Аммо дар соли 2020 камшавии миқдори беморон то 162 ҳолат ба қайд гирифта шуд, нишондиҳандаи С/камшавӣ ба – 32,7% баробар буд. Нишондиҳандаи басомади ФМК дар давраи таҳлилшуда то 1,6% тамоюли возеҳи камшавӣ дошт.

Расми 2. – Баҳодитҳӣ мувофиқи шкалаи Апгар ба кӯдакони дорои ФМК (n=86)



Истифодаи шкалаи Апгар ба сифати меъёри пешгӯйикунӣ махсусан дар дақиқаи 5-уми ҳаёт мумкин аст, ки бо басомади пайдошавии ФМК ба таври возеҳ мувофиқат кунад, маҳз баҳои паст дар дақиқаи 5-ум аз он гувоҳӣ доданро идома медиҳад, ки таъсири гипоксия нигоҳ дошта мешавад ва табиист, ки протсессии таҷзияи бофтаҳои майна идома меёбад. Таҳқиқотҳои гузаронидашуда [Thorngren-Jerne K., Herbst

А.2006] нишон доданд, ки дар шароити баҳодихии умумӣ мувофиқи шкалаи Апгар дар дақиқаи 5-уми ҳаёт аз 3-6 балл зиёд аст, дар ин ҳолат эҳтимоли пайдошавии ФМК баланд аст, зиёдшавии хатар ҳангоми аз ҳомилагии норасида таваллуд шудани навзод мавҷуд аст.

Он кӯдаконе, ки дар дақиқаҳои аввали ҳаёт мувофиқи баҳодихии шкалаи Апгар, 4-5 балл гирифтаанд, дар ҷанбаи онтогенетикӣ бештар ба пайдо шудани таваққуфи инкишофи ҷисмонӣ ва асабӣ- равонӣ, гидросефалия, анемия ва рахит майл доранд. Дар ин кӯдакон дар синну соли нисбатан калонтар мавҷуд будани ихтилолҳои ҳаракат, умумӣ ва паҳнфто муайян карда шуд. Бояд инро махсус қайд кард, ки дар ширхораҳое, ки дар дақиқаи 5-уми ҳаёт мувофиқи шкалаи Апгар 6-7 балл гирифтаанд – назар ба дигар дараҷаҳои вазнинии асфиксия,- зиёда аз 2 маротиба бештар аломатҳои ихтилолҳои ақлӣ муайян карда шуданд. Таҳқиқоти мо нишон дод, ки аз 86 кӯдак, дар 22,8% ҳолат дар дақиқаи аввал тибқи шкала аз 1 то 3 балл баҳогузори карда шуд – асфиксияи вазнин, ки ҳолати соматикӣ онҳо хеле вазнин буд, 4-5 балл дар асфиксияи дараҷаи вазнинии миёна, аммо ҳолаташон вазнин буд, ин гуна кӯдакон 31,5% буданд ва танҳо дар 37,2%-и кӯдакон асфиксияи дараҷаи сабук 6-7 балл дида шуд. Аз лиҳози пешгӯикунӣ муҳим нисбат ба асфиксияи нигоҳдошташуда баҳогузори мувофиқи шкалаи Апгар дар дақиқаи 5-уми ҳаёт ба ҳисоб меравад. Дар ҳар як кӯдаки 5-ум (19,7%) дар дақиқаи 5-уми ҳаёт баҳогузори мувофиқи шкалаи 1-3 балл давом ёфт, дар 22,3%-и кӯдакон баҳодихӣ тибқи шкалаи Апгар баробари 4-5 балл боқӣ монд.

Ҳангоми гузаронидани доплерометрияи рағҳои майнаи сар, аломатҳои махсуси ишемияи маҷрои хуни шарёнӣ бештар аз ҳама дар кӯдакони зергурӯҳи дуҷум возеҳтар буд, ки ба таври максималӣ дар охири ҳафтаи дуҷуми ҳаёт – 16,6% (n=5) зоҳир гаштанд. Бояд ин лаҳзаро ҳам нишон дод, ки дар ҳар як кӯдаки сеҷуми зергурӯҳи дуҷум дар сеяки ҳолатҳо (n=10) синдроми гипертензияи дохили косахонаи сар мавҷуд буд.

Дар кӯдакон, дар ҳафтаи дуҷум ва аввали ҳафтаи сеҷуми ҳаёт аломатҳои осеби паҳншудаи гипоксикӣ-ишемикии осеби майнаи сар ба мушоҳида расид, ки дар бештари (82%) кӯдакони зергурӯҳи дуҷум муайян карда шуд ва ин аломатҳо дар муқоиса аз зергурӯҳи сеҷум то охири моҳи 3-юми ҳаёт нигоҳ дошта шуданд ($p < 0,001$).

