

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

УДК: 616-053.2/.6:614.2

На правах рукописи

**ФАРЗОНАИ ЭМОМАЛИ**

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО -СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ  
ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ**

**ДИССЕРТАЦИЯ**

**на соискание ученой степени**

**кандидата медицинских наук**

**по специальности 3.1.8. Педиатрия**

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук,

профессор Набиев З.Н.

**Душанбе 2026**

## Оглавление

<b>Перечень сокращений, условных обозначений .....</b>	<b>5</b>
<b>Введение .....</b>	<b>6</b>
<b>Общая характеристика исследования .....</b>	<b>8</b>
<b>ГЛАВА 1. Современное состояние и организационные основы направления медико-социальной помощи детям в системе первичной медико-санитарной помощи (обзор литературы) .....</b>	<b>14</b>
1.1. Роль первично медико-санитарной помощи в оздоровлении детского населения Республики Таджикистан .....	15
1.2. Детское и подростковое здоровье в Республике Таджикистан в контексте ЦУР-2030 и национальных программ .....	23
1.3. Медико-социальные аспекты детской инвалидности и пути улучшения в условиях центров ПМСП.....	37
<b>ГЛАВА 2. Материалы и методы исследования .....</b>	<b>50</b>
2.1. Дизайн и этапы исследования.....	50
2.2. Социально-демографическая характеристика исследования.....	50
2.3. Характеристика контингента и базы исследования.....	52
2.4. Методы исследования.....	55
2.5. Методы статистической обработки данных.....	59
<b>ГЛАВА 3. Оценка медико-социальной помощи и индекса здоровья детского населения на уровне городских центров здоровья .....</b>	<b>60</b>
3.1. Характеристика исследуемых детей.....	60
3.2. Анкетирование родителей/опекунов.....	61
3.3. Медико-демографические и социальные характеристики детского населения ГЦЗ.....	65
3.4. Структура заболеваемости, хронической патологии и индексы здоровья детей.....	70

3.5. Роль отделений комплексной поддержки семьи и ребёнка в сопровождении детей групп высокого риска .....	80
<b>ГЛАВА 4. Результаты анализа медико-социальной помощи детям в условиях городских центров здоровья г. Душанбе .....</b>	<b>89</b>
4.1. Анализ организации и комплекса мероприятий по оказанию первичной медико-санитарной помощи детям и подросткам на уровне городских центров здоровья г. Душанбе.....	89
4.2. Показатели общей и первичной заболеваемости детей в городских центрах здоровья.....	92
4.3. Обращаемость, диспансерное наблюдение и госпитализация детей...	93
4.4. Профилактические осмотры и индексы здоровья детского населения	96
<b>ГЛАВА 5. Обоснование совершенствования организации медико-социальной помощи детям и подросткам в условиях ГЦЗ.....</b>	<b>99</b>
5.1. Интерпретация динамики заболеваемости и обращаемости с учётом медико-социальных факторов.....	99
5.2. Организационно-функциональная модель ОМСП, структура, штат и маршрутизация.....	102
5.3. Комплекс мероприятий по совершенствованию медико-социальной помощи и оптимизация межведомственного взаимодействия в ГЦЗ г. Душанбе .....	107
5.4. Результаты внедрения комплекса мероприятий и итоговая оценка эффективности модели .....	111
5.5. Дополнительные индикаторы эффективности .....	114
<b>ГЛАВА 6. Обзор результатов исследования.....</b>	<b>118</b>
6.1. Медико-демографический и социальный профиль детского населения как основа формирования высокого медико-социального риска.....	118

6.2. Структура заболеваемости, хронической патологии и индексы здоровья в сопоставлении с данными литературы.....	120
6.3. Обращаемость, диспансерное наблюдение и госпитализация: роль медико-социальной службы и сравнение центров с различной организацией помощи.....	123
6.4. Эффективность интегрированной модели медико-социальной помощи и её сопоставление с существующими организационными подходами.....	125
6.5. Методологические ограничения и направление дальнейших исследований.....	128
<b>Выводы.....</b>	<b>130</b>
<b>Рекомендации по практическому использованию результатов исследования.....</b>	<b>132</b>
<b>Список литературы .....</b>	<b>134</b>
<b>Публикации по теме диссертации .....</b>	<b>153</b>

## **Перечень сокращений, условных обозначений**

ВОЗ	- Всемирная организация здравоохранения
ВПР	- Врожденные пороки развития
ГУ	- Государственное учреждение
ГЦЗ	- Городские центры здоровья
ИВБДВ	- Интегрированное введение болезней детского возраста
НИЗ	- Неинфекционные заболевания
ОВ	- Ограниченная возможность
ОМСП	- Отделения медико-социальной помощи
РНКЦП и ДХ	- Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии
ЦУР	- Цели устойчивого развития
IMCI	- Integrated Management of Childhood Illness

## Введение

**Актуальность темы исследования.** Здоровье детей и подростков является ключевым индикатором социально-экономического развития и приоритетом национальной политики здравоохранения, что подчёркивается современными социально-гигиеническими и организационными работами последних лет [99, с. 1461–1472; 123, с. 1–12; 126, с. 1–120].

Детское здоровье формируется под влиянием комплекса биологических и медико-социальных детерминант, включая образовательный уровень родителей, условия проживания и микросоциум, что требует системных профилактических и межведомственных решений [1, с. 1–436; 2, с. 1–499; 13, с. 1–94; 121, с. 1–98; 124, с. 1–74].

Несмотря на внедрение современных подходов, ряд показателей заболеваемости у детей сохраняет тенденцию к росту, особенно по хроническим нозологиям и состояниям риска, что подтверждается данными клинико-эпидемиологических исследований последних лет [21, с. 26–34; 25, с. 1–364; 26, с. 1–364; 27, с. 1–351].

Значимую роль в формировании неблагоприятных исходов играют социальные факторы риска - неблагополучие семьи, ограниченный доступ к услугам и низкая медицинская активность родителей, что обосновывает необходимость адресных программ для уязвимых групп [42, с. 74–82; 44, с. 107–114; 54, с. 566–567].

Для практики ПМСП особенно актуальна интеграция медицинской помощи с социальным сопровождением, ранним выявлением уязвимых детей и профилактической работой в Центрах здоровья, что подтверждается анализами организации детской службы и результатов её модернизации [49, с. 131–137; 55, с. 19–24; 61, с. 1–24; 86, с. 18–24; 108, с. 1–188].

Эффективность такой интеграции зависит от наличия единых

методических подходов, алгоритмов межведомственного взаимодействия и подготовленных кадров, дефицит которых остаётся существенным ограничителем результативности [93, с. 88–99; 105, с. 1115–1129; 113, с. 245–252; 116, с. 1–52; 117, с. 1–48].

В совокупности эти обстоятельства обуславливают научную и практическую необходимость разработки и апробации интегрированной модели медико-социальной помощи детям в условиях городских Центров здоровья с последующей оценкой эффективности и алгоритмом масштабирования [100, с. 512–524; 104, с. 455–467; 107, с. 1–124; 108, с. 1–188; 115, с. 1–210].

### **Степень научной разработанности изучаемой проблемы.**

Проблема совершенствования системы медико-социальной помощи детям и подросткам в современных условиях Республики Таджикистан на сегодняшний день сохраняет высокую степень актуальности и межведомственного значения. Несмотря на значительные достижения национальной педиатрической службы, остаются недостаточно разработанными вопросы комплексного подхода к оценке здоровья детей, социального статуса семьи, факторов риска, а также организации профилактической и реабилитационной помощи в структуре Центров здоровья.

### **Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой.**

Тема настоящей диссертационной работы является фрагментом научно-исследовательских работ ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии», посвященных изучению темы «Состояние достоверности и динамики развития показателей здоровья детей в младенческом возрасте, и разработка научно-обоснованной методологии межсекторального подхода к её устойчивости в Республике Таджикистан» ГР № 0121TJ1090 (2021-2025 г.).

## **Общая характеристика исследования**

**Цель исследования.** Улучшить модель медико-социальной помощи детям в условиях городских центров здоровья г. Душанбе на основе многокомпонентного анализа.

### **Задачи исследования:**

1. Изучить медико-демографические и социальные факторы, влияющие на уровень и структуру заболеваемости детей в г. Душанбе.
2. Определить структуру детского населения по показателям медико-социального риска для выявления приоритетных факторов и обоснования профилактических мероприятий.
3. Разработать и внедрить схему медико-социальной помощи в условиях городских центров здоровья.
4. Оценить эффективность предложенной модели и выработать алгоритм рекомендации по ее усовершенствованию.

**Объект исследования.** Организация и функционирование системы медико-социальной помощи детям и подросткам в условиях Центров здоровья в структуре первичной медико-санитарной помощи г. Душанбе, включая деятельность профильных подразделений/специалистов по медико-социальному сопровождению, профилактике, раннему выявлению групп риска и междисциплинарному взаимодействию на базе ГЦЗ №10, №12 и №15.

**Предмет исследования.** Предметом исследования являлись медико-демографические и социальные факторы, которые оказывали влияние на уровень и структуру заболеваемости детей в г. Душанбе, медико-социальные факторы риска, показатели заболеваемости, отраслевые программы в сфере охраны здоровья матери и детей, результаты анкетирования руководителей медицинских организаций, родителей, специалистов, которые предоставляют

медицинскую помощь, ориентированное на формирование, сохранение и укрепление здоровья детей и подростков.

### **Научная новизна исследования.**

1. Впервые в условиях ГЦЗ №10, №12 и №15 г. Душанбе выполнен комплексный анализ медико-демографического профиля прикрепленного детского населения, показателей обращаемости и заболеваемости с выделением доминирующих медико-социальных факторов, определяющих нагрузку на ПМСП.
2. Проведена разделение детского населения по уровням медико-социального риска на основе стандартизированного обследования семей, показано, что доля детей группы высокого риска составляет 19,7%, а в структуре уязвимых контингентов преобладают дети из многодетных семей (51,2%) и неблагополучных семей (21,3%).
3. Обоснованы критерии и методические подходы к выделению уязвимых групп и ведению случая на уровне ГЦЗ, включая интеграцию результатов оценки риска в индивидуальные карты наблюдения и организацию динамического контроля.
4. Разработана и внедрена организационно-функциональная (интегрированная) модель медико-социальной помощи детям и подросткам в условиях ГЦЗ, включающая междисциплинарную команду, регламент распределения функций специалистов и стандартизированный алгоритм маршрутизации детей группы риска.
5. Разработаны инструменты организационного управления моделью: система мониторинга контингентов, обслуживаемых ОМСП, и механизм межведомственного взаимодействия при сопровождении уязвимых семей и подростков с факторами риска.
6. Разработан практический алгоритм внедрения и масштабирования модели ОМСП, адаптируемый для городских и районных организаций ПМСП

Республики Таджикистан при сохранении базовых организационных компонентов (структура службы, маршрутизация, мониторинг, межведомственные механизмы).

### **Теоретическая и научно-практическая значимость исследования.**

Полученные результаты о роли медико-социальных факторов в формировании заболеваемости, обращаемости и профилактического поведения детского и подросткового населения в условиях ГЦЗ расширяют научные основания для применения риск-ориентированного подхода в ПМСП, демонстрируя необходимость комплексной оценки социально-демографических и организационных факторов при интерпретации динамики показателей здоровья детей.

Научно-практическая значимость исследования определяется разработкой и внедрением организационно-функциональной (интегрированной) модели медико-социальной помощи детям и подросткам в условиях ГЦЗ, включающей междисциплинарную команду, регламент распределения функций специалистов, стандартизованную маршрутизацию детей группы риска и систему мониторинга контингентов, обслуживаемых ОМСП.

Результаты исследования имеют прикладное значение для организации деятельности ГЦЗ и иных учреждений ПМСП Республики Таджикистан, поскольку предложенные инструменты (стратификация риска, алгоритмы маршрутизации, регистры/мониторинг, межведомственные механизмы взаимодействия) могут быть использованы для планирования ресурсов, повышения адресности профилактических мероприятий, улучшения преемственности наблюдения и снижения доли “выпадающих” из поля зрения службы контингентов, особенно в подростковой группе. Разработанные организационные решения являются адаптируемыми и масштабируемыми, что позволяет применять их в различных территориальных условиях при сохранении базовых компонентов модели.

Практическое применение результатов исследования целесообразно в работе

руководителей и специалистов ГЦЗ, семейных врачей, участковых педиатров, психологов и социальных работников, а также при межведомственном взаимодействии с учреждениями образования и социальной защиты.

Материалы исследования могут быть использованы при разработке локальных регламентов и стандартных операционных процедур ОМСП, программ обучения персонала ПМСП, а также при совершенствовании региональных программ профилактики и сопровождения детей групп медико-социального риска.

#### **Положения, выносимые на защиту.**

1. Контингент детей, прикрепленных к ГЦЗ №10, №12 и №15 г. Душанбе, характеризуется значимой долей медико-социального риска; стратификация выявляет группу высокого риска 19,7%, при этом в структуре уязвимых контингентов доминируют дети из многодетных (51,2%) и неблагополучных (21,3%) семей.

2. Показатели заболеваемости и обращаемости в исследуемых ГЦЗ отражают высокую нагрузку на ПМСП, формируемую сочетанием клинических причин и медико-социальных детерминант; подростковая группа требует приоритетного организационного подхода из-за специфики обращаемости и барьеров доступа к помощи.

3. Организационно-функциональная модель ОМСП с междисциплинарной командой и стандартизированной маршрутизацией обеспечивает повышение управляемости ведения случая, усиление преемственности наблюдения и снижение вероятности “потери” ребёнка на этапах сопровождения.

**Степень достоверности результатов.** Достоверность полученных результатов обеспечена методологической обоснованностью исследования и комплексным характером использованных источников информации.

Надёжность выводов дополнительно подтверждается использованием мульти факторного анализа, позволившего установить количественные взаимосвязи между уровнем образования родителей, социальными условиями и частотой развития

отдельных нозологических форм у детского населения г. Душанбе, а также определить связи медико-социальных факторов с выявляемостью хронических заболеваний у детей для прогнозирования риска и профилактики.

**Соответствие диссертации паспорту научной специальности.** Область исследования данной работы соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 3.1.8. Педиатрия: подпункт 3.1. – Особенности роста физического, нервно-психического развития, состояния функциональных систем детей и подростков; подпункт 3.5 – Внутренние болезни детей и подростков. Распространенность, этиология, патогенез, наследственные факторы, клиника, диагностика, лечение, профилактика, реабилитация.

**Личный вклад соискателя ученой степени в исследование.** Личный вклад соискателя заключается в самостоятельном выполнении всех основных этапов исследования - от постановки задач и формирования программы наблюдений до внедрения организационной модели и подготовки практических рекомендаций. Соискателем проведён сбор и систематизация исходной информации по организации и функционированию медико-социальной помощи детям и подросткам в условиях ГЦЗ г. Душанбе (на базе ГЦЗ №10, №12 и №15), включая анализ медико-демографических и социальных факторов, влияющих на уровень и структуру заболеваемости, и выделение групп медико-социального риска для обоснования приоритетных профилактических мероприятий.

**Апробация и реализация результатов диссертации.** Основные результаты диссертационной работы, её принципиальные положения и практические рекомендации были обнародованы и обсуждены на научно-практических мероприятиях республиканского и международного уровня, в том числе на научно-практическом Конгрессе Научного общества детских хирургов, анестезиологов-реаниматологов Республики Таджикистан имени А.Т. Пулатова с участием международных экспертов на тему «Внедрение инновационной технологии в

педиатрии и детской хирургии» (Худжанд, 2025), ежегодной научно-практической конференции ГОУ «ИПОВСЗ РТ» «Единство науки и образования как инструмент повышения качества медицинской помощи» (Душанбе, 14 ноября 2025), Республиканской научно-практической конференции (VI-годовая), посвящённой Дню Президента и Государственному флагу Республики Таджикистан: «Достижения и перспективы развития медицинской науки и образования в Таджикистане» (Дангара, 2025), XII Евразийском конгрессе детских докторов «Ребёнок и общество: проблемы здоровья, развития и питания» (Бухара, 17–18 октября 2025), а также на Международном форуме по школьному питанию стран СНГ «Школьное питание – инвестиции в здоровое поколение нации» (Душанбе, 20–22 ноября 2025).

Результаты исследования и разработанная организационно-функциональная модель медико-социальной помощи использованы в практической деятельности городских центров здоровья г. Душанбе (ГЦЗ №10, №12 и №15) при совершенствовании подходов к выявлению уязвимых групп детей, маршрутизации и межведомственному взаимодействию, а также при подготовке методических предложений по оценке эффективности медико-социальной службы в условиях первичного звена здравоохранения.

**Публикации по теме диссертации.** По теме диссертации опубликовано 9 работ, в том числе 3 работы опубликованы в журналах, рекомендуемых ВАК при Президенте Республики Таджикистан, 6 в материалах научно-практических конференций.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация изложена на 154 страницах компьютерного текста. Состоит из введения, обзора литературы, 4 разделов собственных исследований, анализа и обобщения результатов, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 126 источников (из них 92 отечественных и 35 зарубежных). Работа содержит 18 таблиц и 18 рисунков.

## **ГЛАВА 1. Современное состояние и организационные основы направления медико-социальной помощи детям в системе первичной медико-санитарной помощи (обзор литературы)**

Особое место в системе охраны здоровья граждан занимает оказание первичной медико-санитарной помощи. Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения [22, с. 150-152; 23, с. 311-324; 24, с. 227-315; 54, с. 566-567; 63, с. 1-88; 92, с. 821-825]. Следует отметить, что проведенные научные и клинические исследования показывают, что состояние здоровья определяется в основном несколькими факторами: первая очередь — это образ жизни от 50 % до 55 %, окружающей средой 20-25 %, генетическими факторами 20 % и организацией медицинской помощи 15%. По данным Республиканского Центра медицинской статистики и информации «в 2021 г. в Республике Таджикистан повышается заболеваемость детей и подростков соматическими, нервно-психическими болезнями и так называемыми социопатиями - туберкулезом, а также заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, увеличивается число детей инвалидов» [61, с. 228-232; 65, с. 28-35; 67, с. 109-115; 81, с. 142-146; 83, с. 136-146; 85, с. 91-111; 88, с. 294-300; 91, с. 874-878].

Следует отметить, что «на 1 апреля 2021 года в органах социальной защиты населения состоят на учете 30 419 детей-инвалидов, которые составили около 20% от общего числа лиц с инвалидностью в стране. Одной из основных причин инвалидности детей с ограниченными возможностями являются патологии центральной нервной системы - 32,2%, психические расстройства -

11,9%, болезни органов чувств-13,9%, заболевания опорно-двигательного аппарата-14,6%. Необходимо отметить что с 2010 года по 2019 год отмечен рост показателя заболеваемости: всеми болезнями - на 29,4 %, инфекционными и паразитарными болезнями на 14,6 %, новообразованиями - в 1,7 раза, болезнями эндокринной системы, расстройствами питания, нарушениями обмена веществ и иммунитета - в 3 раза, болезнями крови - в 3,2 раза, болезнями нервной системы и органов чувств в 1,6 раза, болезнями системы кровообращения - в 3,6 раза, болезнями органов пищеварения - на 44,1 %, болезнями мочеполовой системы - в 4,6 раза, болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани - в 5 раза, врожденными аномалиями (пороками развития) (ВПР) - в 1,4 раза, травмы и отравления возросли на 22,4 %. Следовательно изучение охране здоровье детей и подростков является достаточно актуальной и должен способствовать решению вопросов лечение и реабилитации детей на основе анализа медико- социальное условия жизни ребенка на всех этапах проведения лечение и мониторинга» [3, с. 1562-1567; 7, с. 1-58; 13, с. 77-83; 16, с. 1-88; 28, с. 165-177; 30, с. 20-26; 35, с. 129-136; 37, с 88-104].

### **1.1. Роль первично медико-санитарной помощи в оздоровлении детского населения Республики Таджикистан**

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) рассматривается Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и детским фондом Организации Объединённых Наций ЮНИСЕФ как основа устойчивого развития систем здравоохранения и основной инструмент достижения целей в области охраны здоровья матери и детей. Её профилактическая направленность и ориентированность на потребности семей определяют уровень здоровья населения, включая детское, а также объём необходимой специализированной и стационарной помощи [29, с. 120-124; 42, с. 74-82; 44, 107-114; 47, с. 78-86; 73, 67-72; 76, с. 1-96].

Историческое развитие ПМСП и социальной педиатрии показывает, что здоровье детей всегда рассматривалось как важнейший индикатор благополучия населения. Существенную роль играют социально-экономические условия, уровень образования родителей, особенности воспитания и окружающая среда, в котором растёт ребёнок [6, с. 42-46; 21, с. 26-34; 36, с. 142-145; 40, с. 32-38; 67, с. 109-115; 68, с. 1-24]

Во времена формирования советской системы здравоохранения профилактическое направление ПМСП приобрело ключевое значение. В 1920–30-е годы в стране активно развивалась социальная гигиена, создавались кафедры по изучению здоровья матери и ребёнка, проводились крупные социально-гигиенические исследования [3, с. 1562-1567; 36, с. 142-145; 39, с. 1-60; 47, с. 78-86; 65, с. 28-35]. Приоритетными задачами стали санитарное просвещение, вакцинация и борьба с социальными детерминантами здоровья [28, с. 165-177, 30, с. 20-26, 36, с. 142-145; 72, с. 61-65].

Развитие ПМСП в Республике Таджикистан было неразрывно связано с подготовкой медицинских кадров, прежде всего врачей-педиатров и специалистов по профилактической медицине и общественному здравоохранению.

Согласно данным «в середине XX века в республике возросла потребность в подготовке врачей-педиатров. Из-за отсутствия педиатрического факультета в институте будущие педиатры готовились на лечебном факультете путём организации субординатуры при кафедре детских болезней, созданной в 1941 году» [22, с. 1-152; 23, с. 287-357; 25, с. 156-333; 26, с. 115-364; 27, с. 135-351].

В 1958/59 учебном году был впервые открыт педиатрический факультет, деканом которого стал доцент А.М. Пилосов, внесший большой вклад в его становление. Уже в первый год был проведён самостоятельный набор из 76

студентов. В 1960–1970-е годы факультет активно развивался, создавались новые кафедры: внутренних болезней (профессор М.Х. Бобоходжаев), детской хирургии (профессор А.Т. Пулатов) и другие [16, с. 1-88; 53, с. 1-59; 68, с. 1-24; 79, с. 80, с. 41-55; 91, с. 874-878].

За годы своей работы факультет подготовил более 6000 врачей-педиатров, многие из которых стали ведущими специалистами и учёными, внесшими значительный вклад в развитие национальной педиатрической службы [17, с. 84-93; 38, с. 100-300; 50, с. 186-191; 70, с. 67-73; 85, с. 91-111; 90, с. 5-14].

Наряду с подготовкой педиатров, важным направлением стало формирование национальной школы профилактической медицины.

Для подготовки специалистов были открыты новые кафедры: эпидемиологии, общей гигиены и экологии, гигиены окружающей среды [14, с. 523-532; 28, с. 165-177; 42, с. 74-82; 60, с. 198-207; 65, с. 28-35; 84, с. 65-71]. Эти подразделения создали условия для подготовки высококвалифицированных кадров, ориентированных на профилактику заболеваний и санитарно-эпидемиологическую безопасность.

Формирование педиатрического факультета и факультета общественного здравоохранения стало важнейшей частью исторического развития ПМСП в Таджикистане [5, с. 17-26; 15, с. 1-111; 18, с. 41-47; 48, с. 405-409; 80, с. 41-55; 90, с. 5-14]. Подготовка квалифицированных кадров позволила создать фундамент национальной педиатрической службы и санитарно-гигиенической практики, обеспечивших профилактическую направленность здравоохранения.

В постсоветский период развитие социальной педиатрии продолжилось, однако социально-экономические кризисы 1990-х годов резко ухудшили показатели здоровья детей.

Для Таджикистана, как и для других стран постсоветского пространства, актуальной задачей стало сохранение базовых принципов советской модели:

«доступность первичной и специализированной помощи, государственные гарантии бесплатного лечения, приоритет охраны материнства и детства, профилактическая направленность» [56, с. 51-57; 61, с. 228-232; 65, с. 28-35; 69, 144-148; 72, с. 61-65; 76, с. 1-96]. Эти принципы были закреплены в национальной политике и развиваются в современных условиях с учётом международных рекомендаций и вызовов глобального здравоохранения.

Современная концепция ПМСП, закреплённая в Декларации Астаны (2018) и Операционном каркасе ПМСП (2020), подчёркивает три взаимосвязанных компонента: комплексные услуги на протяжении всей жизни, многоотраслевую политику и участие общин [9, с. 103-107; 100, с. 512-524; 107, с. 10-124; 114, с. 2001-2013; 117, с. 1-48; 124, с. 1-74; 126, с. 23-120]. Для мониторинга внедрения используется Рамка измерений ПМСП и индикаторы (2022), включающая показатели доступности, качества и опыта пациентов [1, с. 203-436; 4, с.50-57; 5, с.17-26; 13, с. 15-94; 59, с. 806-812; 106, с. 1176-1188; 119, с. 1553-2025]. В отношении детей особое внимание уделяется стандартам качества помощи и ядру индикаторов ВОЗ [4, с. 50-57; 5, с. 17-26; 13, с. 9-94; 46, с. 879-880; 59, с. 806-812], ориентированных на снижение предотвратимой смертности и укрепление здоровья в раннем возрасте.

Для систематической оценки прогресса была разработана РНС Measurement Framework and Indicators (2022), позволяющая странам отслеживать доступность, качество и опыт пациентов в первичном звене [4, с. 50-57; 56, с. 51-57; 82, с. 106-111; 117, с. 31-45; 118, с. 75-90; 121, с. 85-93]. В сфере детского здоровья данные индикаторы охватывают вакцинацию, профилактику и раннее выявление заболеваний, чувствительных к амбулаторной помощи (например, пневмонии и диареи), а также контроль состояния питания и психосоциального развития [16, с. 1-88; 52, с. 1-64; 68, с. 1-24; 75, с. 120-162; 77, с. 1-60; 78, с. 1-10; 84, с. 65-71; 110, с. 370-377].

В Республике Таджикистан развитие ПМСП имеет особое значение, так как именно это звено обеспечивает до 80% всех контактов населения с системой здравоохранения. Кодекс здравоохранения РТ (2017, ред. 2024), а также Стратегия охраны здоровья населения Республики Таджикистан на период до 2030 года и План действий на 2024–2026 гг. определяют приоритеты укрепления первичного звена, повышения доступности и качества медицинской помощи детям, совершенствования кадрового обеспечения и механизмов финансирования [4, с. 50-57; 41, с. 90-96; 45, с. 87-93; 71, с. 22-34; 83, с. 136-146; 84, с. 65-71; 97, с. 49-55; 102, с. 185-190].

Значимым дополнением являются Стандарты ВОЗ по улучшению качества медицинской помощи детям и подросткам (2018) и «ядро» глобальных индикаторов качества (2022), которые определяют основные критерии безопасности, клинической эффективности и ориентированности на ребёнка и семью [119, с. 1050-2000]. Эти документы создают единые ориентиры для оценки эффективности ПМСП и позволяют странам выстраивать системы мониторинга, направленные на снижение предотвратимой детской смертности и улучшение показателей здоровья [20, с. 5-8; 48, с. 405-409; 60, с. 198-207; 68, с. 1-24; 71, с. 22-34; 86, с. 18-24; 99, с. 1461-1472; 108, с. 1-188].

Согласно последним данным UN IGME (2024), Таджикистан достиг заметного прогресса в снижении младенческой и детской смертности, однако сохраняются вызовы, связанные с региональными и социально-экономическими различиями [4, с. 50-57; 13, с. 85-93; 58, с. 15-21; 71, с. 22-34; 94, с. 976404; 105, с. 1115-1129]. Анализ Обзора системы здравоохранения ВОЗ (2025) и результатов Health Labour Market Analysis (2024) показывает необходимость укрепления кадрового потенциала семейных врачей и педиатров, внедрения современных технологий (цифровые алгоритмы ИМСИ, системы электронного

мониторинга) и расширения межсекторального сотрудничества [29, с. 120-124; 48, с. 405-409; 61, с. 228-232; 71, с. 22-34; 95, с. 1170-1179; 122, с. 2-37].

Несмотря на значительный прогресс последних десятилетий, здоровье детей во всём мире продолжает сталкиваться с рядом вызовов, связанных с неравенством доступа к медицинской помощи, социально-экономическими факторами и изменением структуры заболеваемости. Согласно последнему отчёту UN IGME (2024), в 2023 году глобальный уровень смертности детей до пяти лет снизился до 37 на 1000 живорождений, однако в странах с низким и средним уровнем дохода сохраняются существенные различия: в самых уязвимых сообществах этот показатель в 5–10 раз выше, чем в развитых странах [13, с. 82-94; 98, с. 47-57; 111, с. 194-202; 120, с. 80-89].

Недавний многострениговой анализ, опубликованный в Lancet Global Health (2024), показал, что расширение охвата ПМСП напрямую связано с более быстрым снижением смертности у детей раннего возраста. Авторы отмечают, что доступность первичной помощи является одним из ключевых факторов снижения показателей постнеонатальной смертности и смертности детей в возрасте от одного месяца до пяти лет [55, с. 19-24; 73, с. 67-72; 86, с. 18-24; 93, с. 88-89; 96, с. 1-12; 100, с. 512-524; 101, с. 301-307]. В то же время сохраняется проблема неравенства: как показало исследование None и соавт. (2024), в странах с ограниченными ресурсами дети из беднейших семей имеют в два-три раза более высокий риск преждевременной смерти по сравнению с детьми из наиболее обеспеченных групп [44, с. 107-114; 55, с. 19-24; 73, с. 67-72; 81, с. 142-146; 90, с. 5-14; 92, с. 821-825; 103, с. 71-75].

В структуре заболеваемости детей в последние годы возросла роль хронических неинфекционных заболеваний, нарушений питания и психосоциальных расстройств. При этом инфекционные болезни, такие как пневмония и диарея, остаются ведущими причинами предотвратимой

смертности в возрасте до пяти лет. Исследования показывают, что эффективное ведение этих заболеваний в условиях ПМСП может значительно сократить число госпитализаций и смертельных исходов [13, с. 83-91; 61, с. 228-232; 63, с. 74-88; 68, с. 5-20; 72, с. 61-65; 93, 88-99]. Дополнительным вызовом является распространение антибиотикорезистентности, что требует внедрения современных стандартов диагностики и лечения на уровне первичного звена [12, с. 70-73; 19, с. 17-23; 61, с. 228-232; 104, с. 455-467].

Для Таджикистана данные тенденции имеют особую актуальность. Согласно обзору системы здравоохранения ВОЗ (2025), страна добилась заметных успехов в снижении младенческой и детской смертности, однако сохраняются региональные различия и кадровый дефицит в сфере педиатрической и семейной медицины [3, с. 1562-1567; 4, с. 50-57; 18, с. 41-47; 67, с. 109-115; 68, с. 15-22; 92, с. 821-845]. Анализ рынка труда в здравоохранении (2024) показывает необходимость укрепления кадрового потенциала ПМСП, особенно в сельских районах, где наиболее остро ощущается нехватка квалифицированных специалистов [84, с. 65-71; 115, с. 117-205].