Зухуроти ихтилолҳои амиқи маҷрои хуни майнаи сар дар кӯдакони зергурӯҳи якум дар 100%-и ҳолатҳо ҷой дошт, барои ин кӯдакон омили муҳим лейкомалятсияи субкортикалӣ ба ҳисоб меравад, ки онро бобоварии комил ба оварандаи оқибати нохуб дохил кардан

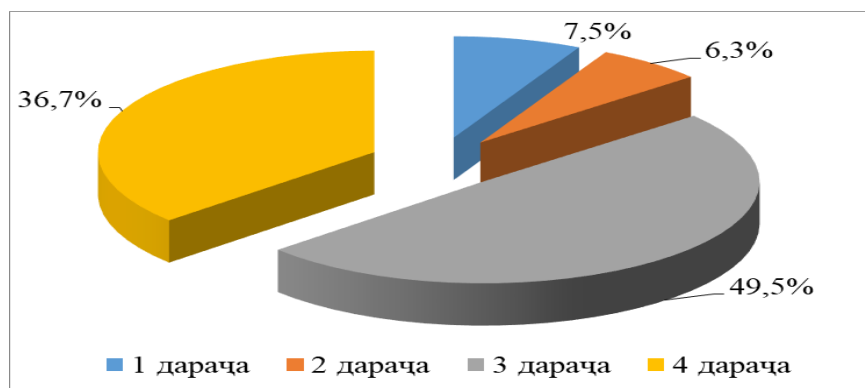
мумкин аст, аломатҳои мазкур ба таври максималӣ танҳо барои кӯдакони зергурӯҳи якум (28,1% ҳолат, n=9) хос буд, аммо дар кӯдакони зергурӯҳи дуум низ дида мешуданд.

Дар байни кӯдакони зергурӯҳи дуум ихтилолҳои рағҳо бо намуди ишемия ба таври эътимоднок бештар ($p < 0,001$) дар моҳи якуми ҳаёт – 70,0% (n=21), типҳои ихтилолҳои рағҳо дар намуди фалаҷи рағҳо ва вазодилататсия (бо 31%) муайян карда шуданд, нисбат ба дигарҳо аломатҳои нимфалаҷи рағҳо (46% ҳолат) ба қайд гирифта шуд.

Тағйироти махсусе, ки ҳангоми осебҳои возеҳи гипоксикӣ-ишемикии стромаи майнаи сари кӯдакон пайдо шудаанд, дар байни кӯдакони зергурӯҳи дуум, тақрибан дар ҳар як кӯдаки сеюм (31,4%-и ҳолатҳо) бештар дар шабонарӯзи 6-7-ум пайдо шудаанд.

Аломатҳои клиникии синдром, ки ба баланд шудани фишори дохили косахонаи сар алоқаманданд, дар зиёда аз 50%, (n=16) ҳолат ба қайд гирифта шуд.

Расми 3. – Басомади бақайдгирии хуншориҳои превентрикулярӣ дар кӯдакони дорои ФМК мувофиқи дараҷаи вазнинӣ.



Инҳо омилҳои асосии осебрасонӣ доранд: (гипоксия, ишемия, гипотонияи шарёнӣ), маҳкам шудани рағҳои варидӣ аз сабаби хунравии дохилимеъдачавӣ дар навзодон, ҳамчунин омилҳо ва сабабҳои дигар, ки ба ихтилолҳои маълумнашуда дохил мешаванд, ки ба пайдошавии хунравии перивентрикулярӣ ва некрози моддаи майнаи сар оварда мерасонанд. Дар бештари ҳолатҳо хунравии дохилимеъдачавии дараҷаҳои 3 ва 4 сабаби асосии пайдо шудани ихтилолҳои мотморӣ ва нейропсихологӣ ба ҳисоб мераванд.

Бештари кӯдаконе, ки гирифтори ФМК ҳастанд, метавонанд ба дигар бемориҳо низ мубтало шаванд, ки дар асари омили барангезандаи беморӣ ба амал меоянд. Дар бештари ҳолатҳо ҳангоми ФМК ба протсессии патологӣ ба ғайр аз системаи канорӣ (периферӣ) асаб инчунин майнаи сари кӯдак низ ҷалб карда мешавад ва бо ҳамин сабаб

дар ин беморон ихтилоҷ, ихтилоли рушди интеллектуалӣ, таъсиррасонӣ ба рафтор, шунавоӣ ва босираи бемор ба назар мерасад. Муайян карда шудааст, ки кӯдакони гирифтори ФМК бештар ба ихтилолҳои иловагӣ дучор мешаванд. Тақрибан дар ҳамаи кӯдакон ҳангоми ФМК ба протсессии патологӣ майнаи сар чалб карда мешавад, ки функцияи онро мониторинг ва назорати фаъолияти узвҳои гуногун ва системаҳо, дар замина ва ё оризаи ҳамин беморӣ дар кӯдакон мумкин аст, ихтилоҷҳо, ихтилоли рушди интеллектуалӣ ба амал ояд, ба аксуламалҳои рафторӣ, шунавоӣ ва босираи кӯдаки бемор таъсир мерасонад.



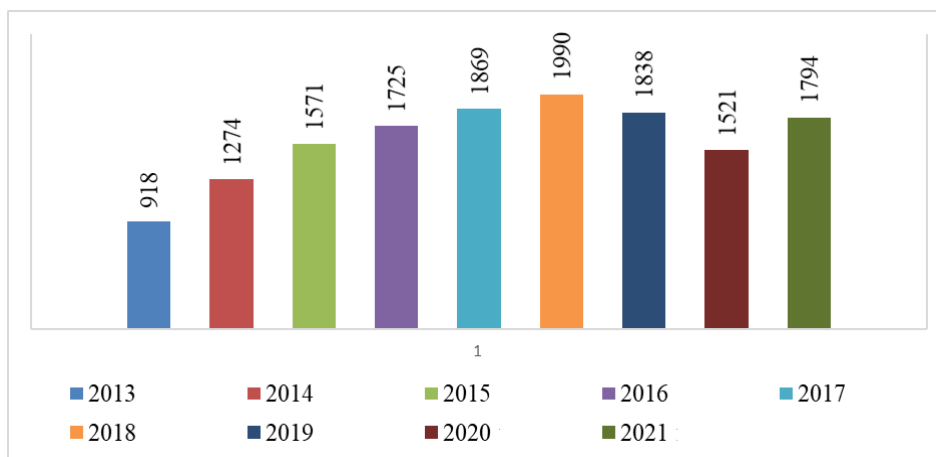
Расми 4. – Басомади бақайдгирии бемориҳои ҳамроҳшуда дар кӯдакони дорои ФМК (n=86).

Дар бештари мавридҳо барои идора кардани динамикаи зухуроти бемориҳо мушкилоти муайян пайдо мешавад, дар бештари ҳолатҳо фаъолияти амалии табибон ва беморон ба душвории бузург рӯ ба рӯ мешаванд, на ин ки ба муқобилият ва кӯшиш мекунанд, ки ихтилолҳои моторӣ, ки дар асари ФМК ба вучуд омадаанд, бартараф созанд.

Муҳим будани мушкилоти кӯдакони дорои имкониятҳои маҳдудро ба эътибор гирифта, Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳти № 167 аз 27.03. с. 2009 Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии барқарорсозии солимии кӯдакон» -ро таъсис дод. Мақсади асосии таъсис додани ин муассисаи реабилитатсионӣ, фароҳам сохтани шароит ва имкониятҳо барои ташкил ва гузаронидани чорабиниҳои реабилитатсионӣ дар байни гурӯҳи кӯдакон буд. Мо фаъолияти МД МҚБСК-ро дар давраи солҳои 2014-2020 мавриди таҳлил қарор додем, дар ин муассиса кӯдакони аз сини 1 то 18-сола, ки гирифтори бемориҳои системаи асаб, дастгоҳи такяву ҳаракат, системаҳои нафаскашӣ, дилу рағҳо ҳастанд, бистраӣ карда мешаванд. Дар соли 2013 (расми 5.1.) дар маркази реабилитатсионии кӯдакон ҳамагӣ 918 кӯдак бистарӣ кунонида шуд. сол

аз сол миқдори кӯдакони ба ёри реабилитатсионӣ ниёз дошта дар шароити Марказ динамикаи зиёдшавии возеҳ дорад, ҳамин тартиб, дар соли 2015 назар ба соли 2013 ҳамагӣ 653 (71,1%) ($P>0,001$) кӯдак зиёд бистарӣ карда шуд, дар соли 2018 – 1990 кӯдак, ки 1072 (117%) нафар зиёд аст, назар ба соли 2013.

Расми 5. – Миқдори кӯдакони дар МД МЧБСК бистаришуда



Аз сабаби пандемияи Covid 19, миқдори кӯдакони ба реабилитатсия ниёздошта кам шуд, дар соли 2020 ум 1521 нафар кӯдак бистарӣ шуда буд, ки назар ба соли 2018 –ум кӯдак кам аст. Дар соли 2021 бо кам шудани басомади пандемияи Covid 19, миқдори беморон рӯ ба афзоиш дошт, миқдори кӯдакони бистаришуда назар ба соли 2020 то 15,2% зиёд шуда, 1794 кӯдакро ташкил дод. Дар тамоми давраҳои фаъолияти Маркази реабилитатсионӣ барои реабилитатсия асосан кӯдакон аз сокинони шаҳру навоҳии тобеи марказ ва вилояти Хатлон бистарӣ шудаанд. Дар соли 2013 аз миқдори умумии кӯдакони бемори дар марказ бистаришуда сокинони шаҳру навоҳии тобеи марказ ва вилояти Хатлон мутаносибан 39,1 ва 38,1 % -ро ташкил доданд. Дар соли 2018 миқдори кӯдакони аз НТЧ бистаришуда то 47,7% зиёд шуд, ки назар ба соли 2013-ум 8,6% зиёд буд. ($P<0,001$). Нишондиҳандаи кӯдакони аз вилояти Хатлон бистаришуда дар соли 2018 назар ба соли 2013 бе тағйир - 38,2% боқӣ монд, дар солҳои минбаъда соли 2021 нигоҳ накарда ба пандемияи Covid 19, миқдори кӯдакони ду минтақаи зикршуда тақрибан кам нашудааст, масалан, аз НТЧ – 859 ва вилояти Хатлон - 757 кӯдак буд. Дар айни замон миқдори кӯдакони аз ш. Душанбе бистаришуда ба таври возеҳ рӯ ба камшавӣ дошт, дар соли 2018 назар ба соли 2013-ум 9,4% кам шудааст ($P<0,001$). миқдори кӯдакони аз ш. Душанбе бистаришуда дар соли 2021 низ ба таври возеҳ рӯ ба камшавӣ дошт, ҳамагӣ 155 кӯдак бистарӣ кунонида шуд, ки назар ба соли 2018 то 69 (30,8%) кам аст. Аз ВМКБ ва вилояти Суғд дар