Таким образом, современные вызовы в охране здоровья детей связаны с необходимостью одновременного решения двух задач: поддержания успехов в снижении инфекционной смертности и развития систем профилактики, направленных на борьбу с хроническими и социально обусловленными заболеваниями. Решение этих задач требует укрепления первичного звена здравоохранения, внедрения современных международных стандартов качества и создания устойчивой кадровой базы, способной обеспечить равный доступ к услугам для всех детей [4, с. 50-57; 5, с. 17-26; 61, с. 228-232; 66, с. 204-208].

ПМСП является основой современной системы здравоохранения и играет ключевую роль в охране здоровья детского населения. Исторический опыт

показывает, что именно профилактическая направленность и социально-гигиенический подход позволяли достигать значимых результатов в снижении младенческой и детской смертности, укреплении здоровья детей и формировании кадрового потенциала для педиатрической службы [20, с. 5-8; 59, с. 806-812; 68, с. 15-22; 86, с. 18-24; 91, с. 884-878].

Современные международные рамки, закреплённые в Декларации Астаны (2018), Операционном каркасе ПМСП (2020) и Рамке измерений ПМСП (2022), определяют приоритетность комплексных услуг, межсекторального взаимодействия и активного участия общин [21, с. 26-34; 39, с. 43-58; 41, с. 90-96; 56, с. 51-57; 69, с. 144-148; 117, с. 21-40; 118, с. 55-85; 121, с. 90-98]. Эти ориентиры подчёркивают, что здоровье детей должно рассматриваться не только как результат медицинских вмешательств, но и как показатель социальной справедливости и устойчивости системы здравоохранения [21, с. 36-34, 22, с. 152, 23, с. 372, 48, с. 405-409, 69, с. 144-148, 71, с. 22-34].

Республика Таджикистан, сохранив базовые принципы советской модели, в последние годы последовательно реализует политику укрепления ПМСП. Принятие Кодекса здравоохранения (2017, с изменениями 2024 г.), утверждение Стратегии здравоохранения до 2030 года и Плана действий на 2024–2026 годы свидетельствуют о стратегическом подходе государства к развитию первичного звена, подготовке кадров и повышению качества медицинской помощи детям [4, с. 50-57; 5, с. 17-26; 37, с. 88-104; 45, с. 87-93; 71, с. 22-34; 83, с. 136-146; 112, с. 20-42].

Вместе с тем сохраняются вызовы, требующие системных решений. Среди них – «региональные различия в доступности услуг, кадровый дефицит, высокая нагрузка на врачей-педиатров, рост хронических и социально обусловленных заболеваний, а также угрозы, связанные с антибиотикорезистентностью. Эти проблемы требуют укрепления кадрового

потенциала, внедрения цифровых технологий (ИВБДВ, электронные регистры пациентов), а также развития программ по профилактике и здоровому образу жизни» [6, с. 42-46; 29, с. 120-124; 54, с. 566-567; 68, с. 15-22; 82, с. 106-111; 92, с. 821-825].

Таким образом, будущее детского здравоохранения в Таджикистане зависит от способности системы ПМСП одновременно сохранять успехи в снижении инфекционной смертности и адаптироваться к новым вызовам. Решение этих задач возможно только при интеграции международных стандартов качества, развитии меж секторального сотрудничества и обеспечении равного доступа всех детей к медицинским услугам [79, с. 15-20; 80, с. 41-45].

## **1.2. Детское и подростковое здоровье в Республике Таджикистан в контексте ЦУР-2030 и национальных программ**

Здоровье детей и подростков является важнейшим индикатором социально-экономического развития общества и одним из приоритетов национальной политики здравоохранения Республики Таджикистан. Вклад этой демографической группы в будущее страны трудно переоценить: именно они составляют значительную часть населения и определяют долгосрочные перспективы человеческого капитала. При этом дети и подростки относятся к наиболее уязвимой части общества, поскольку подвержены влиянию множества биологических, социальных и поведенческих факторов, а их состояние здоровья напрямую связано с качеством медицинской помощи, условиями питания и уровнем жизни населения [22, с. 100-145; 25, с. 225-278; 26, с. 200-241; 27, с.300-350; 66, с. 204-208; 83, с.136-146; 109, с. 58-61].

Научные исследования и клинические наблюдения показывают, что, несмотря на внедрение новых методов лечения и использование современных

диагностических технологий, уровень заболеваемости среди детей продолжает демонстрировать тенденцию к росту из года в год. Следует отметить, что повышению показателей заболеваемости среди детей и подростков способствует целый ряд факторов, устранение которых требует значительных усилий со стороны специалистов учреждений здравоохранения и других соответствующих структур [22, с. 131-140; 23, с. 157-311; 25, с. 134-341; 26, с. 253-321; 27, с. 240-347; 66, с. 204-208]. Анализ свидетельствует, что с учётом возрастных особенностей детей после введения стандартизированных протоколов диагностики и лечения уровень заболеваемости по ряду нозологий снизился, а состояние здоровья отдельных возрастных групп улучшилось. Согласно статистическим данным, представленным ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, после модернизации структуры здравоохранения и внедрения новых методов диагностики и лечения отмечено снижение частоты ряда заболеваний, в том числе воспалительных и септических процессов, болезней желудочно-кишечного тракта, патологии ЛОР-органов и др. Вместе с тем, наряду с достигнутыми успехами, сохраняется тенденция к увеличению заболеваемости в отдельных группах, особенно среди подростков старших возрастных категорий. Наибольший рост отмечается по таким нозологиям, как метаболические расстройства, ожирение, сахарный диабет, заболевания нервной системы, патология почек и мочевыводящих путей. Следует подчеркнуть, что аналогичные тенденции фиксируются и в исследованиях зарубежных авторов: рост числа пациентов в отдельных группах связан с увеличением частоты травматических повреждений, химических интоксикаций и нейрохирургической патологии [20, с. 5-8, 26, с.364]

Международное сообщество давно признало приоритетное значение охраны здоровья матери и ребёнка. Основу современной концепции составила Алма-Атинская декларация о ПМСП (1978), закрепившая принцип «здоровье для всех» и сделавшая ПМСП краеугольным камнем национальных систем здравоохранения [33, с.56-58; 100, 512-524; 107, с. 115-123; 124, с. 66-73; 126, с. 97-120]. Спустя сорок лет положения этого документа были обновлены в Декларации Астаны (2018), где подчёркивается необходимость универсального охвата услугами здравоохранения, межсекторального взаимодействия и активного участия сообществ [13, с. 82-94; 16, с. 1-88; 53, с. 1-71; 54, с. 566-567; 64, с. 216-221; 124, с. 1-74]. В Европейском регионе ВОЗ, к которому относится и Таджикистан, стратегическим ориентиром выступает Европейская программа работы «Здоровье и благополучие для всех» (EPW 2020–2025), определяющая три главных приоритета: достижение всеобщего охвата медицинскими услугами, защита населения от чрезвычайных ситуаций и укрепление здоровья на протяжении всей жизни [5, с. 17-26; 30, с. 20-26; 54, с. 566-567; 59, с. 806-812; 76, с. 1-96; 92, с. 821-825].

Одну из главных роль в адаптации международных рамочных документов к национальным условиям играет Государственное учреждение «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» (ГУ РНКЦП и ДХ), созданное Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 01.10.2008 №482. Центр является ведущим научно-методическим и клиническим учреждением страны в сфере охраны здоровья детей и подростков. Его деятельность направлена на проведение прикладных и эпидемиологических исследований, разработку национальных клинических протоколов и внедрение международных стандартов в практику педиатрической помощи.

За последние годы Центр реализовал ряд масштабных исследований, включая изучение питания женщин и детей (2009), анализ причин младенческой смертности (2012), оценку качества питания (2016) и мониторинг структуры детской смертности за период 2017–2021 гг. Результаты этих работ стали основой для совершенствования государственных программ в сфере материнского и детского здоровья.

Для Республики Таджикистан вопросы охраны здоровья детей и подростков приобретают особую актуальность в контексте реализации Целей устойчивого развития (ЦУР-2030), особенно цели 3, направленной на обеспечение здоровой жизни и содействие благополучию для всех. Ключевые целевые показатели включают сокращение младенческой смертности до менее 12 на 1000 живорождений и смертности детей до пяти лет до менее 25 на 1000 живорождений, а также ликвидацию всех форм недоедания [88, с. 291-300; 93, с. 88-99].

За последние годы республика достигла определённого прогресса: согласно данным DHS-2023, младенческая смертность снизилась до 22,9 на 1000 живорождений, а смертность детей до пяти лет - до 27 на 1000 живорождений [5, с. 17-26; 13, с. 75-94; 21, с. 26-38; 72, с. 60-65; 93, с. 88-99]. Однако эти показатели всё ещё выше средних значений для Европейского региона ВОЗ. При этом сохраняются серьёзные вызовы: задержка роста у детей составляет 18%, анемия поражает более трети детей и женщин репродуктивного возраста, а лишь около половины детей 6–23 месяцев получают минимально разнообразный рацион питания [3, с. 1560-1570; 16, с. 75-88; 48, с. 400-412; 62, с. 1-59; 77, 1-60; 93, с. 88-99].

Не менее значимой проблемой выступает рост неинфекционных заболеваний (НИЗ) и факторов риска. По данным инициативы ВОЗ COSI, уже в младшем школьном возрасте фиксируются как случаи ожирения (1,4%), так и

недостаточности питания (6,0%) [13, с. 83-94; 16, с. 15-85; 63, с. 1-88; 64, с. 210-211; 66, с. 200-208; 77, с. 24-55]. Таким образом, страна сталкивается с «двойным бременем питания», характерным для стран со средним уровнем дохода [3, с. 1562-1567; 28, с. 160-175; 64, с. 210-221].

Все эти факторы обуславливают высокую актуальность изучения здоровья детей и подростков в Таджикистане в контексте ЦУР-2030 и национальных программ. С одной стороны, страна демонстрирует позитивные сдвиги по снижению смертности и охвату вакцинацией, с другой - сохраняются некоторые вызовы системы здравоохранения, в частности, среди детей: проблемы питания, роста НИЗ и др. В этой связи анализ современных вызовов и национальных стратегий приобретает особое значение, поскольку позволяет выработать научно обоснованные рекомендации для дальнейшего развития системы здравоохранения.

Одним из ключевых факторов, оказывающих влияние на здоровье детей и подростков, являются условия обучения в школьный период, и анализ их воздействия имеет принципиальное значение. Научные наблюдения в этой области показывают, что в зависимости от продолжительности занятий и качества перерывов к концу учебного дня у значительной части школьников и подростков выявляются функциональные изменения со стороны нервной системы, что сопровождается ростом хронических заболеваний. Установлено, что в старших возрастных группах распространённость хронической патологии в таких условиях может возрастать на 24%, особенно при нарушении режима дня и несоблюдении гигиенических требований в учебных заведениях [13, с. 53-71; 20, с. 3-10; 40, с. 30-40; 42, с. 70-81; 61, с. 225-230; 73, с. 63-71].

Для оценки состояния здоровья школьников и выработки профилактических мер проведено множество исследований в образовательных учреждениях. В их рамках изучались влияние рациона питания, несоответствие

учебного процесса санитарно-гигиеническим нормативам, перегрузка занятиями и недостаточный отдых, что оказывало негативное влияние на физическое и психическое здоровье подростков. На основе этих исследований были сформированы методические рекомендации для специалистов системы образования и здравоохранения [6, с. 42-46; 20, с. 5-8; 30, с. 20-26; 33, с. 56-58; 42, с. 74-82; 75, с. 25-162]. В совокупности каждый из перечисленных факторов способен оказывать негативное воздействие на показатели здоровья детей и подростков.

Таким образом, продолжительность учебных занятий, наличие достаточных перерывов и обеспечение здорового питания напрямую отражаются на статистических показателях состояния здоровья. В ряде научных работ, посвящённых анализу факторов риска для здоровья детей и подростков, подчёркивается важность профилактических мер и межсекторального подхода в образовательной среде [5, с. 17-26; 13, с. 85-93. 19, с. 17-23., 20, с. 4-8, 57, с.5-12].

К числу наиболее значимых поведенческих факторов риска для здоровья подростков относятся употребление алкоголя, табака, наркотических веществ, сладких газированных напитков, продуктов с высоким содержанием сахара и жиров, а также энергетических напитков [34, с. 76-77].

По данным исследования STEPS-2017, у подростков и молодёжи Таджикистана фиксируется рост распространённости артериальной гипертензии, избыточной массы тела и недостаточной физической активности, что формирует высокий риск развития сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваний уже в молодом возрасте. Дополнительным вызовом является нерациональное питание: DHS-2023 показало, что лишь около половины детей 6–23 месяцев получают минимально разнообразный рацион, а среди женщин

репродуктивного возраста уровень анемии превышает 24% [3, с. 1562-1567; 48, с. 405-409; 62, с. 50-58; 92, с. 820-825; 93, с. 88-90].

В последние годы в системе здравоохранения и образования Таджикистана предпринимаются шаги для укрепления школьного здоровья, что согласуется с международным опытом. В частности, Стратегия школьного питания до 2027 года и «Программа профилактики ожирения и формирования здорового питания в Республике Таджикистан на 2019–2024 гг.» направлены на улучшение качества рациона и формирование правильных пищевых привычек у школьников [16, с. 10-66; 53, с. 41-57; 54, с. 458-563; 64, с. 216-230; 77, с. 35-73; 78, с. 1-10]. По данным COSI (2016/2017 и 2019), в младшем школьном возрасте уже наблюдается двойное бремя питания: дефицит массы тела (6,0%) и избыточный вес (6,1%), ожирение - 1,4% [16, с. 1-75; 21, с. 26-34; 39, с. 47-58; 72, с. 61-65; 77, с. 1-60; 123, с. 1-12]. Это подчёркивает необходимость интеграции образовательных и медицинских инициатив в единую межсекторальную стратегию, включающую питание, физическую активность и профилактику зависимостей.

Особую актуальность этот подход приобретает в контексте ЦУР-2030, где одним из индикаторов является ликвидация всех форм недоедания и снижение бремени НИЗ [15, с. 10-111; 59, с. 800-812; 100, с. 510-525; 105, с. 1110-1121; 107, с. 87-120; 113, с. 245-260]. Для достижения этих целей необходимо усиление взаимодействия между секторами образования, здравоохранения и социальной защиты, а также внедрение регулярного мониторинга здоровья школьников с использованием международных инструментов ВОЗ (HBSC, COSI, STEPS).

Здоровье детей и подростков в значительной степени определяется уровнем детской инвалидности, которая оказывает прямое влияние на статистические показатели здоровья данной возрастной группы [23, с. 349-370;

24, с. 157-247; 25, с. 155-267; 26, с. 300-358; 27, с. 271-330; 28, с. 160-177; 61, с. 220-237; 65, с. 17-31; 67, с. 101-114; 81, с. 140-147; 83, с.131-140; 85, с. 88-110; 88, с. 290-300]. Анализ последних лет показывает противоречивые тенденции: общее число лиц с инвалидностью в ряде стран снижалось, однако доля детей с ограниченными возможностями увеличивалась более чем на 30% [61, с. 220-235; 65, с. 20-45; 67, с. 100-115; 81, с. 141-150; 83, с. 132-147; 88, с. 273-285; 91, с. 871-880]. В Таджикистане, по данным Агентства социальной защиты населения при МЗ и СЗН РТ, только за первое полугодие 2021 года на учёте находилось свыше 30 тысяч детей с инвалидностью, что составило около 20% от общего числа инвалидов в стране. Для сравнения: в 2017 году под наблюдением находилось 25 тысяч детей с инвалидностью, а ежегодно впервые признавались ограниченно дееспособными до 8,5% [61, с. 200-240; 65, с. 20-35; 67, с. 100-115; 81, с. 140-146; 83, с. 125-146; 85, с. 90-110; 88, с. 265-296].

В структуре детской инвалидности ведущие позиции занимают психические расстройства, поведенческие нарушения, заболевания центральной нервной системы и врождённые аномалии развития, на долю которых приходится более половины всех случаев. Отдельные исследования указывают на рост эндокринной патологии, в том числе заболеваний, связанных с метаболическими нарушениями и ожирением [13, с. 76-94; 21, с. 26-34; 53, с. 1-71; 90, с. 1-14; 93, с. 80-99]. Эти тенденции коррелируют с данными ВОЗ: по результатам COSI-Таджикистан (2019), у школьников 6–7 лет фиксируется как дефицит массы тела (6,0%), так и избыточный вес (6,1%), ожирение составляет 1,4% [16, с.1-88; 54, с. 560-567; 64, с. 216-221; 77, с. 1-77; 78, с. 1-10]. Подобный «двойной профиль» питания увеличивает риск формирования инвалидизирующих хронических заболеваний в подростковом возрасте.

К числу значимых причин инвалидности относятся также нарушения зрения и болезни опорно-двигательного аппарата, которые в исследованиях

последних лет стабильно занимают 3–4 места по распространённости. По данным Республиканского центра медицинской статистики и информационных технологий, в 2021 году врождённые аномалии развития были диагностированы у 1565 новорождённых (1,1% всех случаев), среди недоношенных - у 4,2%. Эти патологии являются одной из ведущих причин как детской инвалидности, так и младенческой смертности [67, с. 100-115; 81, с. 142-146; 83, с. 130-10; 85, с. 73-110; 88, с. 280-298; 91, с. 874-878].

Важно отметить, что после внедрения нормативных документов и клинических протоколов в ряде направлений наблюдается снижение инвалидности. Так, в Таджикистане показатели инвалидности, связанные с травмами и отравлениями, уменьшились почти на 19%, а по туберкулёзу - на 18%. Эти данные согласуются с выводами ВОЗ и Всемирного банка, которые подчёркивают: системные меры по профилактике и лечению в рамках ПМСП способны снижать нагрузку на систему здравоохранения и уровень инвалидности уязвимых групп населения [65, с. 28-35; 67, с. 109-115; 81, с. 142-146; 88, с. 294-300; 91, с. 874-878].

Таким образом, структура и динамика детской инвалидности в Таджикистане во многом повторяют региональные тенденции, но имеют свои особенности - высокий вклад врождённых аномалий, метаболических и эндокринных нарушений. Для снижения её уровня необходимо проведение углублённых исследований причин инвалидности, межсекторальные меры профилактики и дальнейшее развитие программ ранней диагностики, реабилитации и социальной интеграции.

Одним из важнейших направлений снижения уровня детской инвалидности является проведение мероприятий по оздоровлению женщин репродуктивного возраста и ранняя постановка беременных на учёт для антенатального наблюдения. Проведение скринингов и лабораторно-

инструментальных исследований в первые недели беременности, а также диспансерное наблюдение женщин из групп высокого риска позволяют своевременно выявлять наследственные заболевания и предупреждать рождение детей с врождёнными аномалиями развития [8, с. 49-54; 38, с. 147-278; 50, с. 186-191; 61, с. 228-232; 66, с. 204-208; 72, с. 61-65]. В этом контексте особое значение приобретает правильно организованная система дородовой диагностики на всех этапах, а также наличие современных перинатальных центров. В Таджикистане строительство и введение в эксплуатацию новых перинатальных центров в городах Куляб и Бохтар (Хатлонская область) позволило снизить уровень материнской смертности в регионе, улучшив качество наблюдения за беременными и новорождёнными [15, с. 55-111; 38, с. 205-287; 41, с. 90-95].

Следует подчеркнуть, что рост детской инвалидности во многом связан и с пересмотром критериев живорождения. С 2008 года в стране официально применяется показатель с 22 недель беременности и массой плода от 500 граммов, что привело к увеличению числа новорождённых с экстремально низкой массой тела, требующих интенсивного наблюдения и специализированного ухода. Как показывают международные данные ВОЗ, именно эта группа детей имеет наиболее высокий риск формирования инвалидизирующих состояний [13, с. 67-90; 54, с. 560-567; 61, с. 228-232; 64, с. 216-221; 92, с.821-825; 93, с. 88-99]. Для обеспечения оптимального развития таких новорождённых необходим высокий уровень профессиональной подготовки медицинского персонала и внедрение современных клинических протоколов.

По статистическим данным «Республиканского центра медицинской статистики и информационных технологий МЗ и СЗН РТ, ежегодно в стране рождается более 1500 детей с врождёнными аномалиями развития, при этом до

28% случаев приходится на врождённые пороки сердца. Эти заболевания являются одной из ведущих причин как детской инвалидности, так и младенческой смертности» [61, с. 228-232; 65, с. 28-35; 67, с. 109-115; 81, с. 142-146; 88, с. 294-300; 91, с. 874-878]. В ответ на данную проблему центры репродуктивного здоровья в республике усилили работу по дородовому консультированию, скринингу беременных и просветительской деятельности среди женщин фертильного возраста.

В структуре инвалидности у детей школьного возраста особое место занимают травмы различного генеза, заболевания почек, эндокринные нарушения и болезни желудочно-кишечного тракта, особенно после перенесённых хирургических вмешательств [8, с. 49-54; 13, с. 85-94; 17, с. 84-93; 38, с. 265-271; 54, с. 560-567; 61, с. 228-232]. Одновременно многочисленные исследования подчёркивают значимость социальных и экономических факторов: уровень материального обеспечения семьи, образ жизни родителей и их приверженность к здоровым привычкам прямо коррелируют с риском инвалидности у детей [61, с. 227-235; 65, с. 28-35; 67, с. 109-115; 81, с. 142-146; 83, с. 136-146; 85, с. 72-100; 88, с. 194-300; 91, с. 87-888].

Так, данные РНКЦП и ДХ МЗ и СЗН РТ показали, что среди 600 пациентов, проходивших курс реабилитационного лечения, 53% происходили из социально уязвимых семей, где неблагоприятные условия жизни усугубляли течение хронических заболеваний [13, с. 33-68; 20, с. 3-8; 36, с. 142-145; 47, с. 78-86; 54, с. 566-567; 73, с. 67-72]. Эти данные согласуются с результатами Всемирного банка и ВОЗ, которые указывают, что социальные детерминанты здоровья (бедность, неравенство, низкий доступ к медицинским услугам) существенно повышают риск инвалидизации детей [13, с. 23-92; 20, с. 5-8; 47, с. 78-86; 59, с. 806-812; 73, с. 67-72; 86, с. 18-24].

Снижение уровня детской инвалидности требует не только медицинских, но и социальных мер, реализуемых на основе межсекторального взаимодействия. Совместная работа структур здравоохранения, социальной защиты, образования и местных органов власти является необходимым условием для формирования системы ранней диагностики, реабилитации и социальной интеграции. Международный опыт (в частности, Российской Федерации и стран Европы) показывает, что внедрение комплексных программ школьного здоровья, семейного консультирования и социальной поддержки позволяет существенно сократить уровень инвалидности среди детей [61, с. 200-232; 65, с. 20-31; 67, с. 109-115; 81, с. 142-146; 83, с. 136-146; 85, с. 92-110; 88, с. 294-300; 91, 870-875].

Несмотря на проведённую модернизацию службы охраны материнства и детства и внедрение новых клинических протоколов, по данным официальной статистики, в Таджикистане ежегодно умирает более 4 тысяч детей от различных заболеваний. В то же время положительная динамика всё же прослеживается: показатель смертности детей снизился почти на 29% - с 5,5 тысяч случаев в 2010 году до 3,8 тысяч в 2024 году, что связано с внедрением отраслевых программ по охране материнства и детства, развитием перинатальных центров и расширением охвата вакцинацией [22, с. 147-152; 23, с. 235-265, 25, с. 134-152; 26, с. 257-300; 27, с. 300-351].

Таким образом, снижение уровня детской инвалидности возможно только при комплексном подходе: улучшении качества антенатального наблюдения, совершенствовании системы дородовой диагностики, развитии перинатальных технологий, социальной поддержке уязвимых семей и обеспечении межсекторального взаимодействия. Эти меры не только уменьшают бремя инвалидности, но и способствуют реализации целей ЦУР-2030 в части снижения младенческой смертности и укрепления здоровья детей.

Специализированная медицинская помощь, включая высокотехнологичную, оказывается детям как педиатрами, так и узкими специалистами в условиях круглосуточных и дневных стационаров. «Этот вид помощи включает профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих применения специальных методов и сложных медицинских технологий, а также проведение медицинской реабилитации» [39, с. 12-60; 50, с. 186-191; 60, с. 198-207; 63, с. 71-80; 67, с. 109-115; 68, с. 3-24].

Важно подчеркнуть, что экстренная помощь может оказываться как на месте происшествия, вне медицинской организации, так и во время транспортировки пациента в лечебное учреждение [31, с. 85-89; 39, с. 21-60; 43, с. 9-12; 44, с. 107-114; 45, с. 87-93; 88, с. 294-300].

В Республике Таджикистан сформирована трёхуровневая система охраны материнства и детства, «которая обеспечивает преемственность оказания помощи от уровня первичной медико-санитарной помощи до специализированных республиканских центров. В последние годы особое внимание уделяется развитию службы скорой помощи, укреплению материально-технической базы и подготовке кадров, что соответствует рекомендациям ВОЗ по построению устойчивых систем неотложной помощи» [5, с. 17-26; 13, с. 30-94; 41, с. 90-96; 51, с. 242-245; 71, с. 22-34; 83, с. 136-146].

В рамках реализации государственных программ по развитию здравоохранения, особенно в части, касающейся охраны здоровья матери и ребёнка и планирования семьи, вопросы организации и качества медицинских услуг регулярно обсуждаются на заседаниях руководителей городов и районов страны, где вырабатываются предложения по устранению выявленных недостатков [4, с. 50-57; 21, с. 26-34; 39, с. 1-60; 56, с. 51-57; 67, с. 109-115; 69, с. 144-148].

С первых лет независимости в Таджикистане для улучшения состояния здравоохранения и снижения материнской и детской смертности было принято более 20 стратегий, программ и планов, что позволило повысить качество медицинских услуг и добиться снижения смертности [33, с. 56-58; 39, с. 1-60; 47, с. 76-86; 56, с. 51-57; 69, с. 144-148; 71, с. 22-34]. После принятия нормативно-правовых актов и клинических протоколов, направленных на улучшение оказания медицинской помощи детям и подросткам, фиксируется не только снижение смертности, но и сокращение уровня инвалидности. В этой связи важным шагом стало принятие Национальной программы реабилитации инвалидов в Республике Таджикистан на 2021–2025 гг., которая стала ориентиром для специалистов в данной области.

Анализ научной и клинической литературы подтверждает, что, несмотря на рост числа хронических заболеваний среди детей и подростков, показатели младенческой и детской смертности заметно снизились, что напрямую связано с реализацией целевых государственных программ в области охраны материнства и детства. Вместе с тем сохраняется тенденция к росту отдельных групп заболеваний, что обусловлено изменением образа жизни, увеличением влияния неблагоприятных факторов окружающей среды и поведенческими рисками.

Особое значение имеет деятельность Центра по внедрению цифровых систем - SCOP CODA и национального регистра врождённых аномалий, что соответствует задачам ЦУР-3 (снижение детской смертности, профилактика НИЗ, всеобщий охват услугами).

Благодаря своей аналитической и методической работе РНКЦП и ДХ обеспечивает устойчивую интеграцию национальных и международных программ (DHS-2023, COSI, STEPS, EPW 2020–2025) в государственную систему здравоохранения, что позволяет добиваться снижения смертности, инвалидности и улучшения качества жизни детей и подростков в Таджикистане

[61, с. 228-232; 65, с. 28-35; 67, с. 109-115; 81, с. 142-146; 83, с. 136-146; 88, с. 249-300; 91, с. 874-878].

Для дальнейшего прогресса особое значение приобретает формирование здорового образа жизни у детей и подростков, а также повышение медицинской грамотности родителей. Именно эти меры позволяют снизить риски хронической патологии, укрепить здоровье подрастающего поколения и обеспечить достижение целевых индикаторов ЦУР-2030 [40, с. 32-38; 83, с. 136-146; 100, с. 512-524; 105, с. 1115-1129; 107, с. 115-124; 113, с. 245-252].

### **1.3. Медико-социальные аспекты детской инвалидности и пути улучшения в условиях центров ПМСП**

Несмотря на достижение современной технологии до сих пор одной из актуальной проблемой здравоохранения является вопросы детской инвалидности как в мировом масштабе, так и в условиях Таджикистана. Согласно данным ВОЗ, количество людей с ограниченными возможностями в мире составляет около 1 млрд людей, что в процентном эквиваленте около 15% населения земли, включая около 100 миллион детей, которые составляют 5% от структуры детского населения [22, с. 100-152; 23, с. 270-341; 24, с. 173-236; 25, с. 345-364; 26, с. 241-287; 27, с. 156-263].

Согласно последним данным ЮНИСЕФ, в ближайшее время общее число детей с ограниченными возможностями может достигать более 240 миллионов детей, что включает каждого десятого ребенка. Данные дети будут испытывать множественные ограничения в сфере здравоохранения, социальной защиты и образования по сравнению с другими детьми без ограниченных возможностей [4, с.50-57; 18, с. 41-47; 44, с. 107-114; 55, с. 19-24; 56, с. 51-57; 81, с. 142-146].

Вследствие данная ситуация ведет не только с страданиями самих детей, но и к социальным и экономическим последствиям таким образом влияя

демографические показатели и нагрузки в системе здравоохранения и социальной защиты населения. По этой причине вопросы интеграции детей с ОВ в общество и оказания им соответствующей помощи является одним из приоритетных задач в рамках реализации ЦУР ООН [15, с. 100-111; 31, с. 85-89; 100, с. 512-524; 105, с. 1115-1129; 107, 107, с. 100-124; 113, с. 245-252].

В РТ по данным РЦМСИ показатели детской инвалидности является ниже, чем среднемировые, что обосновано несколькими факторами. В республике зарегистрировано около 25-26 тысяч детей с ОВ, что составляет 0,8% от общего количество детской популяции. С каждым годом данные показатели увеличиваются, за период 2010-2016 гг. число детей с ОВ возрасла на 857 человек [23, с. 300-372; 26, с. 287-360; 27, с. 205-345; 38, с. 105-276].

К началу 2025 года общее число детей с ОВ достигает 28 000 тысяч детей и ежегодно регистрируется около 1300-1500 новых случаев детской инвалидности [27, с. 205-351; 28, с. 165-177].

Этот фактор – высокое распространение родственных браков – является серьезной социальной причиной ВПР в стране. С января 2016 года браки между близкими родственниками законодательно запрещены в РТ, что направлено на профилактику наследственных форм инвалидности [19, с. 17-23; 85, с. 45-98].

Помимо генетических причин, в структуре детской заболеваемости, приводящей к инвалидности, значительную роль играют перинатальные патологические влияния, инфекционные заболевания и травмы. В целом, сохраняющаяся актуальность проблемы детской инвалидности в Таджикистане обусловлена как ростом выявляемости инвалидизации детей, так и тем фактом, что эти дети остаются одной из наиболее уязвимых категорий населения с точки зрения здоровья и социальных возможностей [18, с. 25-55; 71, с. 22-34; 85, с. 37-56].