тамоми давраи фаъолияти маркази реабилитатсионӣ миқдори кӯдакони бистаришуда фарқ мекард-0,9% аз ВМКБ ва то 1,6% аз вилояти Суғд дар соли 2018. Агар дар соли 2018 аз вилояти Суғд 33 кӯдак бистарӣ шуда бошад, пас дар соли 2021 то 21 (36,3%) бемор кам шудааст, аз ВМКБ бошад, дар ин ҷо низ динамикаи камшавӣ дида мешавад, дар соли 2018 – 21 кӯдак, дар соли 2021- 11 (52.3%) кӯдак кам шудааст. Дар чорабиниҳои реабилитатсионӣ бо дараҷаи баробар ҳарду ҷинс ниёздоранд, таҳлили бисёрсолаи гендерии фарқиятҳо нишон дод, ки дар ҳамаи солҳо писарҳо назар ба духтарҳо бештар ба реабилитатсия дохил шудаанд, фарқияти байни ҷинсҳо 1,5 маротиба зиёд ба нафъи писарҳо мебошад.

Ҷадвали 3. – Таҳлили муқоисавии дохилшудагон вобаста аз ҷинс

	Ҷинс				Ҷамагӣ
	Духтар		Писар		
	Мутлақ	Ваз. ҳолис. %	Мутлақ	Ваз. ҳолис. %	
2013	347	37,8	571	62,2	918
2014	539	42,3	735	57,7	1274
2015	657	41,8	914	58,2	1571
2016	710	41,2	1015	58,8	1725
2017	733	39,2	1136	60,8	1869
2018	837	42,1	1153	57,9	1990
2019	754	41,0	1084	59,0	1838
2020	567	37,3	954	62,7	1521
2021	688	38,4	1106	61,6	1794
Динамика дар 9 сол	+341; С/афзоиш +49,5%	+0,6%	+535; С/афзоиш +48,3%	- 0,6%	+87,6; С/ афзоиш +48,8%

Ҷамагӣ дар тӯли 9 соли фаъолияти марказ 14500 нафар кӯдак бистарӣ карда шудааст, ки аз онҳо 40,2%-ро духтарҳо ва 59,8%-ро писарҳо ташкил додаанд, таносуби байни онҳо ба 1,5 баробар аст. Динамикаи миқдори духтарони бистаришуда дар 9 сол +341 ҳолат буд, ки дар ин ҷо нишондиҳандаи С/афзоиш ба + 49,5% баробар буд. Писарҳо дар давоми 9 сол 535 нафар кӯдак зиёд бистарӣ шудааст, С/ афзоиш + 48,3% мебошад. Аз миқдори умумии кӯдакони бистаришуда дар давоми 9 сол динамика + 876 ҳолатро ташкил дод, С/афзоиш + 48,8% буд. Нишондиҳандаи динамикаи вазни ҳолис аз рӯи ҷинс дар давраи

таҳлилшуда тақрибан тағйир наёфтааст ва 0,6%-ро ташкил дод. Ҳамин тавр, беморони ҷинси мард нисбат ба пайдо шудани бемориҳои асабӣ ва аз ҷумла ФМК осебпазиртаранд.

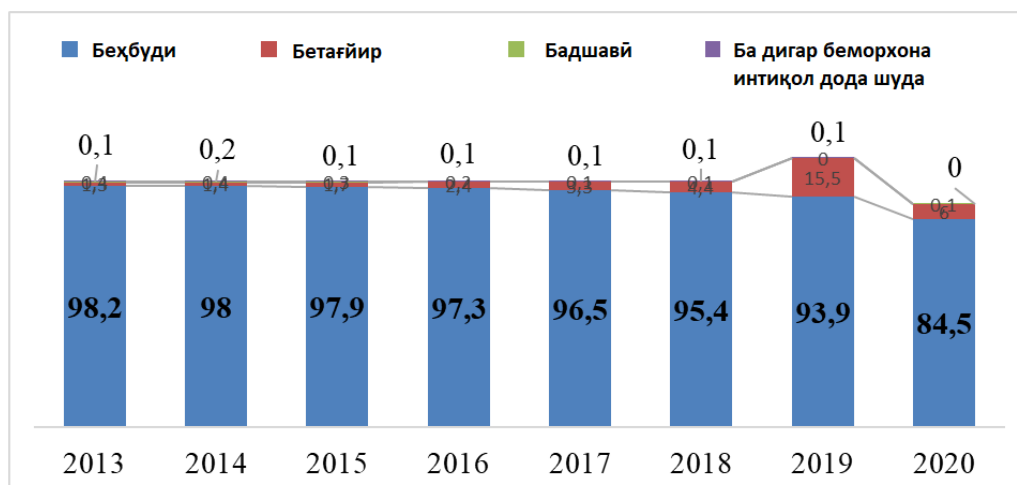
Мо анкетаронии аъзои ҷамъиятро, ки дар манотиқи гуногуни кишвар зиндагӣ мекунанд, бо фарогирии сатҳи шаҳрҳо ва деҳот, анҷом додем. Ба пурсиш ҳамагӣ 600 нафар фаро гирифта шуд (ҷадвали 5.7.), аз онҳо 65,6% -ро занҳо ва 34,4% -ро мардҳо ташкил доданд, синну соли респондентҳо тақрибан як хел, дар байни занҳо $28,6 \pm 1,8$ сол ва мардҳо $35 \pm 1,5$ сол буд. Аз ҷиҳати статуси иҷтимоӣ пурсидашудагон чунин мавқеъ доштанд: соҳибхоназан- 56,7%, донишҷӯ – 18,5%, коргарон– 9,7%, хизматчиён – 15,1%.

Миқдори респондентҳо аз ҳар як минтақа 300 нафарӣ буд. Сокинони минтақаҳои гуногун ба ҳамон як савол ҷавобҳои гуногун додаанд, сокинони деҳот дар 22,7% ҳолат ҷавоб додаанд, ки сабаб ва омили маъюбшавии кӯдаконро намендонанд, ин гунн ҷавоб дар байни сокинони пойтахт на бештар аз 14,7% буд.

Ҷадвали 5.7.–Огоҳии беморон аз хусуси таъсири омилҳои хатар ба ташаккули бемориҳои модарзодӣ ва ирсӣ ва маъюбшавии кӯдакон (n=600)

Огоҳии беморон	Сатҳи шаҳрӣ n=300		Сатҳи деҳот n=300	
	мутл.	%	мутл.	%
Намедонанд	44	14,7	68	22,7
Сигоркашӣ	162	54,0	129	43,0
И степмоли маводи муҳаддир	87	29,0	62	20,7
Бемориҳои майли модарзодидошта	256	85,3	232	77,3
Сироят	69	23,0	112	37,3

Огоҳӣ доштан аз сабабҳои маъюбшавии кӯдакон дар байни аҳолии деҳот назар ба респондентҳое, ки дар шаҳр зиндагӣ мекунанд, хеле паст аст. Аз ҷиҳати омори саҳеҳ аст ($P < 0,001$), ки сокинони шаҳр оид ба сабабҳо ва оқибатҳои маъюбшавии кӯдакон огоҳии бештар доранд. Ба андешаи мо ин далел ба он вобаста аст, ки дар деҳот асосан соҳибхоназанҳо ва коргарони умумӣ зиндагӣ мекунанд, дар ҳоле ки дар шаҳр қисми зиёди пурсидашудагонро хизматчиён, донишҷӯён ва коргарони умумӣ (муҳочирони меҳнатӣ) ташкил карданд.



Расми 6. - Нишондиҳандаҳои динамикаи самаранокии реабилитатсияи кӯдакон дар давраи солҳои 2013–2020 (%) n=12706

ХУЛОСАҶО

1. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон нишондиҳандаи маъюбшавии кӯдакон мал ба пастшавӣ дорад. Аз рӯи натиҷаҳои баҳодиҳии ретро- ва проспективӣ ва таҳлили омӯри ва маълумотҳои ҳисботӣ муқаррар карда шуд, ки дар кишварамон дар сохтори маъюбии кӯдакон ҷои аввалро синфи бемориҳои «Бемориҳои системаи асаб – (G00-G99)», баъди он «Ихтилолҳои равонӣ (F00-F99)» ишғол мекунанд. [1-М, 2-М, 10-М]
2. Вобастагии олии эҳтимолияти пайдошавии ФМК аз ҷараёни давраҳои пренаталӣ, интранаталӣ ва постнаталӣ, муҳлати валодат, ҳолати то ва пас аз таваллуд, ҷараёни мутобиқшавӣ дар давраи барвақти неонаталӣ муайян карда шуд. [3-М, 4-М]
3. Нақши этиологии сирояти нейтротропии занҳои ҳомила, ҳамчун омилҳои осебҳои дохилибатнии майнаи ҷанин ва пайдо шудани ФМК, бешубҳа, баланд аст. [8-М, 9-М]
4. Консепсияи барвақт оғоз кардан ва самаранокии ҳуби ҷорабинҳои реабилитатсионии кӯдакони маъюб, дар асоси баҳодиҳӣ ба модели реабилитатсияи тиббӣ-иҷтимоии кӯдакони маъюб дар МД Маркази ҷумҳуриявии барқарорсозии солимии кӯдакон асоснок карда шудааст. [10-М, 11-М, 15-М]
5. Консепсияи барвақт пешгӯӣ кардани пайдошавии ФМК таҳия ва қадамҳои минбаъда барои волидайн ва духтурони оилавӣ дар ҳолатҳое, ки барои машварат ба невролог бо мақсади пешгӯии барвақти ФМК муайян карда шудаанд. [14-М]