Структура причин инвалидности у детей характеризуется преобладанием

неврологических и психических нарушений, а также ВПР. По данным исследования в г. Душанбе (2014–2018 гг.), первое место среди заболеваний, обусловивших инвалидность у детей разных возрастных групп, занимают болезни нервной системы; на втором месте – психические расстройства; на третьем – врожденные аномалии и хромосомные нарушения [65, с. 28-35; 85, с. 57-68; 91, с. 734-778].

При этом среди ВПР наибольший удельный вес имеют пороки сердца, а генетические синдромы (например, синдром Дауна) встречаются реже [18, с. 41-47; 19, с. 17-23; 85, с. 70-85].

В указанном исследовании показано, что более третьей всех детей-инвалидов приходилось на возраст 5–9 лет, несколько меньше – на возраст 10–14 лет; к подростковому возрасту (15–17 лет) число новых случаев несколько снижалось [48, с. 405-409; 85, с. 91-111; 91, с. 860-875].

Это может отражать как накопление выявленных нарушений к началу школьного периода, так и трудности диагностики некоторых состояний в раннем детстве. В целом, значимость поражений нервной системы максимальна у детей 5–9 лет, тогда как ВПР и психические нарушения нарастают с возрастом и примерно одинаково часты до подросткового периода [18, с. 41-47; 48, с. 405-409; 70, с. 67-73; 85, с. 91-111; 91, с. 874-878].

Другие исследования также подтверждают, что ведущими нозологическими формами, приводящими к инвалидности в детском возрасте, являются детский церебральный паралич и другие поражения ЦНС, умственная отсталость, аутизм, ВПР (сердца, нервной трубки и др.), а также сенсорные нарушения (нарушения слуха, зрения) и тяжелые хронические болезни. В Таджикистане существенную долю случаев составляют врожденные формы инвалидности – по данным Минздрава РТ, около 36,5% детей-инвалидов имеют врожденные нарушения развития [65, с. 28-35; 67, с. 109-115; 81, с. 142-146; 85,

с. 91-111; 88, с. 294-300; 91, с. 874-878].

Наряду с этим, примерно четверть (25%) случаев инвалидности у детей связана с несчастными случаями и травмами – например, травмы опорно-двигательного аппарата, черепно-мозговые травмы, ожоги и др. Остальные случаи обусловлены приобретенными заболеваниями (онкологические болезни, тяжелые формы инфекций, осложнения соматических болезней и др.). Такая структура указывает на необходимость комплексных мер профилактики – от охраны материнского и репродуктивного здоровья до предотвращения детского травматизма [18, с. 41-47; 65, с. 28-35; 85, с. 91-111; 91, с. 874-878].

Риск возникновения инвалидности у ребенка формируется под влиянием как биомедицинских, так и социальных детерминант. Биологические факторы включают состояние здоровья матери во время беременности, генетические особенности родителей (наличие наследственных заболеваний, близкое родство), протекание родов и состояние новорождённого. Известно, что недостаточное медицинское наблюдение в период беременности и родовспоможения приводит к увеличению числа перинатальных осложнений (родовая травма, асфиксия новорождённых, экстремально низкая масса тела при рождении), которые нередко влекут за собой стойкие нарушения развития нервной системы у выживших детей (например, детский церебральный паралич, эпилепсия, умственная отсталость). Инфекционные заболевания в раннем возрасте также являются значимыми причинами инвалидизирующих осложнений: нейроинфекции (менингит, энцефалит) могут приводить к глухоте, эпилепсии, когнитивным нарушениям; полиомиелит вызывает необратимые параличи; перенесённая корьевая инфекция может дать осложнение в виде энцефалита; вирус краснухи у беременной способен вызвать у плода синдром врожденной краснухи с глухотой, катарактой и пороком сердца. Во многом благодаря широкому охвату профилактическими прививками в мире удалось

резко уменьшить число детей, ставших инвалидами вследствие полиомиелита, кори, краснухи и других вакцин управляемых инфекций. По данным ВОЗ, иммунизация – один из самых эффективных способов снизить детскую смертность и инвалидность: ежегодно вакцинация спасает миллионы жизней и предохраняет еще большее число людей от болезней и связанных с ними нарушений здоровья [18, с. 41-47; 71, с. 22-34; 85, с. 91-111; 117, с. 23-48; 125, с. 54-63].

Таким образом, укрепление программ иммунизации напрямую способствует сокращению инвалидизации детей, позволяя им вырасти здоровыми взрослыми [117, с. 33-40; 125, с.35-60].

Помимо медицинских причин, большую роль играют социально-экономические факторы риска. Неблагоприятные условия жизни, бедность, низкий образовательный уровень родителей и недостаточная гигиена существенно повышают вероятность как болезней, так и запоздалого выявления отклонений в развитии ребенка. В Таджикистане, несмотря на снижение общей бедности в последние годы, детская бедность остается острой проблемой [2, с. 430-436; 3, с. 385-499; 116, с. 1-52].

Каждый пятый ребенок до 5 лет страдает от хронического недоедания (низкорослости), каждый четвертый – от анемии, каждый десятый имеет дефицит веса [2, с. 367-421].

Хроническое недоедание (кахексия, алиментарный дефицит микронутриентов) в раннем возрасте приводит к нарушению развития мозга, ослаблению иммунитета и повышенному риску инвалидирующих заболеваний. Например, дефицит йода у беременных и детей раннего возраста исторически был причиной врожденного кретинизма (тяжелой умственной отсталости) в горных регионах, пока не были внедрены программы йодирования соли. Таким образом, улучшение питания и ликвидация микронутриентных

дефицитов – важные меры профилактики инвалидности. К социальным факторам риска также относятся стигматизация и скрывание ребенком своих проблем в семье. В некоторых случаях родители по разным причинам (страх осуждения, незнание) поздно обращаются за медицинской помощью при заметных отклонениях в развитии ребенка. Это упущенное время ведет к более тяжелым последствиям, поскольку раннее вмешательство наиболее эффективно. Также отмечается тенденция, что инвалидность непропорционально затрагивает наиболее уязвимые слои населения – семьи с низким доходом, проживающие в отдаленных сельских районах, и т.д. [2, с.400-499; 3, с. 1562-1567; 63, с. 1-86; 64, с. 216-221].

Бедность и недостаток доступа к качественной медицине могут как непосредственно способствовать заболеванию (через недоедание, плохие санитарные условия), так и ограничивать возможности реабилитации и обучения ребенка с ОВЗ. Например, в сельской местности отсутствуют многие специализированные услуги, и детям-инвалидам сложнее получать регулярное наблюдение врачей-специалистов. Кроме того, вооруженные конфликты и чрезвычайные ситуации (стихийные бедствия) также приводят к увеличению числа детей с травмами и психическими травмами, однако, к счастью, Таджикистан в последние годы не испытывал широкомасштабных конфликтов, влияющих на детей [2, с. 400-499; 3, с. 1562-1567; 88, с. 294-300; 91, с. 874-878].

Система первичной медико-санитарной помощи играет ключевую роль в системе мероприятий по предотвращению детской инвалидности, раннему выявлению нарушений и долгосрочному сопровождению детей с ОВЗ. Именно на уровне ПМСП – в поликлиниках, центрах здоровья, семейных амбулаториях – ребенок проходит большинство профилактических осмотров и иммунизаций, начиная с рождения [68, с. 1-24; 87, с. 95-177; 117, с. 1-48; 124, с. 1-74; 126, с. 100-120].

В практике педиатрической службы предусмотрено динамическое наблюдение за развитием ребенка: педиатры или врачи общей практики проводят периодические осмотры, оценивая физическое и психомоторное развитие, слух, зрение, речевые навыки. Такое диспансерное наблюдение позволяет заметить признаки отклонений (задержка развития, моторные нарушения, подозрение на ДЦП, ВПР) на ранней стадии. Очень важно, чтобы врачи ПМСП были обучены скринингу развития и умели пользоваться простыми тестами для выявления риска аутизма, тугоухости, нарушений зрения у малышей. Ранняя диагностика дает шанс начать коррекционно-реабилитационные мероприятия в наиболее пластичном, «критическом» периоде развития мозга, что может существенно снизить тяжесть последующей инвалидности [48, с. 405-409; 50, с. 186-191; 87, с. 91-177; 91, с. 874-878; 119, с. 2020-2025].

Первичная медико-санитарная помощь важна и в аспекте профилактики заболеваний, ведущих к инвалидности. ПМСП осуществляет вакцинацию детей, тем самым предотвращая те самые инфекционные болезни, которые раньше калечили тысячи детей (полиомиелит, корь, эпидемический паротит, туберкулез и др.) [53, с. 1-71; 117, с. 1-48; 124, с. 1-74; 126, с.83-120]. Кроме того, врачи ПМСП проводят санитарно-просветительскую работу с семьями – обучение матерей правилам ухода за ребенком, гигиене, рациональному питанию, профилактике травматизма. Например, патронаж новорожденных и детей первого года жизни медсестрой или врачом центра здоровья позволяет выявлять социально неблагополучные семьи, где ребенок в группе риска по ненадлежащему уходу, и вовремя привлекать социальные службы для поддержки [12, с. 70-73; 54, с. 566-567; 68, с. 1-24; 72, с. 61-65; 87, с. 1-177]. Современная концепция «медицинского домашнего визитирования» и программ развития навыков родительства также реализуется на уровне ПМСП. В

Таджикистане с участием международных партнеров внедряются программы раннего развития и ЗОЖ для молодых матерей, которые помогают улучшить навыки ухода и воспитания детей, что в итоге снижает риск запущенных заболеваний и травм. Важной задачей ПМСП является и профилактика детского травматизма: в поликлиниках проводятся беседы о безопасности дома, предупреждении падений, ожогов, утоплений; в сотрудничестве с образованием могут внедряться школьные программы профилактики травм и обучения навыкам первой помощи детям [12, с. 70-73; 54, с. 566-567; 68, с. 1-24; 72, с. 61-65; 87, с. 100-177].

Когда у ребенка уже имеются ограничения здоровья, именно первичное звено часто становится координатором его дальнейшего ведения. В условиях центров ПМСП осуществляется диспансерное наблюдение детей-инвалидов совместно со специалистами. Исследования в г. Душанбе показали, что менее половины (41%) детей-инвалидов получают лечение в условиях стационара, тогда как большинство наблюдаются амбулаторно врачами-специалистами в городских центрах здоровья [49, с. 131-137; 61, с. 228-232; 67, с. 109-115; 87, с. 1-177; 88, с. 294-300; 91, с. 874-878].

Следовательно, основная масса детей с инвалидностью живет дома и посещает ПМСП для консультаций, процедур и контроля состояния. При этом для тяжелобольных детей, не способных посещать медучреждение, в Таджикистане практикуется стационар на дому: около 12% лежачих детей получают медицинскую помощь на дому [8, с. 49-54; 29, с. 120-124; 65, с. 28-35; 88, с. 294-300; 91, с. 874-878].

Это также координируется службами ПМСП совместно с социальными работниками. Кроме того, центры ПМСП направляют детей по показаниям в реабилитационные центры: согласно данным, около 9,7% детей-инвалидов проходят курс восстановительного лечения в реабилитационных центрах [6, с.

42-46; 10, с. 33-38; 11, с. 36-41; 73, с. 67-72; 74, с. 108-115; 87, с. 65-177].

Здесь также прослеживается важность связи между поликлиникой и специализированной реабилитацией. Таким образом, роль первичного звена многоаспектна – от профилактики и скрининга до диспансерного наблюдения, координации реабилитации и содействия социальной интеграции (например, через выдачу заключений для медико-социальной экспертизы, направление в специальные образовательные учреждения, консультирование семей). Укрепление потенциала ПМСП в этих направлениях способно существенно улучшить исходы для детей с ОВЗ [22, с. 97-152; 23, с. 205-372; 24, с. 300-368; 117, с. 1-48; 118, с. 1-92; 121, с. 1-98].

Несмотря на перечисленные трудности, в Таджикистане и других странах предпринимаются шаги по созданию эффективных моделей помощи детям-инвалидам на базе сообществ и ПМСП. Один из ключевых подходов, зарекомендовавших себя в мире – система раннего вмешательства (early intervention). Раннее вмешательство представляет собой междисциплинарную помощь детям с отклонениями развития от рождения до 3 лет, направленную на максимальное развитие их способностей и поддержку семьи. В Таджикистане элементы системы раннего вмешательства начали развиваться с 2010-х годов при поддержке международных организаций. Еще в 2010 году Минздрав РТ совместно с Лигой женщин-инвалидов «Иштирок» провел первую конференцию по раннему вмешательству, где была подчеркнута важность межведомственного подхода и поддержки семьи с самого раннего этапа [44, с. 107-114; 49, с. 139-137; 81, с. 142-146; 88, с. 294-300].

Международный опыт показывает, что подобные центры, функционирующие при поликлиниках или отдельно, значительно улучшают прогноз для детей с ОВЗ. В таких центрах проводятся занятия по развитию моторики, речи, обучению родителей навыкам ухода и стимулирования ребенка.

Результаты исследований убедительно доказали: чем раньше начата программа помощи, тем лучше исходы – раннее начало реабилитации является залогом будущего успеха ребенка [8, с. 49-54; 29, с. 120-124; 48, с. 405-409].

Другой важный компонент – инклюзивное образование на уровне сообщества. В последние годы Таджикистан делает шаги к тому, чтобы дети с инвалидностью могли обучаться вместе со сверстниками. В 2011 году была принята Национальная концепция инклюзивного образования, а в конце 2024 года правительство утвердило обновленную концепцию развития инклюзивного образования [6, с. 42-464; 10, с. 33-48; 11, с. 36-41; 19, 40, с. 32-38; 73, с. 67-72; 74, с. 108-115; 89, с. 55-62].

Это открывает двери для равного обучения каждого ребенка, вне зависимости от его возможностей. Международная практика (например, опыт ряда стран Восточной Европы и Центральной Азии) показывает, что при определенных условиях большинство детей с особыми потребностями могут успешно учиться в массовой школе. Необходимы только разумное приспособление среды (пандусы, специальные парты, учебные материалы шрифтом Брайля или в простой форме) и подготовка педагогов к дифференцированному подходу. Уже сейчас в Таджикистане при поддержке ЮНИСЕФ и других партнеров в некоторых школах устанавливаются пандусы, оборудуются доступные туалеты, внедряются программы обучения учителей навыкам работы с особенными детьми [11, с. 36-41; 12, с. 70-73; 15, с. 1-111; 20, с. 5-8; 69, с. 144-148; 73, с. 67-72; 74, с. 108-115].

На уровне ПМСП в ряде стран успешно применяется модель «врачебного дома» (medical home) для детей с особыми потребностями. Эта концепция, рекомендованная педиатрическими ассоциациями, предполагает, что у каждого ребенка-инвалида есть закрепленная междисциплинарная команда, возглавляемая врачом первичного звена, которая координирует все аспекты

помощи – от медицинского лечения до соцслужб и обучения. В условиях Таджикистана элементы такой модели начинают реализовываться через создание отделений медико-социальной помощи в структуре центров здоровья. Уже есть пилотные проекты интеграции социальных работников непосредственно в поликлиники, чтобы семья могла получить и медицинскую, и социальную консультацию в одном месте. Такой опыт существует, например, в городах Душанбе и Худжанд, где при детских поликлиниках работают службы сопровождения семей, имеющих детей-инвалидов. Они помогают оформлять документы, направлять в реабилитационные учреждения, проводят психосоциальную поддержку родителей. Подобный комплексный подход на уровне сообщества соответствует и международным рекомендациям – модели общественно-ориентированной реабилитации (CBR, Community-Based Rehabilitation), продвигаемой ВОЗ и ЮНЕСКО [7, с. 1-58; 10, с. 33-38; 20, с. 5-8; 32, с. 203-210; 81, с. 142-146; 113, с. 245-252; 117, с. 1-48; 118, с. 1-92; 121, с. 1-98].

В современных условиях важно использовать цифровые инструменты для отслеживания эффективности помощи детям с ОВ. Следует создать единый регистр детей-инвалидов с возможностью отслеживать всю историю оказанных услуг – медицинских, образовательных, реабилитационных. Такой регистр, интегрированный с информационными системами ПМСП, позволит видеть, сколько детей нуждается в той или иной услуге, своевременно ли они прошли необходимые обследования, получали ли технические средства реабилитации. На основе данных регистра можно проводить анализ результатов (например, доли детей, пошедших в школу, охвата реабилитацией, динамики состояния здоровья) [117, с. 1-48; 119, с. 2020-2025; 121, с. 1-98]. Также перспективно внедрение электронных медицинских карт с модулями для детей с ОВЗ, куда врачи ПМСП могли бы вносить индивидуальные планы реабилитации и

развития. Цифровой мониторинг облегчает межведомственный обмен: например, педиатр сможет увидеть, посещает ли ребенок детский сад или получает ли соцпособие. Внедрение таких систем потребует усилий, но принесет прозрачность и управляемость процесса помощи. Кроме того, на национальном уровне важно проводить регулярные исследования и сбор статистики по детской инвалидности (включая причины, условия жизни, потребности семей) – это поможет выработать обоснованные стратегии [1, с. 237-436; 2, с. 251-499; 22, с. 35-152; 23, 150- 372; 24, с. 100-368; 25, с. 230-364; 26, с. 214-364; 27, с. 105-351].

Укрепление поддержки семьи и адресных программ. Семья, воспитывающая ребенка-инвалида, должна быть в центре внимания системы. Рекомендуются развивать сети «Школ родителей» на базе центров здоровья, где семьи могли бы получать знания о развитии ребенка, обмениваться опытом. Создание родительских клубов, групп поддержки при поликлиниках поможет преодолеть чувство изоляции у родителей и будет способствовать обмену полезной информацией (например, о доступных ресурсах). Необходимо расширять практику социального патронажа семей: регулярные визиты соцработника или патронажной медсестры к семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации, позволят своевременно выявлять проблемы (например, риск отказа от ребенка, депрессия у матери) и решать их. Также важно развивать услуги временной передышки для родителей (*respite care*) – создание центров дневного пребывания или краткосрочного пребывания, где родители могут оставить ребенка-инвалида на попечение специалистов на несколько часов или дней [34, с. 76-77; 40, с. 32-38; 41, с.90-96; 57, 5-12; 61, с. 228-232; 65, с. 28-35; 83, с. 136-146].

В заключение следует подчеркнуть, что проблема детской инвалидности многогранна – она затрагивает медицину, образование, социальную сферу,

права человека. Для ее решения нужен холистический подход государства и общества. Таджикистан, как и многие страны, постепенно переориентируется на интегрированные медико-социальные услуги и инклюзивные практики. Международный и национальный опыт показывают, что инвестиции в раннее выявление, в укрепление ПМСП и межведомственную координацию приносят значимые плоды: дети с ограниченными возможностями здоровья получают шанс реализовать свой потенциал, а общество – здоровое и активное новое поколение. Продолжая совершенствовать механизмы помощи – от тренинга кадров до цифрового мониторинга – страна сможет существенно улучшить качество жизни детей-инвалидов и их семей, обеспечить их полноценную интеграцию и тем самым выполнить свои гуманные и социальные обязательства перед самыми уязвимыми маленькими гражданами.

## **ГЛАВА 2. Материалы и методы исследования**

### **2.1. Дизайн и этапы исследования.**

Данное исследование было выполнено за период 2020-2024 годы в учреждениях ПМСП г. Душанбе. Было выполнено медико-социальное, многоуровневое исследование с применением ретроспективных и проспективных, описательных и аналитических методов.

Работа включает несколько этапов исследования:

I – этап – ретроспективный анализ медико-демографических показателей, структуру заболеваемости и организации ПМСП детям в г. Душанбе за период 2020-2024 гг.

II – этап – детальный анализ деятельности медико-социальной помощи в условиях ГЦЗ №10, №12 и №15 г. Душанбе, оценка характеристик детей группы риска, показатели заболеваемости, диспансерного наблюдения и реабилитации детей.

III – этап – разработка, внедрение и оценка эффективности интегрированной модели медико-социальной помощи детям в условиях ГЦЗ с последующим сравнением до и после внедрения (с центрами с функционирующими и без функционирования медико-социальной помощи).

### **2.2. Социально-демографическая характеристика исследования.**

Исследование проведено в городе Душанбе, столице Республики Таджикистан, являющемся крупнейшим политическим, экономическим, научно-образовательным центром страны.

Город Душанбе расположен в Гиссарской долине площадью 126,6 км<sup>2</sup>, на высоте 750-930 метров, по обе стороны реки Душанбинки (в верхнем течении реки Варзоб).

В городе 4 административные районы: Шохмансур, Фирдавси, И.Сомони,

Сино.

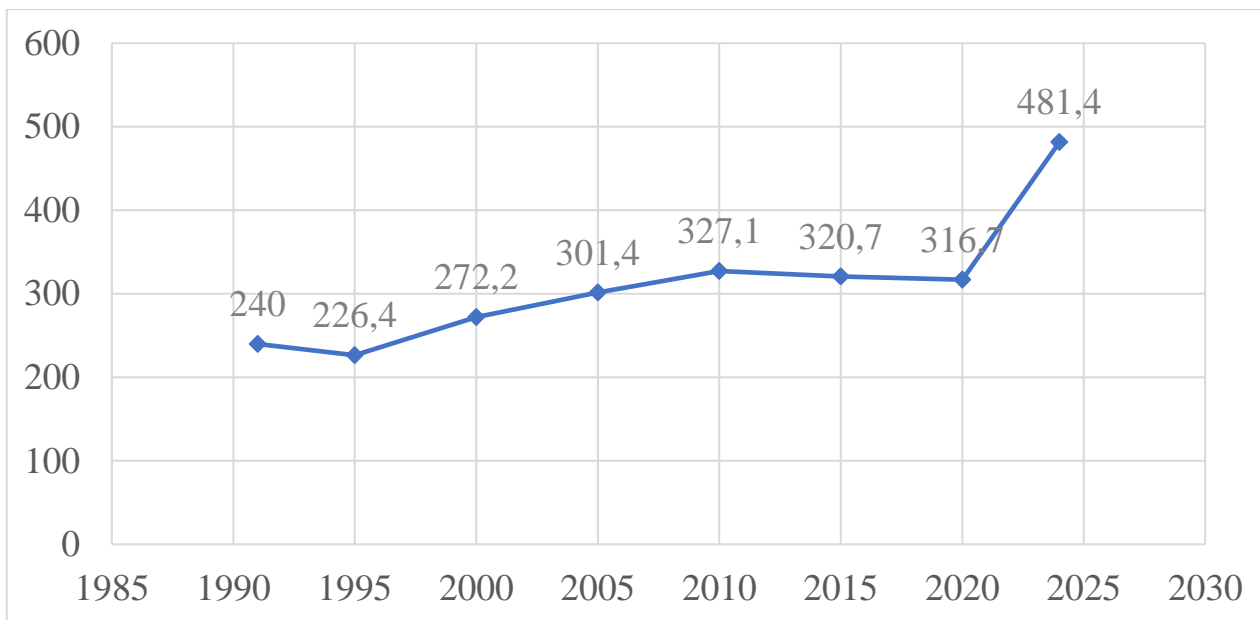
Душанбе является крупнейшим по численности населения городом Республики Таджикистан. По данным Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан, по состоянию на 01.01.2024 численность постоянного населения города составила 1 242,6 тыс. человек, что соответствует примерно 12,5% населения республики (около 1/8). Существенную долю составляют дети и подростки: численность населения в возрасте 0–18 лет достигла 481,4 тыс. человек, что эквивалентно 38,7% от общей численности жителей города. По сравнению с другими регионами страны Душанбе характеризуется высокой плотностью населения, активными миграционными потоками внутри страны и выраженными различиями по уровню социально-экономического развития (таблица 2.1).

**Таблица 2.1. - Численность постоянного населения города Душанбе за период 1991-2024 гг. (тысяч человек)**

Год	0–4 года, тыс.	5–9 лет, тыс.	10–14 лет, тыс.	15–18 лет, тыс.	Всего населения, тыс.	Средний возраст, лет
1991	72,1	59,5	50,8	57,6	584,3	27,9
1995	67,2	62,6	49,4	47,2	511,9	25,6
2000	75,1	70,5	65,6	61,0	564,0	24,2
2005	77,6	77,6	71,7	74,5	630,0	24,63
2010	79,5	77,3	80,0	90,3	711,2	25,2
2015	75,4	79,4	77,2	88,7	788,6	26,3
2020	75,4	75,4	79,4	86,5	863,4	28,49
2024	112,9	126,1	126,0	116,4	1242,6	–

За период 1991–2024 гг. численность населения Душанбе увеличилась с 584,3 тыс. до 1 242,6 тыс. человек. В начале 1990-х годов отмечалось кратковременное снижение численности населения (до 511,9 тыс. в 1995 г.), после чего сформировалась устойчивая тенденция роста, связанная с естественным приростом и внутренней миграцией. Доля населения в возрасте

0–18 лет на протяжении всего периода оставалась высокой: она снизилась с 41,1% в 1991 г. до 38,7% в 2024 г. Сохраняющаяся значительная представленность детско-подростковой группы определяет повышенную потребность в ресурсах первичной медико-санитарной помощи и педиатрической службы города (рисунок 2.1.).



**Рисунок 2.1. – Динамика численности детского населения города Душанбе за период 1991-2024 гг.**

Для города Душанбе характерны относительно высокие показатели рождаемости (20,1‰) и естественного прироста (17,8‰) по сравнению с другими городами страны. Одновременно отмечается тенденция к снижению младенческой и детской смертности, что связано с поэтапным совершенствованием системы здравоохранения, в том числе службы охраны материнства и детства. Как видно из рисунка 2.1, численность населения 0–19 лет в целом увеличилась с 240,0 тыс. (1991 г.) до 481,4 тыс. (2024 г.), при этом в 1991–1995 гг. отмечалось кратковременное снижение (до 226,4 тыс.), а в 2024 г. - выраженный прирост по сравнению с 2020 г. (с 316,7 тыс. до 481,4 тыс.).

### **2.3. Характеристика контингента и базы исследования**

Базой для настоящего исследования явились ГЦЗ №10, 12 и 15 города

Душанбе, входящие в общую структуру 15 ГЦЗ и обеспечивающее ПМСП детскому населению столицы. Выбор вышеуказанных учреждений опирается на их территориальную доступность, высокой нагрузкой на педиатрическую службу и функционированием подразделений медико-социальной помощи детям (таблица 2.2.).

**Таблица 2.2. – Характеристика ГЦЗ г. Душанбе включенных в исследования**

ГЦЗ	Административный район	Численность прикрепленного населения, п	Детей 0–18 лет, п	Доля детей, %	Наличие отделения медико-социальной помощи	Особенности (дневной стационар, раннее вмешательство и т.п.)
ГЦЗ № 10	Сино	105171	33527	31,9	+	4
ГЦЗ № 12	Сино	77 461	19850	25,6	+	4
ГЦЗ № 15	Фирдавс и	56461	18686	33,1	+	4

По данным ГЦЗ, численность населения, проживающего на территории обслуживания ГЦЗ №10, составляет 105 171 человек, из них детей до 1 года – 1573, до 5 лет – 8880, до 18 лет – 33 527 человек. На территории обслуживания ГЦЗ № 12, составляет 77 461 человек, из них детей до 1 года – 999, до 5 лет – 4892, до 18 лет – 19 850 человек. Население, прикрепленное к ГЦЗ № 15, составляет 56 461 человек, в том числе детей до 1 года – 1017, до 5 лет – 5499, до 18 лет – 18 686 человек, среди них выделяется также группа лиц с ограниченными возможностями, включая 230, 210 и 140 детей соответственно. Таким образом, каждый из центров обслуживает значительный контингент детского населения, что определяет высокую нагрузку на систему ПМСП.

Особое место в структуре исследования занимает контингент детей групп социального риска, наблюдаемых в подразделениях медико-социальной

помощи. К ним относились: дети из многодетных семей, социально неблагополучных семей, дети, находящиеся под опекой, дети-инвалиды, несовершеннолетние правонарушители, а также дети юных матерей (таблица 2.3).

**Таблица 2.3. – Распределения детей по группам медико-социального риска**

Группа детей/семей	ГЦЗ 10 (n=33 527), n (%)	ГЦЗ 12 (n=19 850), n (%)	ГЦЗ 15 (n=18 686), n (%)	Всего (n=72 063), n (%)	p (между ГЦЗ)
Дети из многодетных семей	457 (1,36)	393 (1,98) $p_1 < 0,001$	378 (2,02) $p_1 < 0,001$ $p_2 = 0,763$	1228 (1,70)	0,000
Дети из социально неблагополучных семей	249 (0,74)	148 (0,75)	139 (0,74)	536 (0,74)	0,999
Дети, находящиеся под опекой	57 (0,17)	34 (0,17)	32 (0,17)	123 (0,17)	0,999
Дети-инвалиды	230 (0,69)	210 (1,06) $p_1 < 0,001$	140 (0,75) $p_1 = 0,003$ $p_2 = 0,409$	580 (0,81)	0,000
Дети юных матерей	1 (0,00)	1 (0,01)	0 (0,00)	2 (0,00)	1,000
Несовершеннолетние правонарушители	15 (0,04)	16 (0,08)	10 (0,05)	41 (0,06)	0,238
<b>Всего</b>	<b>1009 (3,01)</b>	<b>802 (4,04)</b> $p_1 < 0,001$	<b>699 (3,74)</b> $p_1 < 0,001$ $p_2 = 0,129$	<b>2510 (3,48)</b>	<b>0,000</b>

Примечание: p - статистическая значимость различий долей между ГЦЗ (критерий  $\chi^2$  Пирсона для таблиц 3×2); для категории «дети юных матерей» применён точный мультиномиальный тест (из-за крайне малых частот);  $p_1$  - при сравнении с ГЦЗ 10,  $p_2$  - при сравнении с ГЦЗ 12 (p-значение после коррекции множественных сравнений методом Holm)

По данным за 2020 г. в ГЦЗ № 10, 12 и 15 под наблюдением подразделений медико-социальной помощи находилось 298 многодетных семей (1228 детей), 259 социально неблагополучных семей (536 детей), 41 несовершеннолетних правонарушителей и 580 детей-инвалидов. Данный контингент характеризуется сочетанием медицинских и выраженных социально-психологических проблем, что требовало включения в исследование именно этих категорий детей.

Возрастная структура детей, состоящих на учёте в подразделениях медико-социальной помощи ГЦЗ № 10, 12 и 15, свидетельствует о преобладании школьников, прежде всего учащихся начальных классов (1–4), доля которых в отдельных центрах превышала половину наблюдаемого контингента (до 56–58 %). Дошкольники 4–7 лет составляли порядка 9–12 %, подростки 15–17 лет – до четверти наблюдаемого контингента (23–27 %), тогда как доля детей раннего возраста (до 3 лет) была относительно невелика (около 4–6 %). Такая структура отражает, с одной стороны, активный запрос на медико-социальное сопровождение школьников, а с другой – недостаточную обращаемость семей с детьми раннего возраста.