ТАВСИЯҲО БАРОИ ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲО

1. Гузаронидани баҳисобгирии мунтазам ва ба қайд гирифтани сабаби маъюбшавии кӯдакон, ин имконият медиҳад, ки оид ба такмил додани чорабиниҳои реабилитатсионии кӯдакони маъюб барномаҳои мақсаднок таҳия карда шавад.
2. Гузаронидани профилактикаи валодатҳои пеш аз муҳлат, муроқибати самаранокӣ давраҳои пренаталӣ, перинаталӣ ва постнаталӣ, ин имконият медиҳад, ки миқдори маъюбшавии кӯдакон кам карда шавад.
3. Пурқувват кардани нигоҳубини антенаталӣ ва баланд бардоштани профилактикаи бемориҳои сироятӣ дар байни занҳои ҳомила, ин ба кам шудани миқдори бақайдгирии кӯдакони дорой имкониятҳои маҳдуд оварда мерасонад.
4. Баланд бардоштани сатҳи огоҳии ҳама қабатҳои аҳоли, новобаста аз макони зист (шаҳр, деҳот), аз омилҳои асосии маъюбшавии кӯдакон, ин кафолати таваллуд шудани кӯдаки солим аст.
5. Баланд бардоштани нақши марказҳои реабилитатсионӣ, ки дар заминаи қабули технологияҳои муосир бунёд шудаанд ва ҷаҳол сохтани кори онҳо дар самти баланд бардоштани унсурҳои сифати ҳаёти кӯдакони мубтало ба ФМК, сохтани барномаи мутобиқшуда барои муассисаҳои томактабӣ оид ба реабилитатсияи кӯдакони дорой бемориҳои дастгоҳи таҷаву ҳаракат.

Феҳристи интишороти довталаби дарёфти дараҷаи илмӣ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

- [1-А]. Боймуродов Б.Н. Причинно-следственные факторы детской инвалидности в Республике Таджикистан. [Текст.] / Б.Н.Боймуродов, А.В. Вохидов, М.Д.Халикова // Медицинский Вестник Национальной академии наук Таджикистана, -Душанбе 2021, Том XI -№2(38),- 65-71ст.
- [2-А]. Боймуродов Б.Н. Ташхиси тиббию иҷтимоӣ ва тавонбахшии маъюбон дар Тоҷикистон: ҳолат ва роҳҳои муқамалсозии он. [Текст.] / Б.Н. Боймуродов, А.Г.Гаيبов, З.Т.Авғонов, Б.С.Камолов// Здравоохранение Таджикистана. Душанбе 2020.-№3,-13-17ст.
- [3-А]. Боймуродов Б.Н. Некоторые причины факторы риска инвалидизации детей. [Текст.] / Б.Н.Боймуродов, А.В.Вохидов// Здравоохранение Таджикистана. Душанбе 2020. -№4,-19-21ст.
- [4-А]. Боймуродов Б.Н. Распространенность моторных и коммуникативных нарушений у детей с ДЦП. [Текст.] / Б.Н.Боймуродов, А.В.Вохидов// Здравоохранение Таджикистана. Душанбе 2020. -№4,-53ст.
- [5-А]. Боймуродов Б.Н. Медико-биологические и медико-социальные факторы риска ДЦП. [Текст.] / Б.Н.Боймуродов, А.В.Вохидов// Здоровье

матери и ребёнка (Периодический научно практический медицинский журнал). Бишкек 2020. -Том 12,№1-2, -9-12ст.

[6-А]. Боймуродов Б.Н. Кӯдаки маъюб – мушкилоти ҷомеаи муосир. [Текст.] / Б.Н. Боймуродов // Авчи Зухал. Душанбе 2022с--№3,- С.30-33.

Мақолаҳо ва фишурдаҳои дар маҷмӯаҳои конференсияҳо нашршуда:

[7-А]. Боймуродов Б.Н. Некоторые вопросы факторов риска ДЦП детей. [Текст.] / Б.Н. Боймуродов, А.В.Вохидов // Модар ва кӯдак «Мачаллаи илмӣ-амалии Муассисаи давлатии пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон» Душанбе-2020,-№4,-9-12ст.

[8-А]. Боймуродов Б.Н. Проблемы детской инвалидности по причине врожденных пороков развития, [Текст.] / Б.Н. Боймуродов, А.В.Вохидов, М.А.Хусейнова //-ВЕСТНИК медицинского комплекса Истиклол, -2020г, -№1, 19-22ст.

[9-А]. Боймуродов Б.Н. Основные причины и факторы риска инвалидизации детей (анализ литературных сведений). [Текст.] / Б.Н.Боймуродов, А.В.Вохидов, Р.М.Нуров //Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. Душанбе 2019,-№2(42), -33-35ст.

[10-А]. Боймуродов Б.Н. Врождённые пороки развития как медико-социальная проблема. [Текст.] / Б.Н. Боймуродов, А.В.Вохидов // Евроазиатский медицинский научно-практический журнал «Сино» Душанбе -2019.-№1,-119-122ст.

[11-А]. Боймуродов Б.Н. Наиболее часто встречающиеся заболевания, приводящие к инвалидности в детском возрасте. [Текст.] / Б.Н. Боймуродов, Р.М.Нуров, Р.М.Абдурахимов, Азизджони Фарух //Евроазиатский медицинский научно-практический журнал «Сино» Душанбе -2019.-№1,-118-119ст.

[12-А]. Боймуродов Б.Н. Перинатальная патология как основной фактор инвалидизации детей. [Текст.] / Б.Н. Боймуродов, М.Дж.Халикова // Журнал- Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений (сборник тезисов) 31 апреля 2021 Душанбе,-767ст.

[13-А]. Боймуродов Б.Н. О синдроме адаптации новорожденных из группы высокого риска к внеутробной жизни. [Текст.] / Б.Н. Боймуродов, М.А.Хусейнова //Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки (сборник тезисов) - 24 апреля 2020,-277ст.