В динамике работы ГЦЗ № 10, 12 и 15 за 2020–2024 гг. отмечается значительное увеличение числа детей и подростков, охваченных медико-социальными услугами. За указанный период общее число пациентов, принятых семейными врачами, возросло с 2453 до 4290 человек, при этом количество детей и подростков увеличилось с 987 до 1965 человек. Существенно возросло число детей из многодетных и социально неблагополучных семей, часто болеющих детей и детей-инвалидов, получивших комплекс консультаций и реабилитационных мероприятий; увеличилось также количество психологических консультаций (с 345 до 689 в год) и медико-социальных патронажей (с 234 до 665). Эти данные свидетельствуют о растущей востребованности медико-социальной помощи и о расширении охвата детей групп риска.

#### **2.4. Методы исследования**

Исследование выполнено с использованием комплекса медико-статистических, организационно-функциональных, клинико-социальных и социологических методов, что обеспечило всестороннюю оценку организации и эффективности медико-социальной помощи детям в условиях городских

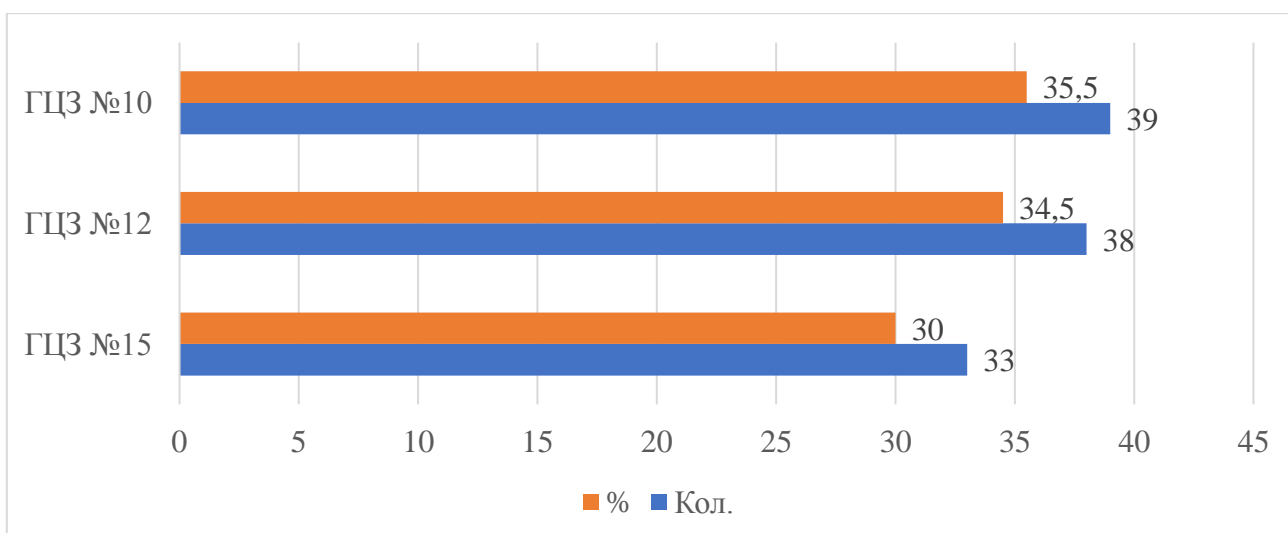
центров здоровья г. Душанбе. Такой подход позволил одновременно изучить документированные показатели деятельности службы, клинико-социальные особенности детского контингента и субъективные оценки родителей/опекунов.

В качестве исходной информационной базы использовалась официальная отчётно-учётная документация городских центров здоровья № 10, 12 и 15 г. Душанбе, а также сводные данные органов здравоохранения и статистики. Проводился ретроспективный и проспективный анализ годовых и квартальных отчётов ГЦЗ, включающих сведения о численности прикрепленного населения, уровнях общей и первичной заболеваемости детей, структуре хронической патологии, объёмах диспансерного наблюдения, госпитализаций и инвалидности в детском возрасте. Дополнительно анализировались журналы учёта посещений семейных врачей, педиатров и узких специалистов, карты профилактических осмотров и диспансерного наблюдения детей и подростков, журналы работы подразделений медико-социальной помощи, психологических служб, отделений раннего вмешательства и дневных стационаров. В исследование включались также материалы, отражающие межведомственное взаимодействие (протоколы заседаний комиссий по делам несовершеннолетних, совещаний по защите прав ребёнка, совместных заседаний с органами образования и социальной защиты). На основе этих данных по медико-статистической методике рассчитывались уровни и структура заболеваемости, показатели патологической поражённости, частота и кратность госпитализаций, охват диспансерным наблюдением, вакцинацией, реабилитационными мероприятиями, а также численность и удельный вес детей-инвалидов и детей групп медико-социального риска.

Клинико-социальный и организационно-функциональный анализ был направлен на комплексную оценку состояния здоровья детей в зависимости от медико-социального статуса семьи и условий жизни, а также на изучение

особенностей функционирования медико-социальной службы в ГЦЗ. Для каждого ребёнка учитывались возраст, группа здоровья, наличие хронических заболеваний и функциональных отклонений, частота обращений за медицинской помощью, число госпитализаций, длительность и кратность лечения в дневном стационаре, принадлежность к одной или нескольким группам медико-социального риска (многодетная семья, социально неблагополучная семья, ребёнок-инвалид, ребёнок под опекой, ребёнок юной матери, несовершеннолетний правонарушитель и др.). Параллельно анализировалась организационная структура подразделений медико-социальной помощи, маршрутизация детей групп риска в системе первичной медико-санитарной помощи и во взаимодействии с учреждениями образования, социальной защиты и правоохранительными органами, оценивалось кадровое обеспечение (наличие и распределение педиатров, семейных врачей, психологов, социальных работников, специалистов по медико-социальной помощи), а также объём и содержание проводимых мероприятий (консультации, патронажи, межведомственные заседания, комплексные реабилитационные программы). Особое внимание уделялось сравнительному анализу показателей до и после внедрения предлагаемой модели медико-социальной помощи, а также сопоставлению центров с различной степенью развитости медико-социальной службы.

Важное место в работе занимали социологические методы, позволившие выявить медико-социальные факторы, влияющие на здоровье детей, и оценить субъективную удовлетворённость оказанием помощи. Проводилось стандартизированное анкетирование родителей/опекунов детей, прикреплённых к ГЦЗ № 10, 12 и 15. Общий объём выборки среди родителей/опекунов составил 110 человек (рисунок 2.2.).



**Рисунок 2.2. – Распределение респондентов по ГЦЗ**

Анкеты для родителей/опекунов включали вопросы о составе и структуре семьи, жилищно-бытовых условиях, уровне материального обеспечения, информированности о профилактических программах, прививках, диспансерных осмотрах и возможностях получения медико-социальной помощи, об отношении к рекомендациям медицинских работников, соблюдении режима лечения и профилактики, а также об удовлетворённости доступностью и качеством медицинской и медико-социальной помощи в городских центрах здоровья. Анкетирование проводилось анонимно и на добровольной основе после получения информированного согласия родителей/опекунов.

Оценка эффективности внедряемой модели медико-социальной помощи осуществлялась с использованием сравнительного аналитического подхода. В качестве критериев эффективности рассматривались изменения объёма и структуры обращаемости детей групп риска в городские центры здоровья (число посещений, консультаций специалистов, медико-социальных патронажей), динамика охвата детей групп риска диспансерным наблюдением, психологическими и социальными службами, частота госпитализаций и повторных госпитализаций по основным классам заболеваний, а также изменение показателей школьной и социальной адаптации по данным анкет и

заклучений специалистов. Сопоставление проводилось в рамках временных срезов (до и после внедрения основных элементов модели) и между различными центрами здоровья в зависимости от полноты их реализации.

## **2.5. Методы статистической обработки данных**

Статистическую обработку результатов выполняли в среде R 4.5.1 (R Core Team, R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2025). Анализ проводили преимущественно на агрегированных отчётных данных (абсолютные значения  $n$ , доли %, показатели на 1000 детей). Качественные показатели представляли в виде  $n$  (%); при наличии пропусков отдельно указывали долю неответивших. Для вопросов с неполным ответом и/или множественным выбором рассчитывали проценты как от общей выборки, так и от числа ответивших. Сравнение долей между группами (ГЦЗ, возрастные подгруппы) выполняли с применением критерия  $\chi^2$  Пирсона (при необходимости - с поправкой Йетса), при малых ожидаемых частотах использовали точный критерий Фишера, включая анализ таблиц сопряжённости  $r \times c$ .

Для сопоставления интенсивных показателей и частот (на 1000 детей) между ГЦЗ применяли модели пуассоновской регрессии с учётом экспозиции (offset), статистическую значимость оценивали по тесту отношения правдоподобия. Для анализа динамики показателей во времени (2020–2024 гг.) применяли критерий Манна–Кендалла для проверки монотонного тренда, а также модели обобщённой линейной регрессии: биномиальную (logit) для долей и пуассоновскую для частот/интенсивностей (с offset). Для оценки силы связи категориальных признаков при необходимости рассчитывали  $V$  Крамера. Расчёт критерия Манна–Кендалла и  $V$  Крамера выполняли с использованием пакетов Kendall/trend и DescTools (CRAN). Критический уровень статистической значимости принимали  $p < 0,05$ .

## **ГЛАВА 3. Оценка медико-социальной помощи и индекса здоровья детского населения на уровне городских центров здоровья**

### **3.1. Характеристика исследуемых детей**

Сеть учреждений ПМСП города Душанбе представлена 15 ГЦЗ и 1 городским центром семейной медицины, которые в том числе обслуживают детей.

Исследование проведено на базе ГЦЗ №10, 12 и 15 города Душанбе, которые обслуживают крупные городские районы, в которых наблюдается смешанная социально-экономическая структура жителей. Вышеуказанные ГЦЗ относятся к системе ПМСП и являются характерной моделью организации для детского населения в условиях крупного города, что обуславливает их репрезентативность для решения поставленных цели и задач.

Контингент исследования составляют дети в возрасте до 18 лет, которые обслуживаются вышеуказанными ГЦЗ согласно территории обслуживания и состоящие на диспансерном наблюдении или обращающиеся за медицинской помощью. Выборка исследуемых детей формировалась с учетом возраста, пола, семейного положения родителей, социально бытовых условий и их принадлежность к медико-социальным группам риска.

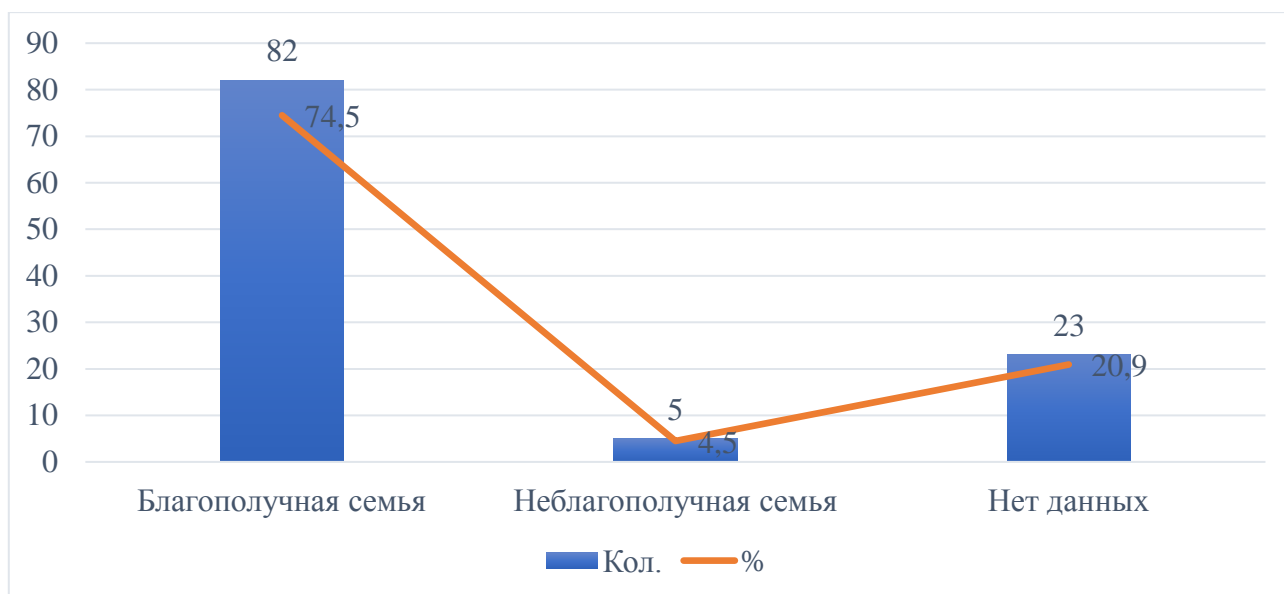
Как было указано во 2 главе, исследование несет комплексный и многоэтапный характер, включающий ретроспективный анализ медицинской документации, медико-социальное обследование детского населения с последующим внедрением интегрированной модели медико-социальной помощи и оценка её эффективности. Социологическое исследование включает в себя анкетирование родителей/опекунов 110 детей, которое направлено на выявление медико-социальных факторов риска и оценка удовлетворённости

качеством и доступностью оказания медико-социальной услугой в условиях ГЦЗ.

### 3.2. Анкетирование родителей/опекунов

В данном разделе представлены результаты анкетирования родителей и опекунов (n=110) детей, прикрепленных к ГЦЗ №10, №12 и №15 г. Душанбе. В выборке отмечено умеренное преобладание мальчиков - 62 (56,4%). Анкеты преимущественно заполняли матери - 79 (71,8%); в остальных случаях респондентами выступали отцы и опекуны (31; 28,2%).

По данным опроса социально-бытовые условия семьи в большинстве случаев оценивались как благополучные - 82 (74,5%) (рисунок 3.1).



**Рисунок 3.1. – Социально-бытовая оценка семьи по данным анкетирования родителей/опекунов (n=110)**

Неблагополучные условия указаны у 5 (4,5%) семей. При этом в 23 (20,9%) анкетах оценка социально-бытовых условий отсутствовала. Учитывая чувствительность вопросов, затрагивающих материально-бытовой статус семьи, высокая доля пропусков может быть обусловлена эффектом социальной желательности и/или опасениями стигматизации, что ограничивает полноту и достоверность самооценки по данному показателю. С методологической точки

зрения это требует осторожности при интерпретации долей и подтверждает необходимость стандартизации заполнения анкеты по ключевым социальным характеристикам, поскольку именно социально-бытовой профиль является базовым компонентом при стратификации медико-социального риска и планировании адресных вмешательств в условиях ГЦЗ.

Наиболее часто респонденты указывали ежемесячный доход семьи в диапазоне 2000–4000 сомони - 50 (45,5%). Реже отмечались доходы 1000–2000 сомони - 24 (21,8%) и более 4000 сомони - 20 (18,2%). Доля семей с доходом менее 1000 сомони составила 10 (9,1%); ещё 6 (5,5%) респондентов затруднились с ответом. Социальную поддержку большинство семей не получало - 105 (95,5%). Наличие долговых обязательств или кредитов указали 5 (4,5%) респондентов. При этом 10 (9,1%) анкет содержали пропуск ответа на данный вопрос; остальные 95 (86,4%) отметили отсутствие долговых обязательств или кредитов (таблица 3.1).

**Таблица 3.1. – Ежемесячный доход семьи**

Показатель	Кол.	%
Менее 1000	10	9,1
1000-2000	24	21,8
2000-4000	50	45,5
Более 4000	20	18,2
Затруднились ответить	6	5,5

**Примечание:** % рассчитаны от общего объёма выборки n=110.

Анализ барьеров обращения за медицинской помощью показал, что на соответствующий вопрос ответили 55 из 110 респондентов (50,0%). В связи с этим доли по вариантам ответа в данном разделе следует трактовать как проценты среди ответивших (n=55), с отдельным указанием доли неответивших (50,0%). С учётом множественного выбора ведущими ограничениями оказались финансовые трудности - 28 (50,9% среди ответивших; 25,5% от общей выборки)

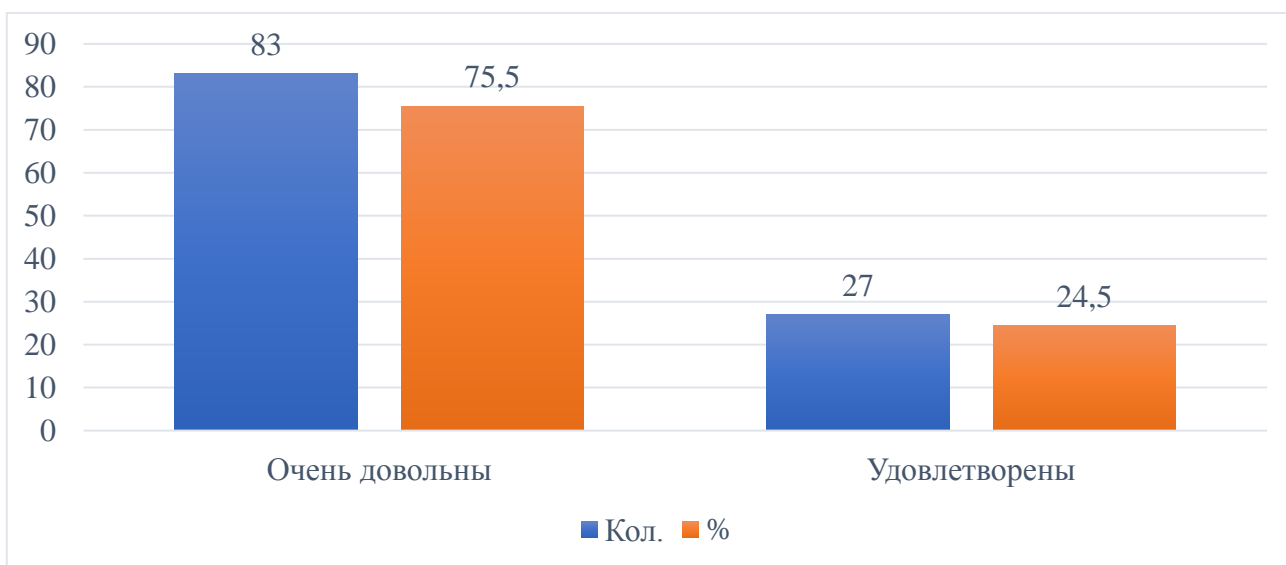
и недостаток информации о возможностях получения медико-социальной помощи - 16 (29,1% среди ответивших; 14,5% от общей выборки). Реже респонденты указывали отсутствие доверия к системе или специалистам (10; 18,2% среди ответивших), длительное ожидание и очереди (6; 10,9%), а также отсутствие транспорта (5; 9,1%) (таблица 3.2).

**Таблица 3.2. - Барьеры обращения и оценка удовлетворённости**

Барьеры обращения	Кол. (из ответивших, n=55)	% от общей выборки (n=110)	% среди ответивших (n=55)
Финансовые трудности	28	25,5	50,9
Недостаток информации	16	14,5	29,1
Отсутствие доверия	10	9,1	18,2
Долгое ожидание/очереди	6	5,5	10,9
Отсутствие транспорта	5	4,5	9,1

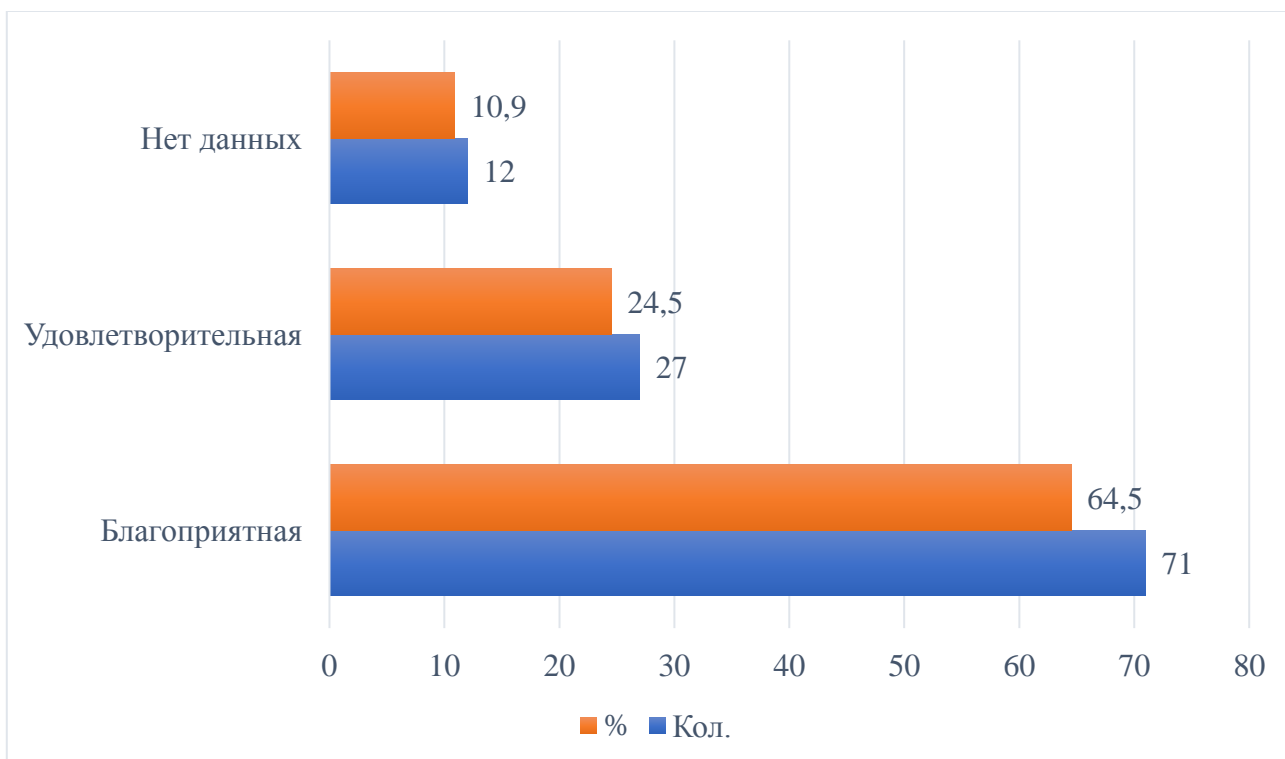
Примечание: на вопрос о барьерах ответили 55 респондентов (50,0% от n=110); допускался множественный выбор, поэтому сумма процентов среди ответивших (n=55) может превышать 100%

Несмотря на выявленные ограничения, общая удовлетворённость оказанной помощью оставалась высокой: 83 (75,5%) респондента отметили вариант «очень довольны», 27 (24,5%) - «удовлетворены» (рисунок 3.2).



**Рисунок 3.2. - Удовлетворённость оказанной помощью в ГЦЗ по данным анкетирования (n=110)**

Общая оценка доступности/качества в 64,5% была благоприятной; в 10,9% случаев оценка отсутствовала (рисунок 3.3).



**Рисунок 3.3. - Общая оценка доступности/качества медико-социальной помощи**

Итоговая оценка медико-социального риска была заполнена не у всех респондентов: показатель риска имелся у 75 из 110 (68,2%), доля пропусков составила 31,8%. Среди ответивших (n=75) преобладал низкий уровень риска (78,7%), умеренный составил 13,3%, высокий - 8,0%. Нуждаемость в срочном вмешательстве («да, срочно») была отмечена у 9,1% семей, при этом 10,9% ответов отсутствовали. Нуждаемость в срочном вмешательстве («да, срочно») указали 10 (9,1%) семей; в 12 (10,9%) анкетах ответ по данному пункту отсутствовал. В остальных случаях респонденты отметили отсутствие необходимости срочного вмешательства - 88 (80,0%). Среди ответивших на данный вопрос (n=98) доля ответов «да, срочно» составила 10,2% (таблица 3.3).

**Таблица 3.3. – Итоговый уровень медико-социального риска и нуждаемость в срочном вмешательстве (n=110)**

Уровень риска	Кол.	%	% среди ответивших (n=75)
Низкий	59	53,6	78,7
Умеренный	10	9,1	13,3
Высокий	6	5,5	8,0
Нет данных	35	31,8	-
<b>Итого</b>	<b>110</b>	<b>100</b>	-

**Примечание:** доли «среди ответивших» рассчитаны от n=75.

Таким образом, результаты анкетирования подтверждают социальную неоднородность семей и наличие воспроизводимых барьеров обращения (прежде всего финансовых и информационных). Одновременно высокий уровень декларируемой удовлетворённости оказанием помощи указывает на потенциал дальнейшего развития интегрированных медико-социальных услуг в ГЦЗ при усилении адресности работы с семьями умеренного/высокого риска и при снижении доли «потерянных» анкетных данных за счёт стандартизации заполнения ключевых полей.

### **3.3. Медико-демографические и социальные характеристики детского населения ГЦЗ**

Одним из ключевых факторов, которые определяют уровень заболеваемости, структуру патологии и потребность в медико-социальной помощи является медико-демографические и социальные факторы. Анализ данных факторов у детей, наблюдающихся в ГЦЗ 10, 12 и 15 г. Душанбе, дала возможность сформировать структурированную картину детского населения, и выделить группы повышенного медико-социального риска. Медико-демографические показатели детей, прикрепленных к ГЦЗ №10, №12 и №15, представлены в таблице 3.4.

**Таблица 3.4. - Медико-демографическая характеристика исследуемых детей**

Показатель	Пол	Возрастная группа, лет					p	Итого
		0–1	1–3	3–5	6–9	10–18		
ГЦЗ 10	мальчики	813 (4,8)	2324 (13,8)	1659 (9,8)	3598 (21,3)	8483 (50,3)	<0,001	16 877
	девочки	760 (4,6)	1675 (10,1)	1649 (9,9)	3695 (22,2)	8871 (53,3)		16 650
	всего	1573 (4,7)	3999 (11,9)	3308 (9,9)	7293 (21,8)	17 354 (51,8)		33 527
ГЦЗ 12	мальчики	482 (4,8)	628 (6,2)	579 (5,7)	580 (5,7)	7855 (77,6)		10 124
	девочки	517 (5,3)	670 (6,9)	728 (7,5)	708 (7,3)	7103 (73,0)		9726
	всего	999 (5,0)	1298 (6,5)	1307 (6,6)	1288 (6,5)	14 958 (75,4)		19 850
ГЦЗ 15	мальчики	520 (5,4)	1140 (11,7)	1751 (18,0)	2251 (23,2)	4044 (41,7)		9706
	девочки	497 (5,5)	1105 (12,3)	1528 (17,0)	2128 (23,7)	3722 (41,4)		8980
	всего	1017 (5,4)	2245 (12,0)	3279 (17,5)	4379 (23,4)	7766 (41,6)		18 686
Всего	мальчики	1815 (4,9)	4092 (11,1)	3989 (10,9)	6429 (17,5)	20 382 (55,5)		36 707
	девочки	1774 (5,0)	3450 (9,8)	3905 (11,0)	6531 (18,5)	19 696 (55,7)		35 356
	всего	3589 (5,0)	7542 (10,5)	7894 (11,0)	12 960 (18,0)	40 078 (55,6)		72 063
<b>Сравнение</b>					<b>Статистический критерий</b>		<b>p-value</b>	
Возрастная структура (5 групп) между ГЦЗ (№10, №12 и №15)					$\chi^2$ Пирсона (3×5)		<0,001	
Доля 0–1 года между ГЦЗ					$\chi^2$ Пирсона (3×2)		0,001	
Доля 1–3 лет между ГЦЗ					$\chi^2$ Пирсона (3×2)		<0,001	
Доля 3–5 лет между ГЦЗ					$\chi^2$ Пирсона (3×2)		<0,001	
Доля 6–9 лет между ГЦЗ					$\chi^2$ Пирсона (3×2)		<0,001	
Доля 10–18 лет между ГЦЗ					$\chi^2$ Пирсона (3×2)		<0,001	
Распределение по возрастным группам у мальчиков и девочек в ГЦЗ №10					$\chi^2$ Пирсона (2×5)		<0,001	
Распределение по возрастным группам у мальчиков и девочек в ГЦЗ №12					$\chi^2$ Пирсона (2×5)		<0,001	
Распределение по возрастным группам у мальчиков и девочек в ГЦЗ №15					$\chi^2$ Пирсона (2×5)		0,304	
Распределение по возрастным группам у мальчиков и девочек (вся совокупность)					$\chi^2$ Пирсона (2×5)		<0,001	

Примечание:  $p$  - статистическая значимость различий долей/распределений (критерий  $\chi^2$  Пирсона)

Как видно из таблицы 3.4, контингент детей, прикрепленных к ГЦЗ №10, №12 и №15, представлен всеми основными возрастными группами (0–18 лет). В общей структуре преобладали подростки 10–18 лет (55,6%) и дети младшего школьного возраста 6–9 лет (18,0%). Такое распределение, вероятно, отражает демографические особенности обслуживаемых территорий и организационно-территориальное размещение дошкольных и общеобразовательных учреждений. С учётом численного преобладания указанных возрастных групп именно они, по всей вероятности, формируют основную долю обращаемости в ГЦЗ и, следовательно, определяют текущую нагрузку на педиатрическую службу. Это обосновывает необходимость планирования профилактических программ, повышения охвата скрининговыми и диспансерными мероприятиями, а также усиления санитарно-просветительной работы, направленной на поддержание здорового образа жизни в семьях.

Анализ половой структуры не выявил выраженного гендерного дисбаланса: отмечалось лишь умеренное преобладание мальчиков (56,4%), что согласуется с общепопуляционными закономерностями и не ограничивает интерпретацию результатов. Сопоставимость выборки по полу создаёт условия для корректного сравнения индексов здоровья и показателей заболеваемости у детей обоих полов.

Дополнительным медико-демографическим маркером неблагоприятного влияния на здоровье детского населения является частота беременностей у женщин в возрасте до 20 лет. По данным отчетности городских центров здоровья за 2020–2024 годы, в зоне обслуживания ГЦЗ № 10, 12 и 15 ежегодно регистрируется значительное число беременностей у женщин моложе 20 лет (таблица 3.5).

**Таблица 3.5. – Доля беременных женщин моложе 20 лет по годам в ГЦЗ № 10, 12 и 15**

Год	ГЦЗ №10		ГЦЗ №12		ГЦЗ №15		p1
	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	N	
2020	124 (21,6)	573	16 (1,6)	970	20 (3,1)	635	<0,001
2021	232 (31,4)	738	24 (2,4)	980	30 (3,3)	896	<0,001
2022	113 (38,6)	293	16 (1,6)	970	34 (3,4)	986	<0,001
2023	137 (24,1)	568	12 (1,2)	960	28 (2,5)	1099	<0,001
2024	148 (25,9)	571	8 (0,8)	942	49 (5,2)	934	<0,001
p2	<0,001		0,068		0,021		

Примечание: p1 - статистическая значимость различий долей между ГЦЗ, p2 – между годами внутри группы (критерий  $\chi^2$  Пирсона)

Таблица 3.5 отражает долю беременных женщин моложе 20 лет по годам в ГЦЗ №10, №12 и №15. В ГЦЗ №10 число беременных в возрасте до 20 лет колебалось от 113 до 232 случаев в год, а их доля среди всех беременных составляла 21,6–38,6%. Минимальное значение зарегистрировано в 2020 г. (21,6%), максимальное - в 2022 г. (38,6%); в 2024 г. показатель оставался высоким и составил 25,9%.

В ГЦЗ №12 доля ранних беременностей на протяжении всего периода была существенно ниже и варьировала в пределах 0,8–2,4% (в 2024 г. - 0,8%). В ГЦЗ №15 число беременных женщин моложе 20 лет в целом увеличилось с 20 случаев в 2020 г. до 49 в 2024 г., а доля - с 3,1% до 5,2%; в 2023 г. отмечено временное снижение до 2,5%.

Межцентровые различия долей сохранялись на всех временных точках ( $\chi^2$  Пирсона,  $p < 0,001$ ). Внутрицентровая динамика доли по годам была статистически значимой в ГЦЗ №10 ( $p < 0,001$ ) и ГЦЗ №15 ( $p = 0,021$ ), тогда как в ГЦЗ №12 статистически значимых изменений не выявлено ( $p = 0,068$ ).

С учётом известной связи ранних беременностей с повышенным риском акушерских и перинатальных осложнений (недонашивание, задержка внутриутробного развития плода, низкая масса тела при рождении) полученные

данные свидетельствуют о том, что значительная часть детского населения изучаемых центров изначально формируется в условиях повышенного биологического и медико-социального риска. Этот факт необходимо учитывать при интерпретации результатов анализа заболеваемости и интегральных индексов здоровья, а также при планировании профилактических программ, направленных на поддержание репродуктивного здоровья подростков и молодых женщин.

Следовательно, на основе анализа отчётных медико-демографических показателей и результатов анкетирования родителей/опекунов сформирован обобщённый медико-социальный профиль детей, прикреплённых к ГЦЗ №10, №12 и №15 г. Душанбе.

Таким образом, анализ отчётных медико-демографических показателей и данных анкетирования родителей/опекунов показывает, что контингент детей, прикреплённых к ГЦЗ №10, №12 и №15 г. Душанбе, охватывает все возрастные группы с преобладанием дошкольного и младшего школьного возраста при в целом сбалансированной половой структуре, что обуславливает устойчивую нагрузку на педиатрическое звено ПМСП и повышает значимость профилактики и раннего выявления патологии. Вместе с тем по данным анкетирования контингент характеризуется выраженной социальной неоднородностью: наличие неполных и многодетных семей, семей под опекой, а также неоднородность образовательного и миграционного статуса родителей и различия в социально-бытовых условиях могут ассоциироваться с риском снижения регулярности обращаемости, пропусков профилактических мероприятий и недостаточной приверженности длительным лечебно-реабилитационным программам, что требует усиления адресной медико-социальной поддержки на уровне ГЦЗ.

### 3.4. Структура заболеваемости, хронической патологии и индексы здоровья детей

Состояние здоровья детского населения, прикрепленного к ГЦЗ № 10, 12 и 15 г. Душанбе, обусловлено сочетанным влиянием биологических, социальных и организационных факторов, описанных в предыдущих подразделах. Для комплексной характеристики здоровья детей в настоящем исследовании были проанализированы: структура общей заболеваемости по основным классам болезней; распространённость хронической патологии; интегральные индексы здоровья, учитывающие частоту острых заболеваний, наличие и тяжесть хронических болезней, уровень физического развития и функциональные ограничения.

Такой подход позволяет не ограничиваться описанием отдельных нозологических форм, а рассматривать здоровье ребёнка как интегральный результат воздействия всего комплекса медико-социальных детерминант.

Общую заболеваемость детей оценивали по данным амбулаторных карт и годовой отчётной документации городских центров здоровья за период исследования. Анализ выполняли по основным классам заболеваний согласно МКБ и формам отчётности с выделением ведущих нозологических групп и определением их вклада в общий объём зарегистрированных случаев. Интенсивные показатели рассчитывали на 1000 детей (таблица 3.6).

**Таблица 3.6. - Структура заболеваемости детей по МКБ**

Класс заболеваний (МКБ / форма отчётности)	ГЦЗ 10		ГЦЗ 12		ГЦЗ 15		p-value
	случаев n	на 1000	случаев n	на 1000	случаев n	на 1000	
Болезни органов дыхания	543	16,2	1918	96,6	460	24,6	<0,001
Болезни органов пищеварения	42	1,3	399	20,1	24	1,3	<0,001
Болезни нервной системы	208	6,2	420	21,2	439	23,5	<0,001
Болезни костно-мышечной системы	20	0,6	192	9,7	20	1,1	<0,001

**Продолжение таблицы 3.6.**

Аллергические заболевания (в т.ч. бронхиальная астма)	19	0,6	2	0,1	22	1,2	<0,001
Инфекционные и паразитарные заболевания	208	6,2	497	25,0	264	14,1	<0,001
Болезни кожи и подкожной клетчатки	9	0,3	188	9,5	8	0,4	<0,001
Эндокринные болезни, нарушения питания и обмена веществ	321	9,6	51	2,6	330	17,7	<0,001
Прочие	641	19,1	894	45,0	607	32,5	<0,001
<b>Всего</b>	<b>2011</b>	<b>60,0</b>	<b>4561</b>	<b>229,8</b>	<b>2174</b>	<b>116,3</b>	<b>&lt;0,001</b>

Примечание: р - статистическая значимость различий показателей заболеваемости между ГЦЗ №10/№12/№15 (likelihood-ratio  $\chi^2$ -тест для сравнения интенсивностей (Poisson rates) при экспозиции, равной численности прикрепленного детского населения)

По данным таблицы 3.6 уровни заболеваемости статистически значимо различались между ГЦЗ №10, №12 и №15 как по общей заболеваемости, так и по отдельным классам заболеваний (во всех случаях  $p < 0,001$ ). В структуре зарегистрированных случаев преобладали болезни органов дыхания, формировавшие наибольшее число эпизодов, при этом в отдельных ГЦЗ заметный вклад сохраняли заболевания, отнесённые к категории «прочие».

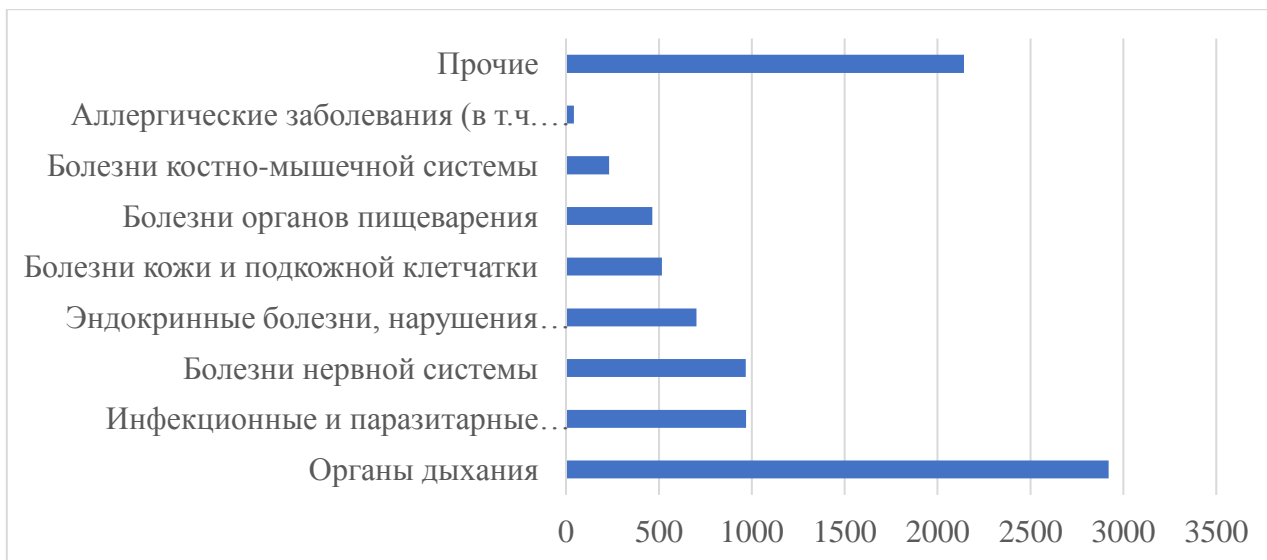
Следует отметить выраженные различия в учреждениях: в ГЦЗ №12 показатель болезней органов дыхания существенно выше, чем в ГЦЗ №10 и №15, что требует дополнительного анализа возможных причин (возрастной состав, обращаемость, особенности регистрации, социально-бытовые условия).

Значимую долю в структуре заболеваемости формируют заболевания нервной системы и инфекционные и паразитарные заболевания, что отражает актуальность как профилактических мероприятий, так и раннего выявления функциональных и хронических нарушений у детей. Заболевания органов пищеварения и эндокринные болезни (включая нарушения питания и обмена веществ) встречаются реже, однако имеют важное клиническое значение ввиду риска хронизации и влияния на качество жизни.

Отдельной строкой представлены аллергические заболевания (в т.ч. бронхиальная астма); их удельный вес в структуре общей заболеваемости

невелик, однако данная патология требует настороженности и систематического диспансерного наблюдения.

Для визуализации структуры общей заболеваемости целесообразно представить её в виде диаграммы, что позволяет наглядно сопоставить вклад основных классов болезней (рисунок 3.4).



**Рисунок 3.4. - Структура общей заболеваемости детей, п**

Анализ структуры общей заболеваемости показывает, что ведущую роль формируют болезни органов дыхания и инфекционные и паразитарные заболевания, что определяет значительную нагрузку на систему первичной медико-санитарной помощи за счёт массовых острых заболеваний. Существенный вклад вносят также заболевания нервной системы и эндокринные болезни (включая нарушения питания и обмена веществ), что отражает наличие значимого компонента хронической и функциональной патологии.

Таким образом, структура общей заболеваемости свидетельствует о сочетании высокой частоты острых инфекционно-респираторных заболеваний с формированием и закреплением хронических патологических состояний, что

требует комплексных профилактических программ и усиления диспансерного наблюдения.

Особое значение для долгосрочных исходов и индексов здоровья имеет хроническая патология, поскольку именно она определяет потребность в диспансерном наблюдении, реабилитационных мероприятиях и медико-социальном сопровождении.

Распространённость хронической патологии среди детского населения, прикрепленного к ГЦЗ №10, №12 и №15, в целом оставалась низкой и не превышала 1%: 0,686% в ГЦЗ №10, 0,776% в ГЦЗ №12 и 0,803% в ГЦЗ №15; суммарно по трём центрам - 0,741% (534 из 72 063 детей). Несмотря на относительно редкую регистрацию, именно хронические состояния формируют потребность в длительном диспансерном наблюдении, плановой реабилитации и устойчивом медико-социальном сопровождении. Общая распространённость хронической патологии статистически значимо не различалась между ГЦЗ ( $\chi^2$  Пирсона,  $p=0,263$ ) (таблица 3.7).

**Таблица 3.7 – Распространённость основных форм хронической патологии у детей**

Вид хронической патологии	ГЦЗ 10			ГЦЗ 12			ГЦЗ 15			p-value
	n	% от всех детей	% среди хронических (n=230)	n	% от всех детей	% среди хронических (n=154)	n	% от всех детей	% среди хронических (n=150)	
Хронические заболевания органов дыхания	2	0,006	0,9	6	0,030	3,9	2	0,011	1,3	0,065
Хроническая патология органов пищеварения	3	0,009	1,3	16	0,081	10,4	10	0,054	6,7	<0,001
Заболевания опорно-двигательного аппарата	9	0,027	3,9	20	0,101	13,0	5	0,027	3,3	<0,001
Остаточные явления перинатальных поражений ЦНС	137	0,409	59,6	69	0,348	44,8	78	0,417	52,0	0,465

**Продолжение таблицы 3.7.**

Аллергические заболевания	0	0,000	0,0	4	0,020	2,6	0	0,000	0,0	0,005
Эндокринные заболевания / нарушения питания	22	0,066	9,6	14	0,071	9,1	12	0,064	8,0	0,967
Прочие хронические заболевания	57	0,170	24,8	21	0,106	13,6	43	0,230	28,7	0,012
Дети с коморбидной патологией ( $\geq 2$ хронических заболеваний)	0	0,000	0,0	4	0,020	2,6	0	0,000	0,0	0,005
<b>Всего детей с хронической патологией</b>	<b>230</b>	<b>0,686</b>	<b>100,0</b>	<b>154</b>	<b>0,776</b>	<b>100,0</b>	<b>150</b>	<b>0,803</b>	<b>100,0</b>	<b>0,263</b>

Примечание: p - значимость различий распространённости между ГЦЗ (критерий  $\chi^2$  Пирсона для таблиц 3×2: «есть данная патология» и «нет»); для строк с очень малыми частотами применялся точный критерий Фишера (Freeman–Halton)

В структуре хронических состояний преобладали остаточные явления перинатальных поражений ЦНС: их доля среди детей с хронической патологией составила 59,6% в ГЦЗ №10, 44,8% - в ГЦЗ №12 и 52,0% - в ГЦЗ №15, при отсутствии статистически значимых межцентровых различий (p=0,465). Вместе с тем по ряду нозологических групп выявлены различия между ГЦЗ, в частности по хронической патологии органов пищеварения и заболеваниям опорно-двигательного аппарата (во всех случаях p<0,001), а также по категории «прочие хронические заболевания» (p=0,012). В отчётной документации ГЦЗ №12 дополнительно выделялась группа детей с коморбидной патологией (наличие  $\geq 2$  хронических заболеваний) - 4 (2,6%) среди детей с хроническими состояниями; данная категория не распределялась по отдельным нозологическим группам.

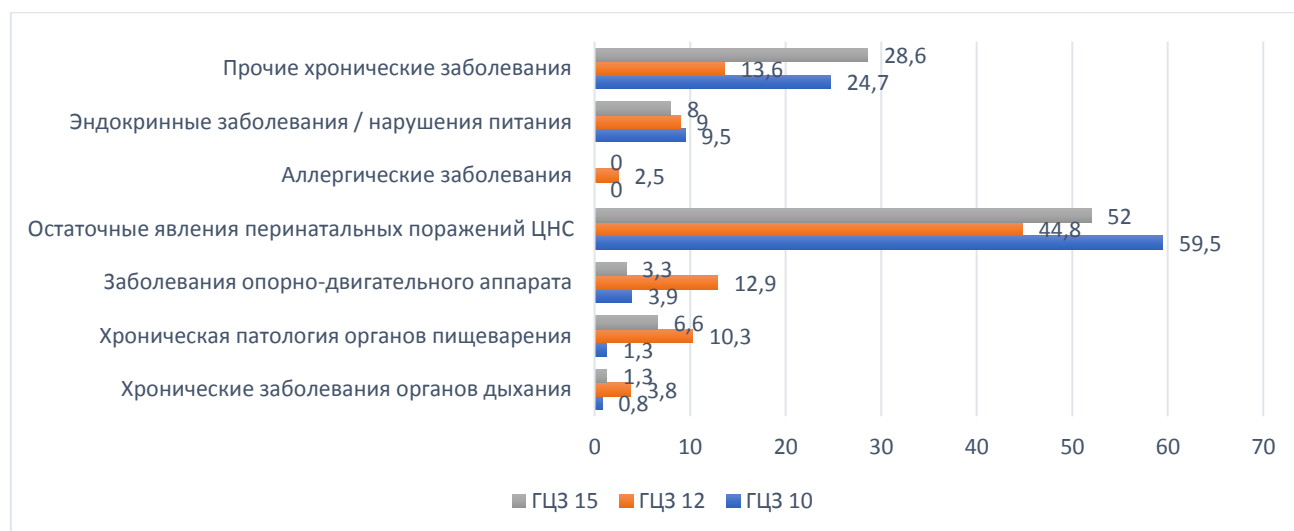
Существенный удельный вес составляют «прочие хронические заболевания», что отражает гетерогенность хронической патологии и целесообразность её детализации при наличии первичной учётной документации. Значимой группой являются эндокринные заболевания и нарушения питания, требующие активного диспансерного наблюдения и

профилактических вмешательств, ориентированных на коррекцию питания и образа жизни.

Заболевания органов пищеварения и опорно-двигательного аппарата имеют выраженную межцентровую вариабельность, что может быть связано с особенностями выявляемости при профилактических осмотрах и различиями в обращаемости. Хронические заболевания органов дыхания и аллергические заболевания представлены единичными случаями и занимают относительно небольшой удельный вес в структуре хронической патологии.

Таким образом, полученные данные подтверждают необходимость дифференцированного подхода к диспансерному наблюдению: приоритетными направлениями являются неврологическая патология, хронические эндокринные нарушения/расстройства питания, а также группы «прочих» хронических состояний, требующих уточнения состава и унификации критериев регистрации.

Для визуализации распределения хронической патологии по основным нозологическим группам (в % среди детей с хронической патологией) целесообразно представить данные таблицы 3.7 в виде диаграммы (рисунок 3.5).



**Рисунок 3.5 – Структура хронической патологии у детей, %**

Таким образом, анализ хронической патологии свидетельствует о наличии значительного контингента детей, требующих длительного диспансерного наблюдения, регулярной коррекции терапии и комплексных реабилитационных программ, что напрямую связано с задачами медико-социальной службы городских центров здоровья и требует междисциплинарного подхода в сопровождении семьи.

Для комплексной характеристики состояния здоровья детей, прикрепленных к ГЦЗ № 10, 12 и 15, в настоящем исследовании использован подход интегральной оценки, основанная на сопоставлении общей заболеваемости и распространенности хронической патологии.

Такой подход позволяет перейти от отдельного описания отдельных классов болезней к обобщающей характеристике здоровья обслуживаемого контингента и, одновременно, к оценке реальной нагрузки на первичную медико-санитарную помощь и подразделения медико-социальной поддержки. В качестве исходных компонентов интегральной оценки использованы: численность прикрепленного детского населения по ГЦЗ, показатели общей заболеваемости и распространенности хронической патологии.

Сопоставление интенсивности общей заболеваемости показало выраженную межцентровую неоднородность. Наиболее высокий суммарный показатель зарегистрирован в ГЦЗ №12 и составил 229,8 случая на 1000 детей, тогда как в ГЦЗ №15 он был в 2 раза ниже (116,3 на 1000), а в ГЦЗ №10 - минимальным (60,0 на 1000). Визуально это различие можно представить, как «градиент» нагрузки на ПМСП: ГЦЗ №12 - максимальная, ГЦЗ №15 - промежуточная, ГЦЗ №10 - минимальная. По структуре общей заболеваемости ведущий вклад формируют болезни органов дыхания и инфекционные и паразитарные заболевания, определяющие массовую обращаемость и профилактическую нагрузку, при этом значимую долю составляют также

заболевания нервной системы и эндокринные болезни (включая нарушения питания и обмена веществ), что отражает наличие функциональной и хронически протекающей патологии.

На фоне острых заболеваний особое значение для оценки долгосрочных исходов и планирования диспансерного наблюдения имеет хроническая патология. Несмотря на то, что распространённость хронических заболеваний относительно общего числа прикреплённых детей была сопоставимой во всех трёх ГЦЗ и находилась в пределах 0,69–0,80% (ГЦЗ №10 - 0,69%; ГЦЗ №12 - 0,78%; ГЦЗ №15 - 0,80%), именно этот контингент формирует устойчивую потребность в длительном наблюдении, коррекции терапии, реабилитационных мероприятиях и медико-социальном сопровождении. Структура хронической патологии характеризуется доминированием остаточных явлений перинатальных поражений ЦНС (59,5% среди детей с хронической патологией в ГЦЗ №10; 44,8% - в ГЦЗ №12; 52,0% - в ГЦЗ №15), значимой долей эндокринных заболеваний и нарушений питания (9,5%; 9,0%; 8,0% соответственно), а также существенным вкладом группы «прочих хронических заболеваний» (24,7%; 13,6%; 28,6%), что указывает на гетерогенность хронической патологии и целесообразность её детализации в рамках внутреннего мониторинга. Таким образом, при близких уровнях распространённости хронических заболеваний различия в общей заболеваемости между ГЦЗ определяют различную «текущую» нагрузку на ПМСП, тогда как хроническая патология формирует сравнительно стабильную потребность в диспансеризации и междисциплинарной реабилитации.

Указанные различия в суммарной заболеваемости и сопоставимые уровни хронической патологии послужили основанием для расчёта интегральной индексной оценки здоровья детского населения по каждому ГЦЗ как обобщающего показателя, отражающего сочетание «острой» и «длительной»

медико-организационной нагрузки. По результатам расчёта интегрального индекса здоровья по шкале 0–100 баллов (чем выше значение, тем более благоприятным является состояние здоровья обслуживаемого контингента) установлено, что наибольший показатель зарегистрирован в ГЦЗ №10 - 62,6 балла, далее следовал ГЦЗ №15 - 43,4 балла, тогда как минимальное значение отмечено в ГЦЗ №12 - 12,4 балла (таблица 3.8).

**Таблица 3.8 – Показатели для расчёта интегрального индекса здоровья**

Показатель	ГЦЗ 10	ГЦЗ 12	ГЦЗ 15	p-value
Общая заболеваемость, на 1000 детей	60,0	229,8	116,3	0,000
Хроническая патология, %	0,69	0,78	0,80	0,263
Интегральный индекс здоровья, баллы (0–100)	62,6	12,4	43,4	-

Примечание: p - статистическая значимость различий между ГЦЗ (для общей заболеваемости: сравнение интенсивностей; для распространённости хронической патологии: сравнение долей; 0,000 означает  $p < 0,001$ ). Для интегрального индекса p-value не рассчитывался, поскольку показатель представлен на уровне учреждения (по одному значению на ГЦЗ) и является производным от двух исходных индикаторов

Представление данных в виде диаграммы наглядно демонстрирует выраженное снижение индекса в ГЦЗ №12, что согласуется с наиболее высоким уровнем общей заболеваемости на 1000 детей (рисунок 3.6).



**Рисунок 3.6 – Индекс здоровья детей по ГЦЗ**

Такое визуальное представление подчёркивает, что даже при близких долях хронической патологии (0,69–0,80%) ключевым фактором межцентровых различий выступает именно уровень общей заболеваемости, определяющий частоту обращаемости, объём профилактических мероприятий и интенсивность работы врачебно-сестринских бригад.

Следовательно, интегральный индекс здоровья в представленном виде выступает не только как обобщающая характеристика медико-биологического состояния обслуживаемого контингента, но и как практико-ориентированный индикатор, позволяющий обосновывать приоритеты в организации работы ПМСП и медико-социальной службы. В условиях ГЦЗ №12, где суммарный показатель общей заболеваемости достигает 229,8 на 1000 детей, при сопоставимом уровне хронической патологии, требуется усиление профилактической направленности, повышение охвата динамическим наблюдением часто болеющих детей, а также более интенсивная санитарно-просветительная работа с семьями. Для ГЦЗ №15, занимающего промежуточное положение, актуальны меры по поддержанию устойчивости диспансерного наблюдения и адресной профилактики ведущих классов заболеваний.

В ГЦЗ №10, характеризующемся наиболее благоприятным индексным значением, приоритетом остаётся сохранение достигнутого уровня профилактической работы и системное сопровождение сравнительно небольшого, но клинически значимого контингента детей с хроническими заболеваниями. На этой основе в последующем осуществлялась стратификация медико-социального риска и формирование целевых групп для углублённого наблюдения и комплексного сопровождения, что подробно рассматривается в подразделе 3.5.

### **3.5. Роль отделений комплексной поддержки семьи и ребёнка в сопровождении детей групп высокого риска**

В Республике Таджикистан в последние годы предпринимаются последовательные шаги по формированию сети отделений комплексной поддержки семьи и ребёнка (ОКПСиР) на базе городских и районных центров здоровья. Эти подразделения ориентированы на раннее выявление нарушений развития, проведение комплексной медико-социальной и психолого-педагогической оценки, оказание реабилитационной помощи и сопровождение семьи. Развитие сети ОКПСиР, включая открытие отделений в ряде районов и в отдельных городских центрах здоровья г. Душанбе, в том числе на базе ГЦЗ № 15, создаёт предпосылки для приближения услуг раннего вмешательства к месту проживания семьи и снижения риска поздней диагностики и вторичной инвалидизации.

По данным мониторинга деятельности ОКПСиР за 9 месяцев 2025 года, всего в эти подразделения обратились значительное количество детей с подозрением на нарушения развития или уже установленной инвалидностью, значительная часть из которых ранее не была охвачена специализированной помощью. Среди обратившихся высок удельный вес детей с установленной инвалидностью, а также детей, имеющих множественные факторы риска по развитию (недоношенность, перинатальные поражения ЦНС, тяжёлые соматические заболевания, задержка психомоторного развития и др.). Часть детей была включена в программы раннего вмешательства, другая получала различные виды реабилитации, осуществлялись патронажные визиты на дом, проводилась маршрутизация в общеобразовательные и специализированные школы, а также в инклюзивные образовательные программы.

Данные демонстрируют постепенное расширение охвата детей услугами раннего вмешательства и реабилитации, однако одновременно выявляют и ряд

ограничений: сохраняющуюся направляемость части детей в интернатные учреждения, относительную малочисленность детей, охваченных инклюзивными программами, а также недостаточный объем патронажной работы на дому (рисунок 3.7).



**Рисунок 3.7 – Структура детей, обратившихся в ОКПСиР, по видам полученной помощи и маршрутизации (9 месяцев 2025 г.)**

Как видно из структуры обращений, ОКПСиР выполняют не только консультационную, но и маршрутизирующую функцию, обеспечивая направляемость детей к профильным специалистам и службам в зависимости от выявленных потребностей. В практическом плане это подтверждает необходимость дальнейшего укрепления кадрового и ресурсного обеспечения ОКПСиР (включая психологическую поддержку и элементы патронажной работы), а также повышения охвата семей информацией о доступных видах помощи.

Мониторинг функционирования ОКПСиР выявил также важные системные проблемы: дефицит специализированных кадров (реабилитологов,

логопедов, психологов, специалистов по раннему вмешательству), ограниченное использование имеющегося оборудования, фрагментарность реабилитационных мероприятий, недостаточную координацию между учреждениями здравоохранения, социальной защиты и образования, отсутствие единого информационного пространства и маршрутизации детей с нарушениями развития. Незрелость доказательно ориентированной реабилитации и преобладание устаревших подходов в ряде учреждений дополнительно увеличивают риск недостаточной эффективности оказываемой помощи.

В совокупности это подтверждает, что дети с инвалидностью и нарушениями развития, а также семьи, воспитывающие таких детей, объективно формируют ядро группы высокого медико-социального риска. Для городских центров здоровья, включая ГЦЗ № 10, 12 и 15, это означает необходимость приоритизации данной категории при формировании групп для углублённого наблюдения, укрепления взаимодействия с отделениями ОКПСиР, расширения семейно-ориентированных и инклюзивных подходов, а также интеграции моделей раннего вмешательства в повседневную практику ПМСП.

В практическом плане результаты стратификации по уровням медико-социального риска и их сопоставления с показателями здоровья позволяют:

- обоснованно выделять целевые группы для углублённого диспансерного наблюдения и комплексных медико-социальных вмешательств;
- планировать объём и приоритетность профилактической работы на уровне участковых врачей и мультидисциплинарных команд;
- выстраивать эффективное взаимодействие с ОКПСиР, органами социальной защиты и образовательными учреждениями;
- формировать контингент детей для оценки эффективности внедряемой модели медико-социальной помощи.

Для уточнения реальной обеспеченности детей с инвалидностью системным наблюдением и динамики контингента в условиях ГЦЗ проведён анализ показателей диспансерного учёта детей с инвалидностью до 18 лет в разрезе ГЦЗ №10, №12 и №15 за 2020–2024 гг.

Отдельно анализировали численность детей с инвалидностью, состоящих на учёте на начало и конец года, ежегодный приток новых случаев (первично установленная инвалидность), а также выбытие с учёта (таблица 3.9–таблица 3.11).

**Таблица 3.9 – Показатели диспансерного наблюдения и оздоровления детей с инвалидностью до 18 лет в ГЦЗ № 10 за 2020–2024 гг.**

Показатель	2020	2021	2022	2023	2024	p
На учёте на начало года	212	226	222	219	229	0,484
В течение года сняты с инвалидности (выздоровели)	0	1	0	0	0	1,000
Достигли 18 лет за год, всего	16	12	17	15	18	0,483
Умерли в течение года	1	2	3	4	5	0,017
Выбыли в другие регионы или инвалидность отменена	5	12	2	1	3	0,008
Прибыли из других регионов	2	4	6	6	8	0,023
Впервые признаны инвалидами (первично установлена инвалидность)	34	19	13	24	19	0,448
На учёте на конец года	226	222	219	229	230	0,483

Примечание: p - статистическая значимость тренда по годам (критерий Манна–Кендалла)

В ГЦЗ №10 численность детей с инвалидностью, находившихся на диспансерном учёте, в целом оставалась стабильной: на конец года показатель варьировал в пределах 219–230 и в 2024 г. составил 230. Число случаев первичного установления инвалидности было максимальным в 2020 г. (34 случая), а в последующие годы колебалось в диапазоне 13–24, достигнув 19 в 2024 г. Ежегодное выбытие в связи с достижением 18-летнего возраста сохранялось на сопоставимом уровне и составляло 12–18 случаев в год. В 2021 г. зарегистрирован единственный случай снятия инвалидности по выздоровлению, тогда как в остальные годы данный показатель равнялся нулю. По данным отчётности также отмечено увеличение числа летальных исходов (с 1 в 2020 г.

до 5 в 2024 г.;  $p=0,017$ ). С учётом малых абсолютных значений эта динамика требует осторожной интерпретации, однако указывает на необходимость более устойчивого клинко-реабилитационного сопровождения детей с тяжёлыми состояниями и усиления межведомственной поддержки семей.

Аналогичные показатели диспансерного наблюдения детей с инвалидностью приведены для ГЦЗ №12 за 2020–2024 гг., что позволяет сопоставить динамику контингента и интенсивность первичного установления инвалидности (таблица 3.10).

**Таблица 3.10 – Показатели диспансерного наблюдения и оздоровления детей с инвалидностью до 18 лет в ГЦЗ № 12 за 2020–2024 гг.**

Показатель	2020	2021	2022	2023	2024	p
На учёте на начало года	180	180	186	189	186	0,200
В течение года сняты с инвалидности (выздоровели)	0	0	0	0	1	0,400
Достигли 18 лет за год, всего	12	12	16	16	22	0,067
Умерли в течение года	2	1	1	1	1	0,400
Выбыли в другие регионы или инвалидность отменена	4	2	2	3	2	0,600
Прибыли из других регионов	3	0	0	0	1	1,000
Впервые признаны инвалидами (первично установлена инвалидность)	15	21	22	17	19	0,817
На учёте на конец года	180	186	189	186	180	1,000

Примечание: p - статистическая значимость монотонного тренда по годам (критерий Манна–Кендалла)

Численность детей с инвалидностью, состоящих на учёте на конец года, оставалась относительно стабильной и варьировала в пределах 180–189: максимальное значение зарегистрировано в 2022 г. (189), к 2024 г. показатель снизился до 180.