[14-А]. Боймуродов Б.Н. Некоторые суждения о синдроме адаптации новорожденных из группы высокого риска. [Текст.] / Б.Н. Боймуродов, А.В.Вохидов, М.А.Хусейнова //Проблемные вопросы диагностики и лечения детей с соматической патологией.- Харьков 17-18 марта 2020. - 35-36ст

[15-А]. Боймуродов Б.Н. Перинатальная патология как фактор риска формирования инвалидности в детском возрасте. «Современные принципы профилактики, диагностики и лечения соматических заболеваний» [Текст.] / Б.Н. Боймуродов, А.В.Вохидов // (Сборник материалов второго Съезда врачей Республики Таджикистан) - Душанбе 29 июня 2019г, -46ст.

РҶҶҲАТИ ИҲТИСОРАҶО

АИЧ – аномалии инкишофи чанин.

БСА – бемориҳои системаи асаб

ХДМ – хунравии дохилимеъдачавӣ.

ГДБ – гипотрофияи дохилибатнӣ.

ВПР – нуқсонҳои модарзодии инкишоф.

ВПС – нуқсонҳои модарзодии дил.

ГИЭ – энцефалопатияи гипоксиву ишемикӣ.

МД МҶБСК – Муассисаи давлатии Маркази ҷумҳуриявии барқарорсозии солимии кӯдакон.

ФЭ – фосилаи эътимоднок.

ФМК – фалаҷи майнаисари кӯдакон.

ЗПР – таваққуфи рушди психомоторӣ.

СРҶГ – сироятҳои бо роҳи ҷинсӣ гузаранда.

БИРК – барномаи инфиродии реабилитатсияи комплексӣ.

КК – кӯдакони камвазн.

НСМИ – нуқсонҳои сершумори модарзодии инкишоф.

ТБМФҶ – Таснифи байналмилалии фаъолияти маҳдудиятҳои фаъолияти ҳаёти ва солимӣ.

ФШ – фавти ширхорагӣ.

КЭТИ – Комиссияи экспертии тиббӣ-иҷтимоӣ.

БМ – бемориҳои модарзодӣ.

ТҶД – ташкилоти ғайри давлатӣ.

МҶП – муътадил ҷойгир шудани пласента.

НСГ – Нейросонография.

ИМ – имкониятҳои маҳдуд.

МНКБ – массаи ниҳоят ками бадан.

ШТБИН – шӯъбаи табобати барвақти интенсивии навзодон.

ОМСС – осеби моддаи сафедимайнаи сар.

ЛПВ – лекомалаятсияи превентрикулярӣ.

ОПМС – осеби перинаталии майнаи сар.

ОПСМА – осеби перинаталии системаи марказии асаб.

БСМА – бемориҳои системаи марказии асаб.

АННОТАЦИЯ

Боймуродова Бобомурода Насридиновича **Некоторые факторы риска формирования инвалидности у детей, и** **медико-социальная реабилитация**

Ключевые слова. Дети инвалиды, ДЦП, заболевания нервной системы, реабилитация.

Цель исследования: Изучить факторы риска (предикторы) формирования ДЦП и определить эффективные пути их медико-социальной реабилитации.

Методы исследования: Исследование основывалось на анализе деятельности ГУ РДРЦ за период с 2013 по 2021 гг. Материалом исследования являлись специальные статистические отчетные формы «31, 32 Утвержденные Постановлением Государственного Комитета статистики Республики Таджикистан № 12 от 19.08. 2009г., Годовой отчет о деятельности ГУ РДРЦ за период 2013 по 2021гг. Анкеты медико-социального исследования ребенка-инвалида. В изучаемой группе все случаи первичной инвалидности детей указывались согласно классификатору болезней – МКБ-10 пересмотра.

Полученные результаты и их новизна: проведенные исследования показали, что основываясь ретро- и проспективного анализа статистических и отчетных данных установлено, что в Республике Таджикистан в структуре детской инвалидности, первое место занимают классы заболеваний «Болезни нервной системы – (G00-G99)». Впервые у детей доказано, что вероятность развития ДЦП зависит от срока родов, состояния до и после рождения, течения адаптации в раннем неонатальном периоде. Доказана, этиологическая роль ОРВИ и цитомегаловирусной инфекции беременной женщины в поражении мозга плода и развития ДЦП. Обоснована концепция раннего начала и хорошей эффективности реабилитационных мероприятий, на основании оценки модели медико-социальной реабилитации детей инвалидов при ГУ Республиканского детского реабилитационного центра.

Рекомендации по использованию. Проводить систематический учет и регистрировать причину детской инвалидности, что позволит разрабатывать целевые программы по совершенствованию реабилитационных мероприятий детей инвалидов. Проводить профилактика преждевременных родов, рациональное ведение пренатального, перинатального и постнатального периодов, что позволит снизить частоту инвалидизации детей.

Область применения: Педиатрия, Реабилитология. Медико-социальной реабилитация.

АННОТАТСИЯ

Боймуродов Бобомурод Насридинович

Баъзе омилҳои хатари ташаккул ёфтани маъҷубӣ дар кӯдакон ва реабилитатсияи тиббӣ-ичтимоӣ

Калидвожаҳо. Кӯдакони маъҷуб, фалаҷи мағзи сар, бемориҳои системаи асаб, барқарорсозӣ.