Число случаев первичного установления инвалидности колебалось от 15 до 22 в год и в 2024 г. составило 19; статистически значимого тренда по годам не выявлено ( $p=0,817$ ). Выбытие по достижении 18 лет увеличилось с 12 случаев в 2020–2021 гг. до 22 в 2024 г., формируя тенденцию к росту ( $p=0,067$ ).

Это может отражать накопление контингента подростков и подчёркивает необходимость планирования преемственности наблюдения при переходе пациентов во взрослую сеть. Летальность оставалась низкой (преимущественно 1–2 случая в год) без статистически значимой динамики ( $p=0,400$ ). Снятие инвалидности по выздоровлению зарегистрировано единично (2024 г.).

**Таблица 3.11 – Показатели диспансерного наблюдения и оздоровления детей с инвалидностью до 18 лет в ГЦЗ № 15 за 2020–2024 гг.**

Показатель	2020	2021	2022	2023	2024	p
На учёте на начало года	139	132	136	141	147	0,233
В течение года сняты с инвалидности (выздоровели)	1	2	0	0	3	1,000
Достигли 18 лет за год, всего	11	8	12	11	17	0,333
Умерли в течение года	1	4	2	1	1	0,600
Выбыли в другие регионы или инвалидность отменена	5	1	2	2	8	0,633
Прибыли из других регионов	3	1	9	7	5	0,817
Впервые признаны инвалидами (первично установлена инвалидность)	8	18	12	13	15	0,483
На учёте на конец года	132	136	141	147	138	0,233

Примечание: p - статистическая значимость монотонного тренда по годам (критерий Манна–Кендалла)

В ГЦЗ №15 численность детей с инвалидностью, состоящих на учёте на конец года, варьировала от 132 в 2020 г. до 147 в 2023 г., после чего в 2024 г. снизилась до 138 (таблица 3.11). Число случаев первичного установления инвалидности изменялось от 8 в 2020 г. до 18 в 2021 г., а в 2022–2024 гг. удерживалось на уровне 12–15 случаев в год. Летальные исходы регистрировались в пределах 1–4 случаев ежегодно, с максимальным значением в 2021 г. (4 случая). В 2024 г. выбытие в другие регионы и/или отмена инвалидности достигло 8 случаев, что может быть связано с миграционными процессами и/или пересмотром статуса инвалидности и, совместно с возрастным выбытием, могло обусловить снижение численности контингента на конец года.

Представленные данные свидетельствуют о том, что во всех трёх центрах здоровья имеется устойчивый контингент детей с инвалидностью, требующих длительного наблюдения. Во все годы анализа регистрируется как поступление новых детей на учёт, так и выбытие с него по различным причинам (достижение 18-летнего возраста, смена места жительства, летальные исходы), однако общее число детей-инвалидов, состоящих на учёте на конец года, остаётся значительным. Это указывает на то, что проблема детской инвалидности носит не эпизодический, а устойчивый характер и формирует постоянную нагрузку на систему первичной медико-санитарной помощи в каждом из трёх ГЦЗ (таблица 3.12).

**Таблица 3.12 – Число детей с инвалидностью до 18 лет, состоящих на учёте на конец года, в ГЦЗ № 10, 12 и 15**

Год	ГЦЗ №10, n	ГЦЗ №12, n	ГЦЗ №15, n	Всего по 3 ГЦЗ, n	Доля ГЦЗ №10, %	Доля ГЦЗ №12, %	Доля ГЦЗ №15, %
2020	226	180	132	538	42,0	33,5	24,5
2021	222	186	136	544	40,8	34,2	25,0
2022	219	189	141	549	39,9	34,4	25,7
2023	229	186	147	562	40,7	33,1	26,2
2024	230	180	138	548	42,0	32,8	25,2
p					0,462	1,000	0,221

Примечание: p - статистическая значимость монотонного тренда по годам (критерий Манна–Кендалла)

Сводные данные (таблица 3.12) свидетельствуют, что в 2020–2024 гг. наибольшее абсолютное число детей с инвалидностью, состоящих на учёте на конец года, стабильно регистрировалось в ГЦЗ №10 (219–230), далее следовал ГЦЗ №12 (180–189), тогда как в ГЦЗ №15 показатель был ниже (132–147) с последующим снижением до 138 в 2024 г. Статистически значимого монотонного тренда изменения численности контингента в каждом из центров за период наблюдения не выявлено (критерий Манна–Кендалла,  $p > 0,05$ ). Распределение детей-инвалидов между ГЦЗ по годам также оставалось

устойчивым ( $\chi^2$  Пирсона,  $p=0,998$ ). В целом динамика носит преимущественно стабильный характер, что подтверждает постоянную нагрузку на систему диспансерного наблюдения и необходимость поддержания устойчивых реабилитационных и медико-социальных сервисов на уровне ГЦЗ, включая усиление координации с ОКПСиР для адресного сопровождения семей.

Анализ показателей участия детей-инвалидов в реабилитационных и оздоровительных мероприятиях показывает, что лишь часть зарегистрированного контингента фактически охватывается активными формами медико-социальной помощи. В течение анализируемого периода в ГЦЗ № 10, 12 и 15 ежегодно проводится определённое число реабилитационных курсов, групповых занятий и направлений в специализированные учреждения, однако, если сопоставить эти значения с общим числом детей-инвалидов, становится очевидным, что доля полностью охваченных детей остаётся ограниченной. Ещё меньшая часть семей регулярно вовлекается в групповые формы работы (психологические и обучающие занятия, тренинги для родителей), что снижает потенциал семейно-ориентированного подхода.

В сводной таблице 3.12 видно, что абсолютное число детей с инвалидностью, состоящих на учёте на конец года, в разных центрах несколько различается, что отражает как различия в численности прикрепленного детского населения, так и особенности выявляемости и маршрутизации детей с особыми потребностями. При этом во всех трёх ГЦЗ прослеживается сходная логика: наличие устойчивого ядра детей-инвалидов при относительно невысоком охвате интенсивными реабилитационными и оздоровительными мероприятиями. Это подтверждает, что дети с инвалидностью в зоне обслуживания ГЦЗ № 10, 12 и 15 объективно относятся к группе максимального медико-социального риска и нуждаются в приоритизации при планировании работы участкового звена и медико-социальной службы.

С практической точки зрения полученные результаты подчёркивают необходимость: расширения объёма реабилитационных услуг на уровне городских центров здоровья, развития групповых и семейно-ориентированных программ, усиления патронажной работы с детьми-инвалидами и их семьями, а также более тесной интеграции ГЦЗ с ОКПСиР и специализированными реабилитационными структурами. Данные табл. 3.9–3.12 одновременно служат исходной точкой для обоснования необходимости совершенствования модели медико-социальной помощи детям с инвалидностью, что рассматривается в последующих разделах диссертации.

Таким образом, проведённый анализ показал, что среди детского населения, обслуживаемого ГЦЗ № 10, 12 и 15 г. Душанбе, преобладают дети с умеренным медико-социальным риском на фоне значимой доли детей с высоким уровнем риска и низкими интегральными индексами здоровья. Это формирует выраженную потребность в совершенствовании организационных форм медико-социальной помощи, развитии раннего вмешательства и межведомственного взаимодействия, что явилось основанием для разработки и внедрения интегрированной модели медико-социальной помощи детям и их семьям, представленной в последующих подглавах и главе 4 диссертации.

## **ГЛАВА 4. Результаты анализа медико-социальной помощи детям в условиях городских центров здоровья г. Душанбе**

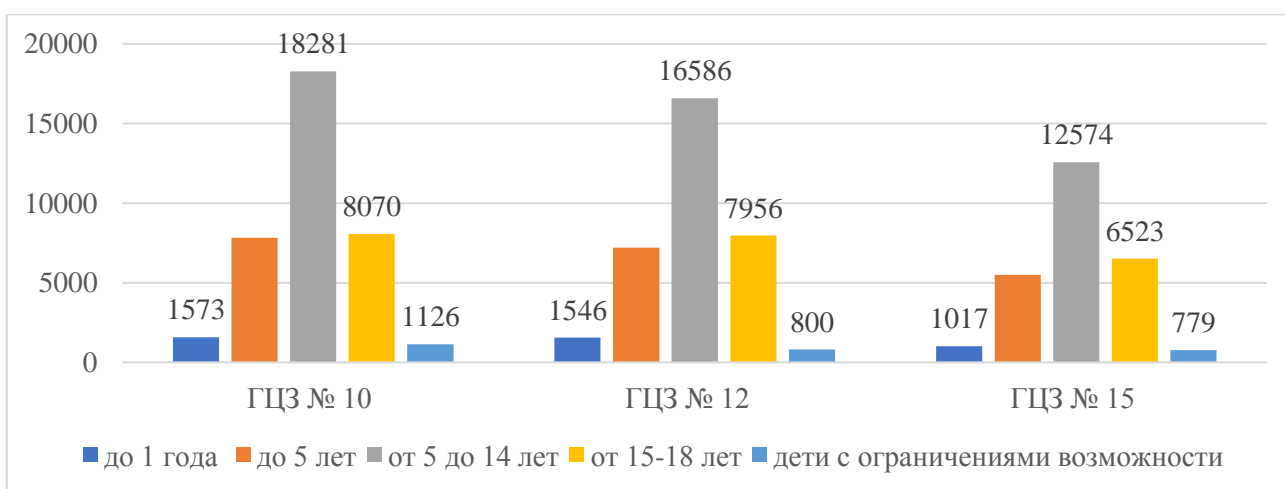
### **4.1. Анализ организации и комплекса мероприятий по оказанию первичной медико-санитарной помощи детям и подросткам на уровне городских центров здоровья г. Душанбе**

ПМСП рассматривается ВОЗ и Детским фондом ООН ЮНИСЕФ как ключевое звено систем здравоохранения и основа устойчивого развития сектора охраны здоровья. Её профилактическая направленность, территориальная приближённость и ориентированность на потребности семьи определяют уровень здоровья населения, включая детское, а также объём необходимой специализированной и стационарной помощи. В условиях крупных городов, в том числе Душанбе, именно ПМСП обеспечивает реальную доступность медицинских услуг для детей, подростков и их семей, особенно из уязвимых социальных групп.

В рамках настоящего исследования для углублённого анализа эффективности организации медико-социальной помощи детям были выбраны три ГЦЗ № 10, № 12 и № 15, входящие в структуру городской сети медицинских учреждений. На базе указанных ГЦЗ первичную медицинскую помощь получают более 230 тыс. жителей города, в том числе значительный контингент детей и подростков 0–17 лет. Каждому центру закреплена чёткая территория обслуживания, включающая дошкольные учреждения, общеобразовательные школы, а также определённый массив жилой застройки, что позволяет обеспечить участковый принцип обслуживания и персональную ответственность семейных врачей и участковых педиатров за здоровье закреплённого контингента.

ГЦЗ работают, главным образом, в одну смену, при этом их пропускная способность существенно различается: ГЦЗ № 10 рассчитан на 800 посещений в смену, ГЦЗ № 12 - на 550, ГЦЗ № 15 - на 750 посещений. Такая конфигурация отражает различия в плотности населения и масштабе закреплённых территорий. В структуру ГЦЗ входят педиатрические и терапевтические отделения, кабинет семейного врача, кабинеты узких специалистов, диагностические службы, отделения восстановительного лечения, репродуктивный центр, а также ОМСП, что создаёт предпосылки для интегрированного подхода к охране здоровья детей и подростков.

По данным отчётной документации, на протяжении периода исследования (2020–2024 гг.) численность прикрепленного детского населения в сумме по трём ГЦЗ превышала 70 тыс. детей 0–17 лет, при этом наблюдался как общий рост детского контингента, так и его перераспределение между центрами. Наиболее высокие темпы прироста отмечены в зоне ГЦЗ № 10, что связано с активной жилищной застройкой и уплотнением населения. ГЦЗ № 12 и № 15 обслуживают сочетание многоэтажной и частной малоэтажной застройки, что предъявляет особые требования к организации патронажа, посещений на дому и межведомственного взаимодействия (рисунок 4.1.).



**Рисунок 4.1. - Динамика численности прикрепленного детского населения, а также его возрастная структура**

Анализ возрастной структуры показал, что во всех трёх центрах преобладают дети дошкольного и младшего школьного возраста, на долю которых приходится до половины детского населения. Это принципиально важно с точки зрения объёма профилактических мероприятий, патронажной работы, вакцинации, скрининга нарушений развития и организации раннего вмешательства. Подростки 15–17 лет составляют меньшую, но стратегически значимую группу, поскольку именно в этом возрасте формируются многие поведенческие факторы риска, требующие междисциплинарного подхода (медико-социального, образовательного, правового).

В исследуемый период в городе происходили структурные изменения жилищного фонда: снижение доли частного сектора в ряде микрорайонов, уплотнение многоквартирной застройки, переселение части семей в новые жилые массивы. Это приводило к изменению численности прикрепленного контингента, перераспределению детей между ГЦЗ и участками, а также к изменению нагрузки на семейных врачей. Вместе с тем, проведённая реорганизация позволила более чётко закрепить территории и образовательные учреждения за конкретными центрами здоровья, что повысило управляемость и прозрачность показателей.

Отдельного внимания заслуживает вопрос кадрового обеспечения. В составе ГЦЗ работают семейные врачи, участковые педиатры, врачи-специалисты, средний медицинский персонал, медицинские психологи и социальные работники, однако дефицит подготовленных кадров, владеющих современными медико-социальными технологиями и подходами к работе с семьями группы риска, остаётся существенной проблемой. Отсутствие целевой подготовки по медико-социальным вопросам и ограниченные возможности постдипломного обучения снижают потенциал центров здоровья в части комплексного сопровождения уязвимых детей.

В целом проведённый анализ организации ПМСП на базе ГЦЗ № 10, 12, 15 показывает, что данные центры представляют собой типичные для столицы учреждения, работающие в условиях высокой нагрузки и медико-социальной неоднородности прикрепленного населения. Это делает их адекватной площадкой для изучения современных аспектов медико-социальной помощи детям и оценки влияния организационных инноваций на состояние здоровья детского контингента.

#### 4.2. Показатели общей и первичной заболеваемости детей в ГЦЗ

Заболеваемость детей является одним из ключевых показателей, отражающих состояние здоровья детского населения и эффективность работы ПМСП. В рамках исследования изучены уровни общей и первичной заболеваемости детей 0–18 лет по данным отчетности ГЦЗ №10, №12 и №15 с расчётом на 1000 детей, а также динамика этих показателей на контрольных временных точках 2020, 2022 и 2024 гг. (таблица 4.1).

**Таблица 4.1. - Уровень первичной и общей заболеваемости детей 0–18 лет по данным ГЦЗ на 1000 детей**

Год	ГЦЗ № 10		ГЦЗ № 12		ГЦЗ № 15	
	Общая	Первичная	Общая	Первичная	Общая	Первичная
<b>2020</b>	1897,1	1456,5	1677,0	1345,7	-	-
<b>2022</b>	1987,3	1657,3	1998,2	1667,2	1432,4	1222,2
<b>2024</b>	2123,0	1788,2	2234,8	1997,7	2986,1	2314,4
<b>Прирост</b>	+11,9% (2020-2024)	+22,8% (2020-2024)	+33,3% (2020-2024)	+48,5% (2020-2024)	+108,5% (2022-2024)	+89,4% (2022-2024)

Примечание: представлены процентные приросты

Согласно данным таблицы 4.1, в ГЦЗ №10 отмечался последовательный рост общей заболеваемости с 1897,1‰ в 2020 г. до 2123,0‰ в 2024 г., что соответствует увеличению на 11,9%. Первичная заболеваемость за тот же период возросла с 1456,5‰ до 1788,2‰, то есть на 22,8%.

В ГЦЗ №12 динамика была более выраженной: общая заболеваемость увеличилась с 1677,0‰ в 2020 г. до 2234,8‰ в 2024 г. (рост на 33,3%). Первичная заболеваемость выросла с 1345,7‰ до 1997,7‰ (рост на 48,5%), что может свидетельствовать об увеличении доли впервые зарегистрированных случаев и/или изменениях в выявляемости и учёте обращаемости.

По ГЦЗ №15 данные представлены за 2022 и 2024 гг. и демонстрируют резкое увеличение показателей: общая заболеваемость возросла с 1432,4‰ в 2022 г. до 2986,1‰ в 2024 г. (рост на 108,5%), а первичная - с 1222,2‰ до 2314,4‰ (рост на 89,4%). При интерпретации столь высокой динамики следует учитывать возможное влияние организационных факторов, включая изменения в подходах к регистрации, активизацию выявления и направления пациентов, расширение охвата профилактическими мероприятиями, а также особенности прикрепленного контингента. В связи с этим уточнение причин требует сопоставления с абсолютным числом зарегистрированных случаев и годовой численностью детей, а также анализа структуры заболеваний, представленной в последующих подразделах.

Таким образом, анализ общей и первичной заболеваемости свидетельствует о том, что система ПМСП в исследуемых ГЦЗ функционирует в условиях высокой и нарастающей нагрузки. Данная нагрузка, вероятнее всего, обусловлено как особенностями структуры прикрепленного детского населения и уровнем медико-социального риска, так и организационными факторами. Это формулирует объективную потребность в развитии и внедрении медико-социальных технологий сопровождения детей и семей группы риска.

#### **4.3. Обращаемость, диспансерное наблюдение и госпитализация детей**

Доступность и востребованность амбулаторной помощи частично отражаются в частоте обращаемости детей и подростков. В ходе исследования проанализирована структура обращаемости по следующим категориям: часто

обращающиеся (несколько раз в год), обращающиеся ежегодно (не реже одного раза в год) и практически не обращающиеся в течение года в ГЦЗ (таблица 4.2).

**Таблица 4.2. – Распределение детей и подростков по частоте обращаемости в ГЦЗ**

Показатель	ГЦЗ	Часто обращающиеся	Обращающиеся ежегодно ( $\geq 1$ раза/год)	Практически не обращались
Дети 0–14 лет	№10 (n=26 152)	22 020 (84,2)	3 217 (12,3)	915 (3,5)
	№12 (n=13 493)	11 078 (82,1)	1 781 (13,2)	634 (4,7)
	№15 (n=15 386)	12 770 (83,0)	2 216 (14,4)	400 (2,6)
	p (0–14)	<0,001	<0,001	<0,001
Подростки 15–17 лет	№10 (n=5 531)	4 502 (81,4)	631 (11,4)	398 (7,2)
	№12 (n=4 768)	3 843 (80,6)	501 (10,5)	424 (8,9)
	№15 (n=2 475)	1 992 (80,5)	384 (15,5)	99 (4,0)
	p (15–17)	<0,001	<0,001	<0,001

Примечание: p - статистическая значимость различий долей между ГЦЗ ( $\chi^2$  Пирсона для таблицы 3×2: «есть категория» и «нет»)

Доступность и востребованность амбулаторной помощи частично отражаются в частоте обращаемости детей и подростков. В ходе исследования проанализирована структура обращаемости по следующим категориям: часто обращающиеся (несколько раз в год), обращающиеся ежегодно (не реже одного раза в год) и практически не обращающиеся в течение года в ГЦЗ.

Полученные данные показали, что во всех ГЦЗ удельный вес детей, регулярно взаимодействующих с системой ПМСП (часто обращающиеся и обращающиеся ежегодно), превышал 90%. Среди детей 0–14 лет доля регулярной обращаемости составляла 95,3–97,4%, что соответствовало 12 859–25 237 детям в зависимости от ГЦЗ. Среди подростков 15–17 лет данный показатель находился в пределах 91,1–96,0% (2 376–5 133 подростка).

Вместе с тем сохранялась небольшая, но клинически значимая группа детей и подростков, которые в течение года практически не обращались в ГЦЗ.

Среди детей 0–14 лет её доля составляла 2,6–4,7% (400–915 детей), среди подростков 15–17 лет - 4,0–8,9% (99–424 подростка). Данная группа, вероятно, неоднородна и может включать как практически здоровых детей, так и пациентов с хронической патологией при низкой приверженности диспансерному наблюдению, а также подростков с факторами риска и неблагоприятным семейным фоном, что требует адресного анализа причин низкой обращаемости и выработки мер по повышению охвата профилактическими и диспансерными мероприятиями.

Сопоставление структуры обращаемости между ГЦЗ показывает, некоторые различия: в центрах, где с начала периода исследования активно функционировало ОМСП и налажено взаимодействие с образовательными учреждениями и органами социальной защиты, доля детей, не обращающихся за помощью, ниже, что может быть связано с повышением выявляемости проблем и более адресной организацией сопровождения.

Возрастной аспект обращаемости более закономерен и характерна для детей раннего и дошкольного возраста, что объясняется обязательностью профилактических осмотров, вакцинации и высокой тревожностью родителей. Среди подростков доля редких или отсутствующих обращений более высока, что связано с переходом к «взрослому» стилю поведения, стремлением к самостоятельности, а также с некоторым отчуждением от детской поликлиники. В этой связи важное значение приобретает подростковые кабинеты и кабинеты охраны репродуктивного здоровья, способные обеспечить более адресный и конфиденциальный подход к проблемам подростков.

Уровень госпитализации и структура причин госпитализации рассматриваются как индикаторы эффективности работы амбулаторного звена. В исследовании проводился мониторинг госпитализации детей из ГЦЗ № 10, 12 и 15 в стационарные учреждения г. Душанбе, включая республиканские

специализированные центры, с расчётом показателя на 1000 детей и анализом динамики по основным классам заболеваний. Обобщая данные госпитализации из всех ГЦЗ, формируется как вследствие тяжести острых состояний (ОРВИ, острые кишечные инфекции, травмы и т.д.), так и при декомпенсации хронических заболеваний, требующих стационарного наблюдения и интенсивной терапии. В дальнейшем, сопоставление показателей госпитализаций с данными о развитии медико-социальной службы показывает, что по мере укрепления работы ОМСП и расширения комплекса профилактических мероприятий доля госпитализаций по ряду управляемых причин имеет тенденцию к снижению.

Особое место в анализе занимает оценка контингента детей, находящихся на диспансерном наблюдении, и показателей патологической поражённости. В начале периода исследования в диспансерную группу ГЦЗ входило до 19–20 % прикрепленного детского населения; при этом значительную часть составляли дети дошкольного возраста с хроническими заболеваниями органов дыхания, пищеварения, нервной системы, а также на детей-инвалидов.

По мере развития профилактической и медико-социальной службы контингент диспансерной группы стал более структурированным: усилилось приоритетное наблюдение детей из уязвимых семей, организована систематическая диспансеризация детей с ОВ, многодетных семей и семей социального риска. Показатели патологической поражённости за период исследования снизились, что отражает как улучшение состояния здоровья, так и рациональное ведение диагностики и учёта хронической патологии.

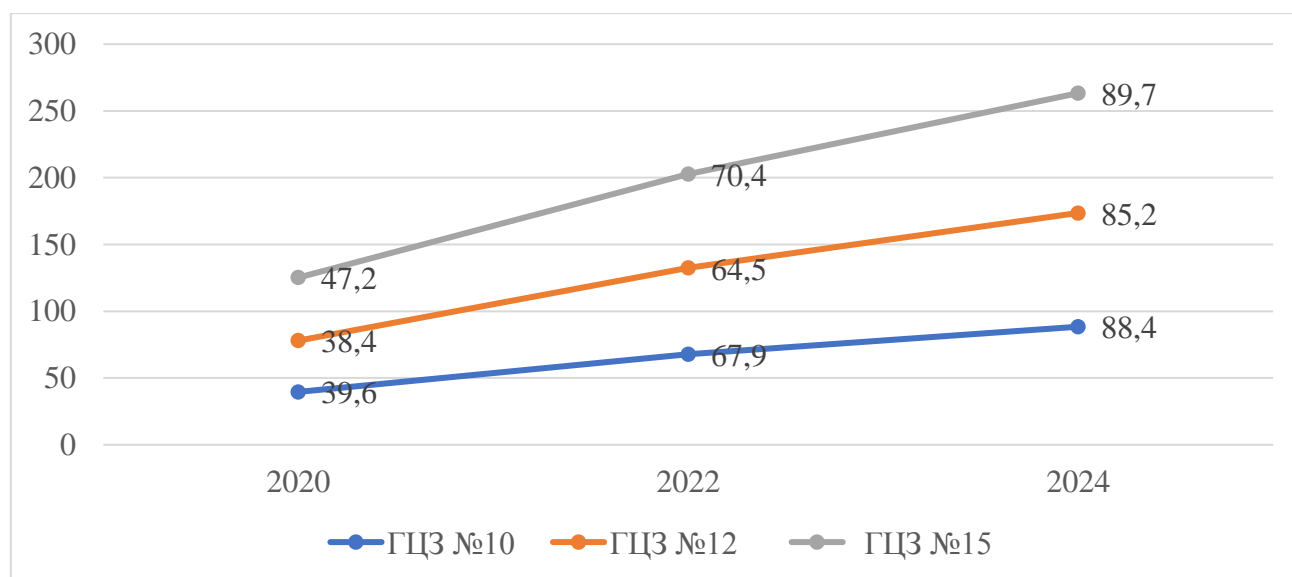
#### **4.4. Профилактические осмотры и индексы здоровья детского населения**

Профилактические осмотры являются важнейшим инструментом раннего выявления нарушения здоровья, оценки физического и нервно-психического

развития, а также своевременного формирования диспансерных групп и маршрутизации детей. В исследуемых ГЦЗ ежегодно проводятся плановые профилактические осмотры детей и подростков с участием врачей различных специальностей и среднего медицинского персонала.

Согласно отчётным данным, в течение года в исследуемых ГЦЗ профилактические осмотры проходят около 98 545 детей, что составляет до 88 % от общего числа проживающих детей по закреплённым территориям. В среднем ежедневно через доврачебный кабинет и кабинеты профилактики ГЦЗ проходит от 35 до 57 детей для проведения осмотров и клинико-лабораторных обследований.

На фоне совершенствования работы и внедрения комплексных медико-социальных подходов доля детей, подлежащих углублённым профилактическим осмотрам и реально прошедших их, существенно выросла: с 32,4 % в начале периода исследования до 78,5 % к его завершению (+46,1% прироста  $p < 0,001$ ) (рисунок 4.2.).



**Рисунок 4.2. - Проведение профилактических осмотров среди детей и подростков в динамике**

Рост охвата осмотрами сопровождался улучшением качества оценки состояния здоровья: шире используются антропометрические измерения, шкалы развития, стандартизированные опросники, функциональные тесты. Это позволило более объективно формировать группы здоровья, выявлять ранние признаки хронических заболеваний и факторов риска. В результате доля детей, относящихся к I–II группам здоровья, увеличилась, а доля III–IV групп, напротив, уменьшилась; при этом среди детей из семей высокого медико-социального риска наблюдалось наиболее выраженное улучшение индексов здоровья, что подтверждает значимость целенаправленной работы именно с этим контингентом.

Важно отметить, что эффективность профилактической работы во многом зависит от кадрового потенциала и оснащённости ГЦЗ. Проведённый опрос среди родителей детей, обслуживаемых в исследуемых центрах, показал, что 79 % респондентов положительно оценивают качество и доступность медицинской помощи на уровне ГЦЗ, однако обращают внимание на необходимость дальнейшего улучшения условий приёма, сокращения времени ожидания, расширения спектра диагностических услуг и повышения компетентности медицинского персонала.

Таким образом, результаты анализа профилактических осмотров и показателей оценки здоровья свидетельствуют о существенном росте охвата профилактическими мероприятиями и повышении эффективности профилактического звена в исследуемых ГЦЗ. Это формирует предпосылки для более своевременного выявления уязвимых групп и обосновывает необходимость развития специализированных медико-социальных технологий сопровождения детей и семей группы риска, что рассматривается в следующей главе.

## **ГЛАВА 5. Обоснование совершенствования организации медико-социальной помощи детям и подросткам в условиях ГЦЗ**

### **5.1. Интерпретация динамики заболеваемости и обращаемости с учётом медико-социальных факторов**

Полученные результаты свидетельствуют, что показатели общей и первичной заболеваемости, а также структура обращаемости детского населения формируются под влиянием клинических причин, а также некоторых организационных и медико-социальных факторов. Поэтому интерпретация выявленных тенденций должна учитывать особенности прикрепленного контингента, распространённость факторов медико-социального риска, доступность и привычность обращения за помощью, охват профилактическими осмотрами и полноту регистрации случаев на уровне ПМСП.

Анализ общей и первичной заболеваемости по выбранным годам может отражать одновременно несколько процессов. С одной стороны, увеличение показателей способно свидетельствовать о реальном росте частоты острых заболеваний и накоплении хронической патологии, что закономерно повышает нагрузку на амбулаторное звено. С другой стороны, при усилении профилактической направленности работы и повышении охвата профилактическими осмотрами обычно увеличивается выявляемость ранее недиагностированных состояний, уточняется структура хронической патологии, возрастает полнота регистрации впервые установленных диагнозов. В таком контексте более высокие значения первичной заболеваемости и её выраженный прирост не следует трактовать исключительно как ухудшение состояния здоровья населения; они могут отражать повышение результативности выявления и учёта заболеваний, а также улучшение доступности обращения и диагностических возможностей ПМСП.

Важное значение имеют межцентровые различия, которые целесообразно рассматривать прежде всего с позиции неоднородности прикрепленного контингента. Для городских территорий характерна заметная доля семей с медико-социальными факторами риска, включая неблагополучие, многодетность, миграционные особенности, неполные семьи и иные формы социальной уязвимости. Наличие значимого слоя детей, относящихся к группам медико-социального риска, закономерно ассоциируется с повышенной частотой острых заболеваний, более высоким уровнем повторных обращений, сниженной приверженностью к длительному наблюдению при хронических состояниях, а также с риском нарушений преемственности (пропуски профилактических мероприятий, несвоевременное обращение, поздняя диагностика). В совокупности это создаёт предпосылки к увеличению общей заболеваемости и формированию устойчивой нагрузки на систему ПМСП, требующей не только лечебных, но и организационно-профилактических решений.

Структура обращаемости выступает дополнительным объясняющим фактором, позволяя точнее интерпретировать показатели заболеваемости. Высокая доля регулярного контакта населения с ГЦЗ является позитивной характеристикой доступности медицинской помощи и сформированной культуры обращения. Однако наличие небольшой группы детей и особенно подростков, практически не обращающихся в течение года, имеет принципиальное организационное значение. В этой группе могут находиться как практически здоровые дети, так и пациенты с хроническими заболеваниями при низкой приверженности наблюдению и лечению, а также подростки с поведенческими факторами риска и неблагоприятным семейным фоном.

Возрастные особенности обращаемости закономерны и важны для организационных выводов. Дети раннего и дошкольного возраста, как правило, демонстрируют более регулярные контакты с системой ПМСП в связи с

вакцинацией, профилактическими осмотрами и большей инициативой родителей. У подростков доля эпизодических обращений и случаев отсутствия обращаемости выше, что объясняется стремлением к самостоятельности, особенностями поведения и повышенной потребностью в конфиденциальности, а также меньшей ориентированностью на “детскую” амбулаторную службу. В этих условиях особую роль приобретают подростково-ориентированные формы помощи, включая консультирование по вопросам охраны репродуктивного здоровья, профилактики рискованного поведения и психолого-социальной поддержки, что позволяет снижать барьеры обращения и повышать приверженность наблюдению.

Показатели профилактической работы, включая охват профилактическими осмотрами и организацию диспансерного наблюдения, следует рассматривать как ключевой механизм влияния на управляемые факторы риска и как фактор, меняющий структуру выявляемой патологии. Расширение охвата профилактическими осмотрами ведёт к раннему выявлению заболеваний и факторов риска, формированию групп диспансерного наблюдения, уточнению диагноза и своевременному началу профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий. Одновременно это может повышать регистрируемую первичную заболеваемость за счёт роста выявляемости, что является ожидаемым следствием улучшения профилактической работы и не противоречит стратегической цели снижения тяжёлых исходов и управляемых осложнений. В дальнейшем при устойчивой профилактической и диспансерной работе возможно снижение доли поздних обращений и уменьшение частоты обострений хронических заболеваний за счёт повышения приверженности и системности наблюдения.

Обсуждение результатов главы 4 позволяет сделать практический вывод о том, что при высокой нагрузке на ПМСП эффективность работы ГЦЗ

определяется не только объемом лечебной деятельности, но и наличием управляемых организационных механизмов работы с медико-социальным риском. В городских условиях к таким механизмам относятся междисциплинарная команда, стандартизированная стратификация риска и маршрутизация, адресная работа с уязвимыми семьями, подростково-ориентированные сервисы, а также межведомственное взаимодействие с учреждениями образования и социальной защиты. Реализация указанных компонентов позволяет переводить обращаемость в управляемый процесс профилактики и сопровождения, снижая вероятность нарушений преемственности, позднего выявления и декомпенсации хронической патологии.

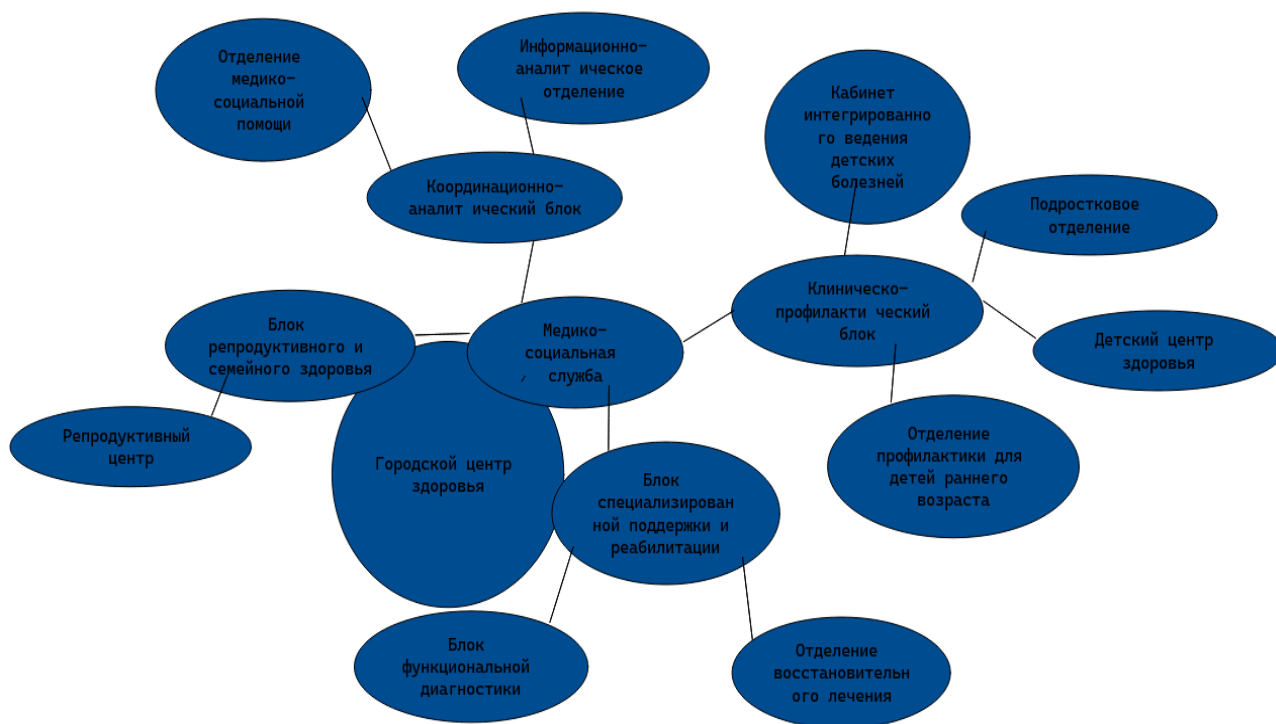
Таким образом, интерпретация динамики заболеваемости и обращаемости в исследуемых ГЦЗ подтверждает необходимость перехода от преимущественно реактивной модели оказания помощи “по обращению” к более проактивной модели, ориентированной на раннее выявление факторов риска и системное сопровождение детей и подростков из уязвимых групп. Это обосновывает рассмотрение в следующем подразделе организационно-функциональной модели ОМСП, его кадрового обеспечения и алгоритмов маршрутизации как ключевых элементов совершенствования медико-социальной помощи в условиях городских центров здоровья.

## **5.2. Организационно-функциональная модель ОМСП, структура, штат и маршрутизация**

В условиях высокой и нарастающей нагрузки на ПМСП, выявленной в ходе анализа заболеваемости, обращаемости и профилактической работы, повышение эффективности ПМСП требует организационных механизмов, обеспечивающих адресное сопровождение уязвимых групп детского населения.

Ключевым таким механизмом выступает интегрированная модель медико-социальной помощи, реализуемая через ОМСП в составе ГЦЗ. Назначение ОМСП состоит в системной работе с детьми и семьями группы медико-социального риска, снижении барьеров доступа к помощи, повышении приверженности наблюдению и лечению, а также в обеспечении межведомственной координации в ситуациях, когда медицинских мероприятий недостаточно для достижения устойчивого результата.

Модель организации ОМСП базируется на междисциплинарном принципе и предполагает распределение функций между специалистами медицинского и немедицинского профиля, участвующими в сопровождении ребёнка и семьи. В практическом плане это обеспечивает возможность комплексной оценки потребностей, выделения доминирующих факторов риска и формирования индивидуализированного плана наблюдения и поддержки. Структура медико-социальной службы и её функциональные компоненты представлены на рисунке 5.1.



**Рисунок 5.1. - Структура медико-социальной службы ГЦЗ**

Представленная структура ОМСП в составе ГЦЗ, ориентирована на обеспечение непрерывности ведения случая в ПМСП, от первичного выявления факторов риска до целевого сопровождения и контроля выполнения мероприятий. Важной характеристикой модели является интеграция профилактического компонента с психолого-социальной поддержкой и организацией межведомственных связей, что позволяет перейти от эпизодического реагирования на проблему к системному управлению медико-социальным риском.

Кадровое обеспечение ОМСП и функциональное распределение обязанностей должны соответствовать задачам службы и реальной структуре риска прикрепленного населения. Практика показала, что эффективность модели повышается при четком закреплении ответственности за ключевые этапы сопровождения (идентификация риска, первичная оценка потребностей, формирование плана сопровождения, координация специалистов и ведомств, мониторинг результатов). Это снижает вероятность дублирования функций и обеспечивает управляемость процесса ведения случая.

Функционирование ОМСП предполагает реализацию комплекса взаимосвязанных задач: выявление детей и семей группы риска, проведение медико-социальной оценки, консультирование и обучение родителей/законных представителей, содействие в соблюдении режима наблюдения и профилактики, сопровождение при необходимости получения специализированной помощи, а также организация взаимодействия с учреждениями образования и социальной защиты. Отдельным направлением является работа с подростками, для которых характерны особенности обращаемости и повышенная чувствительность к вопросам конфиденциальности; в этой группе особенно важны консультирование, профилактика рискованного поведения и обеспечение «дружественных» сервисов в рамках ПМСП.

Ключевым организационным элементом модели является стандартизированная маршрутизация детей из группы медико-социального риска. Маршрутизация обеспечивает последовательность действий специалистов и критерии направления, а также минимизирует риск “потери” ребёнка при переходе между этапами наблюдения. Алгоритм маршрутизации должен включать идентификацию риска, первичную междисциплинарную оценку, формирование индивидуального плана сопровождения, проведение профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий, контроль исполнения рекомендаций и оценку результата (рисунок 5.2).



**Рисунок 5.2. - Схема маршрутизации детей из группы медико-социального риска**

Применение единой схемы маршрутизации повышает адресность работы и способствует своевременному подключению специалистов медико-социального профиля при наличии соответствующих показаний. Практическая

значимость алгоритма заключается в возможности раннего выявления неблагоприятных факторов и оперативного принятия организационных решений (диспансерное наблюдение, контрольные визиты, консультирование, социальное сопровождение, межведомственные мероприятия). Это особенно важно для детей из социально уязвимых семей, где без системного сопровождения нередко отмечаются нарушения преемственности наблюдения, низкая приверженность профилактическим программам и поздние обращения.

Для обеспечения управляемости модели и оценки её результативности применяется мониторинг контингентов, обслуживаемых ОМСП, с выделением приоритетных групп. Мониторинг позволяет оценивать объём работы службы, изменения структуры уязвимых групп и планировать ресурсы, ориентируясь на доминирующие категории риска (таблица 5.1).

**Таблица 5.1. - Мониторинг групп детей, обслуживаемых отделением медико-социальной помощи (2020–2024), n (%)**

Группа	2020	2021	2022	2023	2024	p
Социально неблагополучные семьи	семьи: 98; дети: 456 (30,8)	семьи: 124; дети: 534 (25,5)	семьи: 231; дети: 1008 (35,9)	семьи: 289; дети: 1123 (36,8)	семьи: 302; дети: 1225 (40,0)	<0,001
Многодетные семьи	семьи: 139; дети: 532 (35,9)	семьи: 223; дети: 934 (44,6)	семьи: 321; дети: 1223 (43,6)	семьи: 345; дети: 1298 (42,6)	семьи: 322; дети: 1277 (41,7)	0,104
Дети, находящиеся под опекой	123 (8,3)	144 (6,9)	213 (7,6)	228 (7,5)	254 (8,3)	0,464
Дети-инвалиды	323 (21,8)	436 (20,8)	323 (11,5)	363 (11,9)	278 (9,1)	<0,001
Несовершеннолетние правонарушители	45 (3,0)	42 (2,0)	36 (1,3)	30 (1,0)	26 (0,8)	<0,001
Юные матери и их дети	2 (0,1)	4 (0,2)	5 (0,2)	6 (0,2)	3 (0,1)	0,662
Всего детей	1481 (100)	2094 (100)	2808 (100)	3048 (100)	3063 (100)	

Примечание: дети распределены по доминирующему медико-социальному признаку (категории взаимно исключающие, суммы по строкам = 100%).

p для строк с долями рассчитано по логистической регрессии (доля категории среди всех детей данного года; тренд по годам).

Анализ мониторинговых данных позволяет выделить группы, формирующие основную нагрузку на медико-социальную службу, и подтверждает необходимость приоритизации профилактических и сопроводительных мероприятий именно среди детей из социально неблагополучных и многодетных семей, детей, находящихся под опекой, детей с инвалидностью и иных уязвимых категорий. В практическом аспекте это создаёт основу для планирования адресной работы и формирования межведомственных маршрутов, обеспечивающих не только медицинское наблюдение, но и социально-психологическую поддержку.

Таким образом, организационно-функциональная модель ОМСП в структуре ГЦЗ представляет собой интегрированный механизм управления медико-социальным риском на уровне ПМСП, включающий междисциплинарную команду, стандартизированную маршрутизацию, мониторинг уязвимых контингентов и координацию межведомственных действий. Указанные компоненты создают предпосылки для внедрения комплекса мероприятий по совершенствованию медико-социальной помощи и оптимизации межведомственного взаимодействия, что рассматривается в следующем подразделе.

### **5.3. Комплекс мероприятий по совершенствованию медико-социальной помощи и оптимизация межведомственного взаимодействия в ГЦЗ г.**

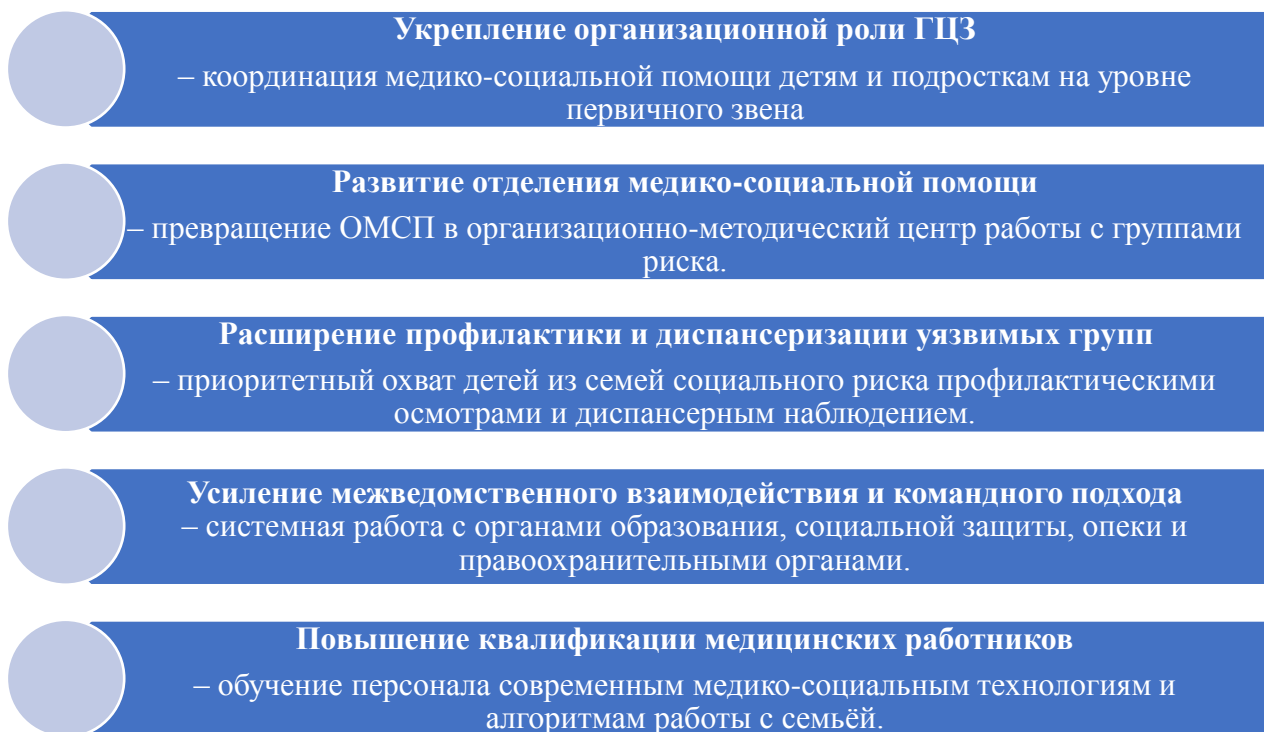
#### **Душанбе**

Реализация организационно-функциональной модели ОМСП требует не только наличия структуры, кадрового обеспечения и алгоритмов маршрутизации, но и внедрения комплекса взаимосвязанных мероприятий, направленных на повышение результативности профилактики, раннего выявления факторов риска и устойчивости сопровождения детей и семей уязвимых категорий. Комплексный характер изменений принципиален для

городской ПМСП, поскольку изолированные меры (только усиление осмотров или только социальное сопровождение) не обеспечивают стабильного эффекта при наличии множественных факторов риска и высокой мобильности населения.

Содержательно комплекс мероприятий включает управленческие, организационные, профилактические и образовательные компоненты. К управленческим и организационным мерам относятся формализация маршрутов ведения случая, регламентация взаимодействия специалистов внутри ГЦЗ и создание условий для междисциплинарной работы. Профилактический компонент включает расширение охвата целевых групп профилактическими осмотрами и диспансерным наблюдением, повышение доступности консультирования и активное выявление детей, находящихся вне регулярного контакта с ПМСП. Образовательный компонент предусматривает повышение информированности родителей о профилактических программах, прививках, диспансеризации и возможностях получения медико-социальной помощи, а также профессиональное обучение персонала методам выявления факторов риска и ведения семей уязвимых категорий.

Отдельное место занимает снижение барьеров обращения и повышение приверженности наблюдению и лечению. В практическом плане это достигается через более адресную коммуникацию с семьёй, подключение психологической поддержки при наличии признаков неблагополучия или поведенческих проблем, а также через использование “точек входа” в систему сопровождения (профосмотры, школьные и дошкольные учреждения, патронаж, обращения по поводу острых заболеваний). В результате создаются условия для раннего вмешательства и предупреждения ухудшений, требующих более затратных медицинских решений (рисунок 5.3).



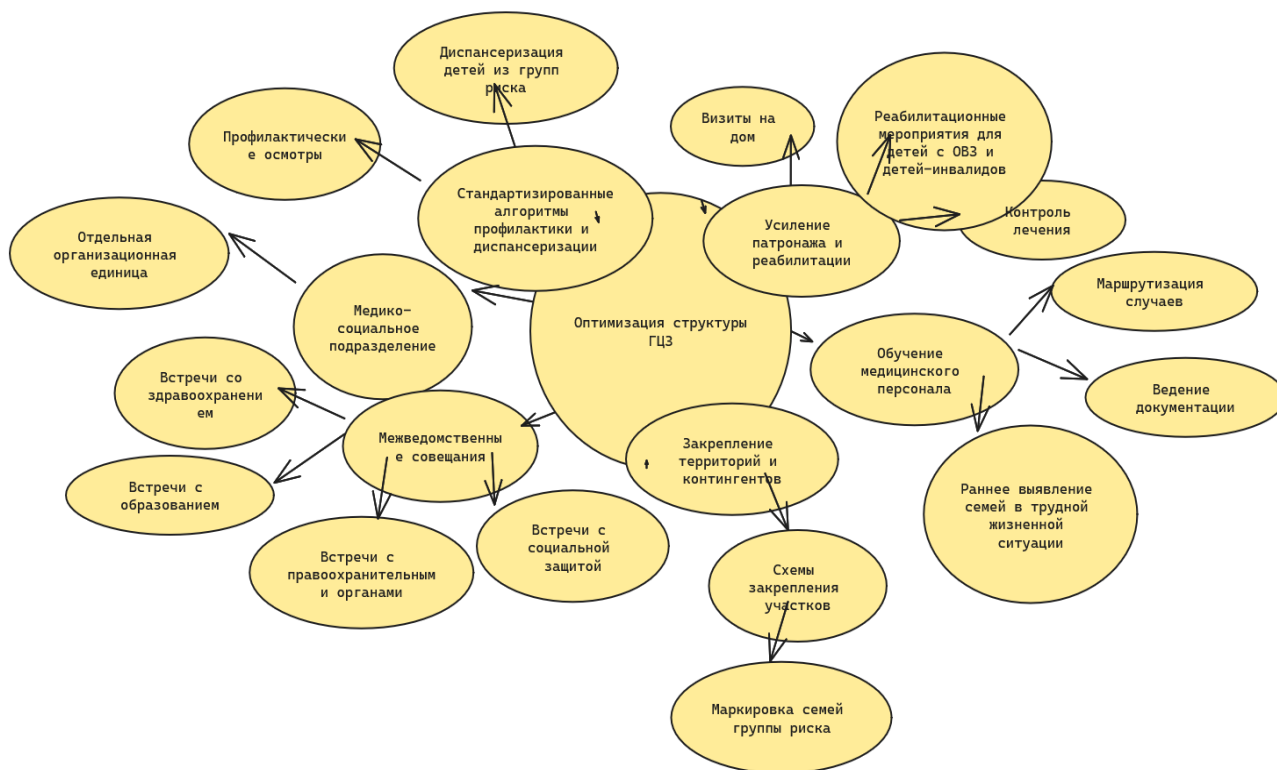
### **Рисунок 5.3. - Комплекс мероприятий по совершенствованию медико-социальной помощи в ГЦЗ**

Представленный комплекс ориентирован на управляемые причины неблагоприятных исходов в уязвимых группах: позднее обращение, нарушения преемственности наблюдения, низкую приверженность профилактике и лечению, недостаточную информированность семьи и ограниченный доступ к социальным ресурсам. Важным преимуществом комплексного подхода является его направленность на предотвращение повторных эпизодов обострений хронической патологии и снижение доли ситуаций, когда помощь оказывается только при выраженном ухудшении состояния

Эффективность внедрения комплекса мероприятий в значительной степени определяется межведомственным взаимодействием, поскольку существенная часть факторов риска у детей и подростков имеет социальную природу и не может быть устранена исключительно медицинскими средствами. В условиях города взаимодействие ГЦЗ с учреждениями образования, органами социальной защиты, структурами опеки и попечительства, а также иными

субъектами профилактики позволяет обеспечить комплексное сопровождение ребёнка и семьи, повысить приверженность профилактическим программам, организовать адресную поддержку и снизить влияние социально обусловленных барьеров доступа к помощи.

Оптимизация структуры ГЦЗ и организация межведомственного взаимодействия включают формирование устойчивых каналов коммуникации, распределение ответственности и согласование алгоритмов реагирования при выявлении семейного неблагополучия, пропусков диспансеризации, нарушений режима наблюдения или признаков рискованного поведения у подростков. Важным условием эффективности является наличие понятных процедур направления, обратной связи и контроля выполнения согласованных мероприятий, что обеспечивает преемственность между секторами и снижает вероятность “разрыва” ведения случая (рисунок 5.4).



**Рисунок 5.4. - Ключевые направления оптимизации структуры ГЦЗ и организации межведомственного взаимодействия**

Реализация указанных направлений переводит ПМСП в формат координационной модели, где медицинская служба выступает инициатором комплексного сопровождения ребёнка и семьи, а межведомственные партнёры обеспечивают решение социальных, образовательных и правовых задач, влияющих на здоровье. Такой подход особенно значим для подростков и семей, находящихся в уязвимом положении, поскольку именно в этих группах чаще встречаются барьеры обращения, нарушения приверженности и скрытые факторы риска, которые не выявляются при стандартном “реактивном” обращении.

Таким образом, внедрение комплекса мероприятий и оптимизация межведомственного взаимодействия являются логическим продолжением организационно-функциональной модели ОМСП и создают условия для достижения измеримых эффектов в профилактической работе и сопровождении уязвимых групп. Итоговая результативность внедрения комплекса мероприятий и оценка эффективности модели по ключевым индикаторам представлены в следующем подразделе.

#### **5.4. Результаты внедрения комплекса мероприятий и итоговая оценка эффективности модели**

Оценка эффективности внедрения интегрированной модели ОМСП в условиях ГЦЗ должна основываться на совокупности показателей, отражающих как изменения в организации профилактической и медико-социальной работы, так и результаты сопровождения уязвимых контингентов. В рамках настоящего исследования итоговая результативность комплекса мероприятий анализировалась по динамике ключевых индикаторов деятельности ПМСП и ОМСП, включая охват профилактическими мероприятиями, управляемость

ведения групп риска, качество маршрутизации и преемственность наблюдения, а также, по интегральной оценке, организационных изменений (рисунок 5.5).



**Рисунок 5.5. - Результаты внедрения комплекса мероприятий**

Данные, обобщённые на рисунке 5.5, демонстрируют направленную положительную динамику показателей, характеризующих профилактическую и медико-социальную составляющие работы ГЦЗ. В организационном плане это выражается в повышении управляемости процессов выявления и сопровождения детей и семей группы риска, расширении охвата целевыми профилактическими мероприятиями и снижении вероятности “потери” ребёнка на этапах маршрутизации и наблюдения. Существенное значение имеет формирование устойчивой междисциплинарной практики, при которой

медицинские, психологические и социальные вмешательства рассматриваются как взаимодополняющие компоненты единого плана ведения случая.

Важным результатом внедрения модели является повышение адресности работы с уязвимыми контингентами. Наличие ОМСП и стандартизированной маршрутизации позволяет системно выделять группы риска, формировать индивидуальные планы сопровождения и обеспечивать контроль выполнения рекомендаций. В таких условиях профилактические осмотры и диспансерное наблюдение становятся не формальной процедурой, а механизмом раннего выявления и управляемого вмешательства, направленного на предупреждение осложнений и ухудшений, требующих более затратных видов помощи.

С практической точки зрения значимость модели определяется не только ростом охвата и активностью профилактической работы, но и изменением качества взаимодействия с семьёй. В процессе сопровождения повышается информированность родителей о профилактических программах и возможностях получения помощи, формируется более устойчивая приверженность наблюдению и выполнению рекомендаций, снижаются барьеры обращения, особенно в социально уязвимых группах. Наиболее выраженный организационный эффект достигается при интеграции медико-социальных технологий с межведомственным взаимодействием, что позволяет решать причины неблагополучия, выходящие за рамки медицинского вмешательства.

Отдельного внимания требует оценка эффекта модели в подростковой группе. Учитывая более высокие риски эпизодического обращения и наличие факторов поведенческого риска, внедрение подростково-ориентированных сервисов и психолого-социального компонента сопровождения рассматривается как один из наиболее значимых элементов повышения эффективности ПМСП. В рамках модели создаются предпосылки для раннего выявления

неблагоприятных тенденций (снижение приверженности наблюдению, пропуски профилактических мероприятий, рискованное поведение) и своевременного подключения соответствующих специалистов и межведомственных партнёров.

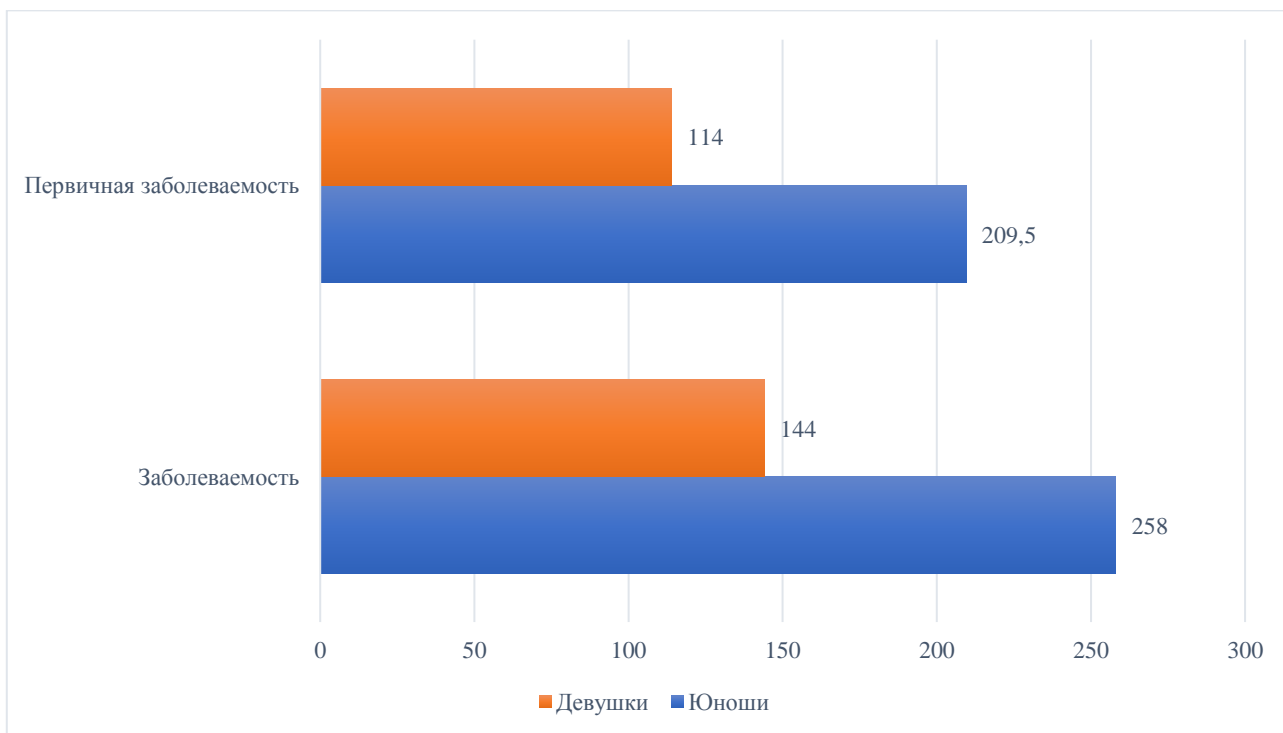
Следует подчеркнуть, что оценка эффективности внедрения организационной модели в реальных условиях ПМСП должна учитывать влияние внешних и контекстных факторов: изменений в потоке обращаемости, особенностей учёта и регистрации, неоднородности прикрепленного контингента по уровню риска, а также различий в ресурсных возможностях отдельных центров. В связи с этим итоговые результаты целесообразно рассматривать как подтверждение практической реализуемости модели и её потенциальной эффективности при соблюдении ключевых условий: наличия структурированного ОМСП, алгоритмов маршрутизации, системы мониторинга и устойчивого межведомственного взаимодействия.

Таким образом, внедрение комплекса мероприятий в рамках интегрированной модели медико-социальной помощи способствует усилению профилактической направленности работы ГЦЗ, повышению адресности сопровождения уязвимых групп и улучшению организационной преемственности наблюдения. Практическая значимость полученных результатов заключается в возможности адаптации и масштабирования модели на другие учреждения ПМСП при сохранении базовых организационных компонентов.