Мақсади тадқиқот: Омӯзиши омилҳои хавфи (пешгӯиҳои) ташаккули фалаҷи мағзи сар ва муайян кардани роҳҳои самараноки тавонбахшии тиббию иҷтимоии онҳо.

Тавсифи беморон ва усулҳои тадқиқот: Тадқиқот ба таҳлили фаъолияти МД МҚБСК дар давраи аз соли 2013 то 2021 асос ёфтааст. Маводи тадқиқотӣ шаклҳои махсуси ҳисоботи омории «31, 32, ки бо қарори Кумитаи давлатии омили Ҷумҳурии Тоҷикистон № 12 аз 19 август 2009 тасдиқ шудааст, иборат буд. Ҳисоботи солона дар бораи фаъолияти МД МҚБСК дар давраи солҳои 2013 то 2021. Саволномаҳо барои тадқиқоти тиббию иҷтимоии кӯдаки маъҷуб. Дар гурӯҳи таҳқиқотӣ ҳамаи ҳолатҳои маъҷубии ибтидоии кӯдакон аз рӯи таснифи бемориҳо – таснифоти ТББ-10 нишон дода шудаанд.

Натиҷаҳои бадастомада ва нағсонии онҳо: Тадқиқотҳо нишон доданд, ки дар асоси таҳлили ретро- ва перспективии маълумоти омории ва ҳисоботи муайян карда шудааст, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар сохтори маъҷубии кӯдакӣ дар ҷои аввал синфҳои бемориҳои «Бемориҳои системаи асаб - (G00-G99)» маъҷуб мебошанд. Бори аввал дар кӯдакон исбот шудааст, ки эҳтимолияти инкишофи фалаҷи мағзи сар аз вақти таваллуд, ҳолати пеш аз таваллуд ва пас аз таваллуд ва ҷараёни мутобиқшавӣ дар давраи аввали неонаталӣ вобаста аст. Нақши этиологии БШВРН ва сирояти ситомегаловируси зани ҳомиладор дар осеб дидани майнаи ҷанин ва инкишофи фалаҷи мағзи сар исбот шудааст. Консепсияи оғози барвақт ва самаранокии хуби тадбирҳои тавонбахшӣ дар асоси арзёбии модели тавонбахшии тиббию иҷтимоии кӯдакони маъҷуб дар Муассисаи давлатии Маркази ҷумҳуриявии барқарорсозии солимии кӯдакон асоснок карда шудааст.

Тавсияҳо оид ба истифода. Гузаронидани баҳисобгирии мунтазам ва бақайдгирии сабабҳои маъҷубии кӯдакӣ, ки барои таҳияи барномаҳои мақсадноки беҳтар намудани тадбирҳои офиятбахшии кӯдакони маъҷуб имкон медиҳад. Гузаронидани пешгирии таваллуди бармаҳал, идоракунии оқилонаи давраҳои пеш аз таваллуд, перинаталӣ ва баъдинаталӣ, ки боиси кам шудани сатҳи маъҷубии кӯдакон мегардад.

Соҳаи истифода: Тибби атфол, Реабилиталогия. Тибби иҷтимоӣ.

ANNOTATION

Boumurodov Bobomurod Nasridinovich **Some risk factors for disability in children, and medical and social rehabilitation**

Keywords. Disabled children, cerebral palsy, nervous system diseases, rehabilitation.

Purpose of the study: To study the risk factors (predictors) of the formation of cerebral palsy and to determine effective ways of their medical and social rehabilitation.

Research methods: The study was based on an analysis of the activities of the GU RDRC for the period from 2013 to 2021. The research material was special statistical reporting forms “31, 32 Approved by Resolution of the State Statistics Committee of the Republic of Tajikistan No. 12 of August 19. 2009, Annual report on the activities of the GU RDRC for the period 2013 to 2021. Questionnaires for medical and social research of a disabled child. In the study group, all cases of primary disability of children were indicated according to the classifier of diseases - ICD-10 revision.

The results obtained and their novelty: the studies showed that, based on retro- and prospective analysis of statistical and reporting data, it was established that in the Republic of Tajikistan in the structure of childhood disability, the first place is occupied by the classes of diseases “Diseases of the nervous system - (G00-G99)”. For the first time in children, it has been proven that the likelihood of developing cerebral palsy depends on the date of birth, the state before and after birth, and the course of adaptation in the early neonatal period. The etiological role of ARVI and cytomegalovirus infection of a pregnant woman in damage to the fetal brain and the development of cerebral palsy has been proven. The concept of an early start and good effectiveness of rehabilitation measures is substantiated, based on an assessment of the model of medical and social rehabilitation of disabled children at the State Institution of the Republican Children's Rehabilitation Center.

Recommendations for use. Conduct systematic accounting and register the cause of childhood disability, which will allow the development of targeted programs to improve rehabilitation measures for disabled children. Conduct prevention of premature birth, rational management of the prenatal, perinatal and postnatal periods, which will reduce the incidence of disability in children.

Scope of application: Pediatrics. Rehabilitation. Medical and social rehabilitation.