### **5.5. Дополнительные индикаторы эффективности**

Для уточнения организационного эффекта внедрения модели ОМСП целесообразно рассматривать дополнительные индикаторы, отражающие состояние здоровья подростков и нагрузку на педиатрическое звено ПМСП. Эти показатели позволяют косвенно оценить, в какой мере усиливаются

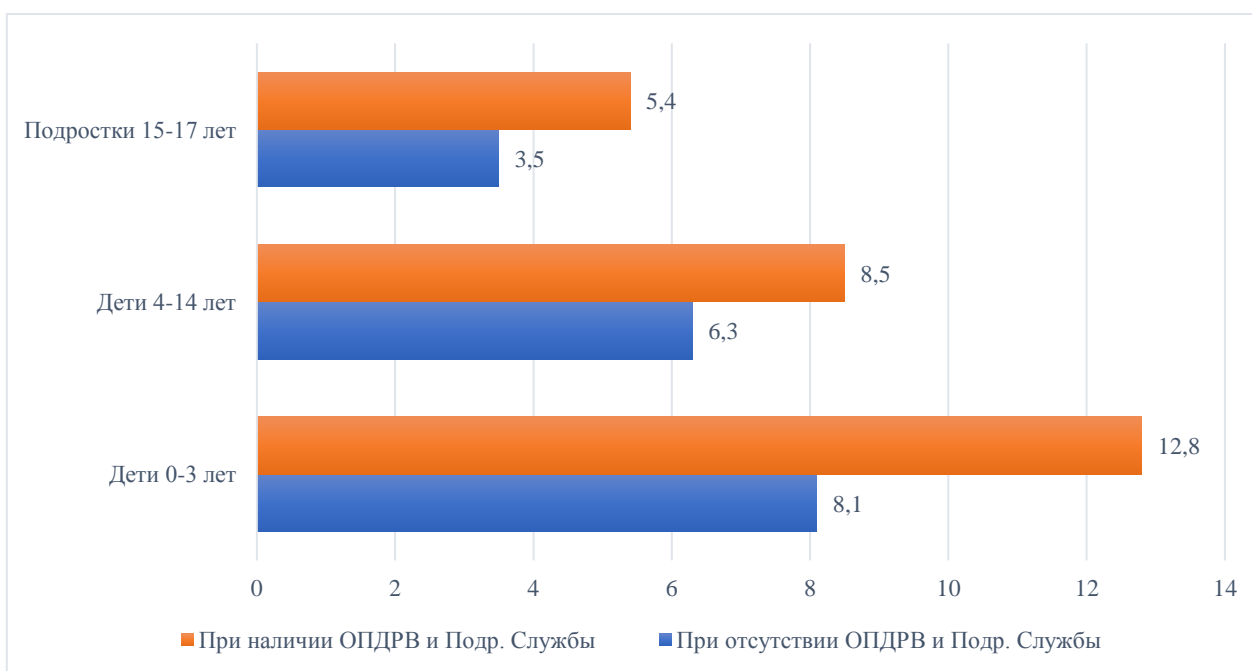
профилактические механизмы, улучшается преємственность наблюдения и повышается “плановость” обращений по сравнению с преимущественно реактивными обращениями при острых состояниях (рисунок 5.6).



**Рисунок 5.6. – Уровень заболеваемости подростков**

Динамика уровня заболеваемости подростков имеет особое значение, поскольку подростковая группа характеризуется более высоким риском эпизодического обращения, поведенческих факторов риска и барьеров доступа к помощи, связанных с вопросами доверия и конфиденциальности. В данном контексте изменения показателей заболеваемости следует интерпретировать совместно с организационными изменениями: развитием подростково-ориентированных сервисов, усилением психолого-социального компонента и повышением адресности сопровождения уязвимых групп. Указанный подход позволяет рассматривать подростков не как “сложный” контингент, а как приоритетную группу управляемого риска в условиях ПМСП.

Показатель среднегодового числа посещений врачей педиатрического профиля на одного ребёнка отражает фактическую нагрузку на первичное звено и косвенно характеризует организацию профилактической работы. При функционирующей медико-социальной службе ожидаемо увеличивается доля плановых контактов (профилактические осмотры, диспансерное наблюдение, контрольные визиты), что повышает управляемость ведения детей групп риска и снижает вероятность поздних обращений (рисунок 5.7).



**Рисунок 5.7. - Среднегодовое число посещений врачей педиатрического профиля на одного ребенка**

Сопоставление показателей обращаемости с организационными результатами внедрения модели позволяет трактовать рост доли плановых посещений как ожидаемый и положительный эффект, отражающий повышение структурированности наблюдения и усиление профилактической направленности ПМСП. В совокупности с данными о развитии ОМСП (структура, маршрутизация, мониторинг) это подтверждает целесообразность институционализации модели и её адаптации для других учреждений ПМСП при сохранении ключевых организационных компонентов.

Таким образом, результаты, рассмотренные в настоящей главе, подтверждают, что динамика показателей заболеваемости, обращаемости и профилактической работы в исследуемых ГЦЗ определяется комплексом клинических, медико-социальных и организационных факторов, что требует перехода от преимущественно реактивной модели оказания помощи к более проактивному ведению контингентов повышенного риска. Представленная организационно-функциональная модель медико-социальной помощи, реализуемая через ОМСП, обеспечивает структурирование междисциплинарной работы, закрепление функциональной ответственности специалистов, стандартизацию маршрутизации детей и семей группы медико-социального риска и системный мониторинг уязвимых контингентов. Внедрение комплекса мероприятий и оптимизация межведомственного взаимодействия создают условия для повышения управляемости профилактических процессов, улучшения преемственности наблюдения и усиления адресности сопровождения детей и подростков, включая группы с повышенными барьерами обращения. Совокупность полученных организационных и результативных эффектов позволяет рассматривать модель как практико-ориентированный механизм совершенствования медико-социальной помощи в условиях ГЦЗ и обосновывает необходимость дальнейшего обсуждения полученных результатов с позиций их интерпретации, сопоставления и практической значимости.

## **ГЛАВА 6. Обзор результатов исследования**

Проведённое комплексное медико-социальное исследование, охватившее прикреплённое детское население ГЦЗ № 10, 12 и 15 г. Душанбе за период 2020–2024 гг., позволило не только описать структуру заболеваемости и медико-социального риска, но и оценить эффективность внедрённой интегрированной модели медико-социальной помощи детям и подросткам. Полученные результаты подтверждают ключевые положения современной социальной педиатрии о решающей роли совокупности биологических и социальных детерминант в формировании здоровья ребёнка и в целом согласуются с данными отечественных и зарубежных авторов, подчёркивающих значимость интеграции медицинской и социальной помощи на уровне первичного звена [49, с. 131-137; 51, с. 242-245; 61, с. 228-232; 72, с. 61-65; 87, с. 177; 114, с. 13; 117, с. 48; 118, с. 92; 124, с.74].

### **6.1. Медико-демографический и социальный профиль детского населения как основа формирования высокого медико-социального риска**

Анализ структуры детского населения показал, что прикреплённый контингент ГЦЗ № 10, 12 и 15 представлен всеми возрастными группами, при этом доминируют дети младшего школьного и подросткового возраста, на долю которых приходится свыше 70% всех детей. Это соответствует общегородским демографическим тенденциям для Душанбе и согласуется с данными официальной статистики о высокой доле детей и подростков в структуре населения столицы [1, с.436; 2, с.499].

Подобное возрастное распределение усиливает нагрузку на систему ПМСП: именно школьники и подростки предъявляют наибольшие требования к объёмам как профилактической работы (осмотры, вакцинация, формирование здоровьесберегающего поведения), так и медико-социального сопровождения (профилактика девиантного поведения, коррекция факторов риска, связанных с

образом жизни). Сходная ситуация описана в работах, посвящённых крупным мегаполисам и столичным регионам, где отмечается «омоложение» населения и концентрация детей школьного и подросткового возраста, что закономерно усиливает требования к организации детской службы [20, с. 5-8; 49, с.131-137; 72, с. 61-65; 87, с. 177].

Особое место в характеристике контингента занимают семейный статус и структура семьи. Значимую долю детей составляют воспитанники неполных и многодетных семей, а также семьи с выраженными признаками социально-бытового неблагополучия. Наличие таких категорий семей ассоциировано с повышенным риском нерегулярного обращения за медицинской помощью, низкой приверженностью к диспансерному наблюдению и сложностями в реализации длительных реабилитационных программ. Это полностью соответствует выводам исследований, показывающих, что неполные и многодетные семьи, особенно при ограниченных материальных ресурсах и низком уровне образования родителей, формируют ядро групп медико-социального риска [34, с. 76-77; 44, с.107-114; 49, с.131-137; 55, с.19-24].

Не менее важным детерминантом является образовательный уровень родителей и их миграционный статус. В исследуемой выборке доля родителей с высшим и средним специальным образованием относительно высока, что должно способствовать лучшей здравоохранительной грамотности. Однако присутствие слоя семей с только средним и ниже среднего образованием, а также выраженная распространённость трудовой миграции (отъезд одного или обоих родителей) создают серьёзные препятствия для непрерывного наблюдения ребёнка и реализации рекомендаций врача. Сходные зависимости между низким образованием родителей, миграцией и неблагоприятными исходами у детей были продемонстрированы в ряде российских и зарубежных

работ, где подчёркивается роль «социального капитала» семьи как критического ресурса для здоровья ребёнка [2, с.499; 55, с.19-24; 72, с.61-65].

Дополнительным маркером неблагоприятия является высокая частота беременностей у женщин моложе 20 лет в зоне обслуживания ГЦЗ, особенно в ГЦЗ № 10, где доля ранних беременностей в отдельные годы превышала четверть всех беременностей, достигая 38,6 % в 2022 г. Эти данные подтверждают, что значительная часть детского населения формируется изначально в условиях повышенного биологического и медико-социального риска. По данным акушерско-педиатрической литературы, ранние беременности достоверно ассоциированы с повышенной частотой недонашивания, задержки внутриутробного развития, низкой массы тела при рождении и ранней хронической патологии у детей, что полностью коррелирует с полученными результатами [2, с.499; 4, с.50-57; 43, с.9-12; 97, с.49-55].

Таким образом, совокупный анализ медико-демографических и социальных характеристик показал, что прикрепленное к ГЦЗ № 10, 12 и 15 детское население отличается высокой долей факторов медико-социального риска: неполные и многодетные семьи, неблагоприятные жилищно-бытовые условия, ранние беременности, низкий или неоднородный уровень образования родителей и их миграция. Эти особенности формируют тот «социальный фон», на котором разворачиваются процессы заболеваемости и хронизации патологии, и тем самым обосновывают необходимость развития специализированных медико-социальных технологий на уровне ПМСП [34, с.76-77; 44, с.107-114; 49, с.131-137; 55, с.19-24; 87, с.177].

## **6.2. Структура заболеваемости, хронической патологии и индексы здоровья в сопоставлении с данными литературы**

Анализ общей и первичной заболеваемости детей в исследуемых ГЦЗ продемонстрировал устойчивую тенденцию к росту как суммарных, так и

первичных показателей на 1000 детей. Наиболее высокие уровни заболеваемости зарегистрированы в ГЦЗ № 10 и 12, что совпадает с более высокой концентрацией детей из групп социального риска и большей плотностью населения на их территориях [22, с.152; 24, с. 368; 55, с.19-24; 76, с.76-96; 97,с.49-55].

Структурный анализ заболеваемости показал доминирование болезней органов дыхания (до половины всех зарегистрированных случаев) с последующим вкладом заболеваний органов пищеварения, нервной системы, опорно-двигательного аппарата, инфекционных и паразитарных заболеваний. Такая структура полностью соответствует классическим представлениям о патологии детского возраста и данным многочисленных исследований, указывающих на лидирующие позиции респираторной патологии в педиатрической популяции, особенно в условиях крупных городов и высокого уровня контактности детей [21, с. 26-34; 32, с. 203-210; 34, с. 76-77; 55, с.19-24; 75, с. 162; 96, с. 12; 117, с.48].

Обращает на себя внимание выраженная коморбидность хронической патологии у части детей хронические заболевания дыхательной, пищеварительной, нервной систем и опорно-двигательного аппарата сочетаются с эндокринными нарушениями и остаточными явлениями перинатального поражения ЦНС. Наличие коморбидных состояний закономерно ассоциировано с более низким интегральным индексом здоровья, более высокой частотой обращений и госпитализаций. Аналогичные наблюдения приводятся в работах по социальной педиатрии, где подчёркивается, что сочетанная хроническая патология у детей нередко формируется на фоне неблагоприятных социальных условий и требует мультидисциплинарного подхода [49, с. 131-137; 87, с. 177].

Использование интегрального индекса здоровья позволило перейти от анализа отдельных нозологических форм к комплексной оценке состояния

ребёнка. Полученные данные показали, что доля детей с высоким уровнем интегрального здоровья составляет менее половины контингента, тогда как значимая часть относится к группе со средним и низким уровнем здоровья. При этом с увеличением возраста доля детей с высоким индексом уменьшается, а доля детей с низким индексом возрастает, что отражает накопление хронической патологии и влияние возрастающих учебных и психоэмоциональных нагрузок.

Сопоставление этих результатов с уровнем медико-социального риска выявило чёткую градацию: в группе низкого риска минимальна частота хронических заболеваний и выше доля детей с высоким интегральным индексом; в группе умеренного риска нарастают частота острых заболеваний и удельный вес детей со средним индексом; в группе высокого риска доминируют дети с тяжёлой и коморбидной хронической патологией, повторными госпитализациями и низким интегральным индексом здоровья. Эти данные полностью подтверждают концепцию «социального градиента здоровья», широко представленную в литературе, согласно которой нарастание совокупного социального риска сопровождается ухудшением практически всех показателей здоровья [72, с. 61-65; 87, с. 177; 118, с. 92; 121, с. 98;].

Особое место занимает контингент детей-инвалидов и детей с нарушениями развития. В каждом из ГЦЗ на протяжении всего периода исследования сохраняется устойчивый, весьма значительный по численности пул детей-инвалидов, при этом ежегодно регистрируется приток новых случаев при относительно ограниченном объёме реабилитационных мероприятий. Анализ работы отделений комплексной поддержки семьи и ребёнка (ШДОК) показал, что, несмотря на расширение охвата услугами раннего вмешательства, часть детей продолжает направляться в интернатные учреждения, а доля охвата инклюзивными образовательными программами остаётся недостаточной. Эти

результаты согласуются с данными исследований, указывающих на общий для многих регионов дефицит реабилитационных и инклюзивных ресурсов, фрагментарность межведомственного взаимодействия и высокую уязвимость семей, воспитывающих детей-инвалидов [8, с. 49-54; 10, с. 33-38; 21, с. 26-34; 29, с. 120-124; 31, с. 85-89; 61, с. 228-232; 67, с. 109-115;].

Таким образом, структура заболеваемости, хронической патологии и интегральных индексов здоровья детского населения ГЦЗ № 10, 12 и 15 в целом соответствует описанным в литературе тенденциям для крупных городов с высокой долей социально уязвимых семей, но при этом данное исследование конкретизирует и количественно подтверждает эти закономерности на материале столицы Республики Таджикистан [1, с. 436; 2, с. 499; 21, с. 26-34; 22, с. 152; 23, с. 372; 24, с. 368; 25, с. 364; 26, с. 364; 27, с. 351; 49, с. 131-137; 51, с. 242-245; 87, с. 177;].

### **6.3. Обращаемость, диспансерное наблюдение и госпитализация: роль медико-социальной службы и сравнение центров с различной организацией помощи**

Анализ структуры обращаемости детей и подростков выявил, что более 80 % детского контингента регулярно контактирует с системой ПМСП (частые или ежегодные обращения), что свидетельствует о формальной доступности услуг. Одновременно сохраняется небольшая, но клинически значимая группа детей и подростков, практически не обращающихся в ГЦЗ, среди которых нередко встречаются дети с хронической патологией и неблагоприятным семейным фоном. Этот феномен «невидимых» для системы ПМСП детей описан в ряде исследований и рассматривается как один из ключевых вызовов для современной педиатрической службы [49, с. 131-137; 72, с.61-65; 87, с.177; 114, с. 13; 117, с. 48; 118, с. 92].

Сравнение ГЦЗ с функционирующим и нефункционирующим медико-социальным подразделением (глава 5) показало принципиальные различия в структуре использования услуг. В центрах с действующим отделением медико-социальной помощи доля посещений семейного врача и педиатра детьми из групп риска ниже по относительным показателям (за счёт более чёткого распределения потоков), при этом общее число целенаправленных контактов и среднегодовое число посещений врачей педиатрического профиля на одного ребёнка существенно выше (6,1–7,1 против 3,4–4,2 посещения в год; различия до 2,1 раза,  $p < 0,01$ ). Это указывает на более структурированное, плановое использование службы и активизацию диспансерного наблюдения именно в уязвимых группах.

По данным литературы, наличие специализированных медико-социальных структур в детской поликлинике ассоциировано с ростом охвата детей из групп риска профилактическими осмотрами, снижением доли экстренных обращений и уменьшением числа госпитализаций по управляемым причинам [49, с. 131-137; 51, с. 242-245; 65, с.28-35; 69, с. 144-148; 87, с. 177]. Полученные в настоящем исследовании результаты полностью подтверждают эти положения: на фоне функционирования отделения медико-социальной помощи и внедрения комплекса мероприятий наблюдается снижение госпитализаций по ряду управляемых классов заболеваний, уменьшение доли подростков-правонарушителей и улучшение структуры групп здоровья.

Особо следует отметить динамику охвата профилактическими осмотрами: доля детей, прошедших углублённые осмотры, увеличилась с 32,4 % до 78,5 % (+46,1 п.п.,  $p < 0,001$ ), что сопровождалось улучшением качества оценки состояния здоровья и перераспределением детей из III–IV в I–II группы здоровья. Подобные сдвиги в пользу более раннего выявления нарушений и улучшения структуры групп здоровья описываются в работах, посвящённых

модернизации поликлинической службы и введению стандартов профилактических осмотров [68, с. 24; 106, с. 3].

Таким образом, сопоставление центров с различной степенью развитости медико-социальной службы убедительно показывает, что организационное выделение отделения медико-социальной помощи и внедрение интегрированной модели сопровождения детей из групп риска приводит к увеличению числа плановых, целенаправленных посещений и расширению охвата диспансерным наблюдением и профилактическими осмотрами. Также к снижению доли госпитализаций по управляемым причинам, уменьшению числа подростков-правонарушителей и других неблагоприятных медико-социальных исходов.

Эти результаты согласуются с данными ранее опубликованных исследований, но дополняют их конкретными количественными показателями для условий г. Душанбе и демонстрируют эффективность комплексного подхода, основанного на межведомственном взаимодействии.

#### **6.4. Эффективность интегрированной модели медико-социальной помощи и её сопоставление с существующими организационными подходами**

Наиболее значимый результат исследования связан с оценкой эффективности интегрированной модели медико-социальной помощи, внедрённой в ГЦЗ № 10, 12 и 15. Модель опирается на нормативные документы Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ и включает структурное выделение медико-социального подразделения, формирование мультидисциплинарной команды (семейный врач, педиатр, невролог, медицинский психолог, социальный работник, средний медперсонал), разработку алгоритмов маршрутизации детей групп риска и систему

межведомственного взаимодействия [49, с. 131-137; 51, с. 242-245; 69, с. 144-148; 87, с. 177; 88, с. 294-300].

Результаты мониторинга деятельности ОМСП отражают расширение охвата уязвимых контингентов и изменение структуры групп сопровождения. Отмечен рост числа социально неблагополучных семей под наблюдением с 98 до 302 и числа детей в этих семьях - с 456 до 1225; увеличение числа многодетных семей с 139 до 322 и числа детей в них - с 532 до 1277.

Одновременно увеличилось число детей юных матерей (с 123 до 254), тогда как численность отдельных категорий, требующих длительного сопровождения, имела тенденцию к снижению (например, дети, находящиеся под опекой: с 323 до 278; дети-инвалиды: с 45 до 26). Контингент несовершеннолетних правонарушителей оставался относительно малочисленным и характеризовался колебаниями по годам (например, 2–6 случаев в разные годы). В совокупности эти изменения свидетельствуют, с одной стороны, о расширении охвата семей и детей, нуждающихся в сопровождении, а с другой - о потенциальном позитивном влиянии комплексной модели на отдельные социально неблагоприятные исходы при наличии межведомственных механизмов поддержки.

Эти изменения отражают, с одной стороны, расширение охвата уязвимых контингентов, а с другой – позитивное влияние комплексного медико-социального сопровождения на наиболее тяжёлые социальные исходы (правонарушения, хронизация неблагополучия). Аналогичные результаты сообщаются в работах, посвящённых развитию школьно-поликлинических и районных медико-социальных служб, где подчёркивается, что именно интеграция медицинского и социального компонентов, а не изолированные клинические вмешательства, позволяет достичь заметного снижения

девиантного поведения и улучшения социальной адаптации подростков [49, с. 131-137; 51, с. 242-245; 72, с. 61-65; 87, с. 177; 88, с. 294-300;].

Важным подтверждением практической результативности внедрённой модели являются показатели активности специалистов первичного звена и медико-социальной службы. Так, за период наблюдения общее число пациентов, принятых семейными врачами в рамках медико-социальной программы, увеличилось в 1,75 раза (с 2453 до 4290), а число детей и подростков среди них - почти в 2 раза (с 987 до 1965). Число детей-инвалидов, принятых семейными врачами, возросло в 3,22 раза (с 134 до 431). Одновременно отмечено увеличение объёма психологической помощи детям и подросткам в 2–2,5 раза (консультации и реабилитационные мероприятия), рост числа медико-социальных патронажей почти в 2,8 раза и увеличение числа направлений в реабилитационные центры в 2,6 раза. Совокупность указанных изменений отражает реальную активизацию адресной работы с контингентами высокого риска и свидетельствует о переходе от декларативного характера медико-социального компонента к устойчивой практической реализации модели на уровне ГЦЗ [49, с. 131-137; 51, с. 242-245; 57, с. 5-12; 83, с. 136-146; 87, с. 177;].

Сравнительный анализ с существующими в литературе моделями показывает, что представленная интегрированная система медико-социальной помощи в условиях ГЦЗ г. Душанбе во многом отражает общемировые тенденции – переход от эпизодического клинического обслуживания к долговременному сопровождению семьи, основанному на принципах раннего выявления, межведомственного взаимодействия и мультидисциплинарности [114, с. 13; 117, с. 48; 118, с. 92; 124, с. 74;]. В то же время данная модель имеет ряд особенностей, обусловленных национальным контекстом: чёткая интеграция в действующую структуру ПМСП и нормативную базу РТ; акцент

на работе с многодетными и мигрантскими семьями, а также с детьми юных матерей; тесная связка с региональными ОМСП и реабилитационными учреждениями; активное использование механизма межведомственных комиссий (по делам несовершеннолетних, защите прав ребёнка и др.) как инструмента воздействия на социальные детерминанты [15, с. 111; 49, с. 131-137; 69, с. 144-148; 87, с. 177; 116, с. 52;].

Эти особенности позволяют рассматривать предложенную модель как адаптированный к условиям Республики Таджикистан вариант лучшей мировой практики, который может быть рекомендован к масштабированию на другие городские и районные медицинские организации страны.

#### **6.5. Методологические ограничения и направления дальнейших исследований**

Следует отметить и ряд ограничений проведённого исследования. Во-первых, значительная часть данных носит ретроспективный характер и основана на отчётно-учётной документации, что всегда предполагает риск неполной регистрации отдельных событий и вариации качества первичной информации. Во-вторых, оценка эффективности внедрённой модели проводилась в условиях реальной практики, без рандомизации, что ограничивает возможности для строгих причинно-следственных выводов, хотя сопоставление центров с функционирующим и нефункционирующим медико-социальным подразделением частично компенсирует этот недостаток. В-третьих, не все аспекты психосоциального функционирования семьи и ребёнка могли быть количественно оценены в рамках стандартной отчётности.

Тем не менее сочетание медико-статистического, клинико-социального и социологического методов, а также использование интегральных индексов здоровья и медико-социального риска обеспечивает достаточную достоверность и репрезентативность полученных результатов. Дальнейшие исследования

целесообразно направить на углублённый анализ эффективности отдельных компонентов модели (раннее вмешательство, патронаж, групповые программы для родителей и подростков) и оценку долгосрочных исходов (школьная и социальная адаптация, профессиональная ориентация, качество жизни во взрослом возрасте). Также, следует обратить внимание на разработку инструментов мониторинга межведомственного взаимодействия и оценки его вклада в результаты медико-социального сопровождения.

В совокупности проведённое исследование подтверждает, что интеграция медико-социальных технологий в деятельность городских центров здоровья, структурирование работы с детьми из групп риска и развитие межведомственного взаимодействия позволяют существенно улучшить показатели здоровья детского населения, особенно в условиях высокой социальной уязвимости. Полученные данные согласуются с основными тенденциями, описанными в современной литературе, и одновременно дополняют их конкретными количественными характеристиками и организационными решениями, актуальными для системы здравоохранения Республики Таджикистан [49, с. 131-137; 69, с.144-148; 87, с. 177; 114, с. 13; 117, с. 48; 118, с. 92; 124, с. 74].

## Выводы

1. Проведённое исследование подтвердило, что показатели заболеваемости и обращаемости детей и подростков в ГЦЗ формируются под влиянием не только клинических причин, но и комплекса медико-социальных и организационных факторов ПМСП, что требует риск-ориентированного подхода к профилактике и сопровождению уязвимых групп [2-А, 3-А, 5-А, 8-А].

2. Установлено, что значительная часть прикрепленного контингента относится к группам медико-социального риска, а структура уязвимых контингентов определяется преобладанием семей с неблагополучием и многодетностью, что объективно повышает потребность в адресном междисциплинарном сопровождении на уровне ПМСП [1-А, 4-А, 7-А, 9-А].

3. Показано, что даже при высокой общей обращаемости сохраняется организационно значимая группа детей и особенно подростков, которые имеют эпизодические контакты с ПМСП или практически не обращаются в течение года, что может сопровождаться поздним выявлением заболеваний, нарушением преемственности наблюдения и недостаточной приверженностью профилактическим программам [1-А, 2-А, 4-А, 7-А].

4. Разработана и внедрена организационно-функциональная модель медико-социальной помощи в условиях ГЦЗ, основанная на междисциплинарной команде, регламентировании функций специалистов, стандартизированной маршрутизации детей группы риска и системном мониторинге уязвимых контингентов [2-А, 4-А, 6-А, 9-А].

5. Обосновано, что стандартизация маршрутизации и внедрение мониторинга контингентов риска повышают управляемость ведения случая, улучшают преемственность наблюдения и создают условия для снижения барьеров доступа к помощи у наиболее уязвимых групп, включая подростков [1-А, 4-А, 7-А, 8-А].

6. Внедрение комплекса мероприятий и развитие межведомственного взаимодействия способствуют укреплению профилактической направленности ПМСП, расширению объёма адресных медико-социальных услуг и институционализации медико-социального компонента помощи в структуре ГЦЗ [2-А, 5-А, 7-А, 8-А, 9-А].

7. Полученные результаты подтверждают практическую реализуемость предложенной модели в городских условиях и её перспективность для адаптации и масштабирования при условии сохранения базовых организационных компонентов [4-А, 5-А, 8-А, 9-А].

## **Рекомендации по практическому использованию результатов исследования**

1. Рекомендовать внедрение в учреждениях ПМСП риск-ориентированной модели медико-социального сопровождения детей и подростков с формированием ОМСП/медико-социальной службы в структуре ГЦЗ и утверждением типовых регламентов её деятельности.

2. Закрепить организационно-функциональную модель ОМСП локальными нормативными документами (положение о службе, функциональные обязанности специалистов, порядок междисциплинарного взаимодействия), обеспечив координацию работы семейных врачей, участковых педиатров, психологов и социальных работников в режиме ведения случая.

3. Для практического здравоохранения ПМСП внедрить стандартизованную маршрутизацию детей групп медико-социального риска с определением критериев направления, периодичности контрольных визитов, алгоритмов диспансерного наблюдения и процедур обратной связи, что позволит снизить вероятность нарушения преемственности и “потери” ребёнка на этапах наблюдения.

4. Организовать постоянный мониторинг уязвимых контингентов с ежегодной аналитикой структуры групп риска и планированием адресных вмешательств (.

5. Формализовать взаимодействие ГЦЗ с учреждениями образования и социальной защиты для сопровождения семей высокого риска и решения социально обусловленных факторов неблагополучия.

6. Организовать целевое обучение специалистов ГЦЗ методам выявления медико-социальных факторов риска, междисциплинарному ведению случая,

коммуникации с уязвимыми семьями, алгоритмам патронажа и маршрутизации на реабилитацию.

7. Использовать предложенную модель в качестве типовой для других учреждений ПМСП с адаптацией к территориальным условиям, при обязательном сохранении ключевых элементов: ОМСП, маршрутизация, мониторинг, межведомственная координация.

8. Рекомендовать продолжение оценки эффективности модели на расширенной выборке учреждений ПМСП с анализом долгосрочных исходов (устойчивость диспансерного наблюдения, профилактический охват, повторные обращения, направления на стационар/реабилитацию) и уточнением индикаторов результативности ОМСП.

## Список литературы

1. Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, ICF. Медико-демографическое исследование Таджикистана 2017 [Текст]. – Душанбе: Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан; Роквилл (Мэриленд, США): ICF, 2018. – 436 с.
2. Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, ICF. Медико-демографическое исследование Таджикистана 2023 [Текст]. – Душанбе: Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан; Роквилл (Мэриленд, США): ICF, 2025. – 499 с.
3. Анализ фактического питания учащихся младшего школьного возраста Республики Башкортостан [Текст] / Е. Е. Зеленковская, Т. К. Ларионова, Р. А. Даукаев [и др.] // Гигиена и санитария. – 2022. – Т. 101, № 12. – С. 1562-1567.
4. Анализ эффективности деятельности областного перинатального центра Г. Куляба в обеспечении качества медицинской помощи беременным и роженицам сельской местности [Текст] / С. М. Мухамадиева, З. Н. Набиев, З. А. Абдусаматзода [и др.] // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2023. – № 3. – С. 50-57.
5. Ануфриева, Е. В. Апробация проектов социального воздействия в сфере здравоохранения как основа улучшения общественного здоровья и качества жизни детей [Текст] / Е. В. Ануфриева, Н. Г. Чевтаева // Глобальные вызовы демографическому развитию: Сборник научных статей. В 2-х томах / Редакторы О.А. Козлова [и др.]. Том II. – Екатеринбург: Институт экономики Уральского отделения РАН, 2022. – С. 17-26.
6. Асланбекова, А. Х. Психолого-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья в ходе реализации программ

инклюзивного образования [Текст] / А. Х. Асланбекова, Т. Г. Гаджимагомедова, М. С. Абдуллаева // Проблемы современного педагогического образования. – 2024. – № 82-3. – С. 42-46.

7. Барномаи миллии коммуникатсионии «1000 рӯзи аввали ҳаёти кӯдак» дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2020–2024 [Текст] / Утверждена постановлением Правительства Республики Таджикистан от 27 мая 2020 г. № 292. – Душанбе, 2020.

8. Белова, О. С. Система ранней комплексной помощи детям группы риска нарушения психического развития в России [Текст] / О. С. Белова, А. Г. Соловьев, А. Леппиман // Экология человека. – 2020. – № 8. – С. 49-54.

9. Вализода, Ш. Равандҳои педагогии кор бо оилаҳои кӯдакони имконияти маҳдуди саломатидошта дар шароити таҳсилоти фарогир [Матн] / Ш. Вализода // Вестник Бохтарского государственного университета имени Носира Хусрава. Серия гуманитарных и экономических наук. – 2024. – №. 1-1(119). – С. 103-107.

10. Вализода, Ш. Таълими инклюзивӣ ҳамаҷун раванди нави фаъолият бо кӯдакони имконияташон маҳдуд [Матн] / Ш. Вализода // Паёми Академияи таҳсилоти Тоҷикистон. – 2024. – №. 1(50). – С. 33-38.

11. Вильшанская, А. Д. Инклюзивное образование и его реализация: психолого-педагогическое сопровождение детей с особыми образовательными потребностями [Текст] / А. Д. Вильшанская, Н. В. Бабкина // Дефектология. – 2022. – № 4. – С. 36-41.

12. Воҳидов, С. Д. Ҷанбаҳои асосии тиббию профилактикӣ дар шароити марказҳои тандурустӣ [Текст] / С. Д. Воҳидов, М. М. Рузиев // Илм ва фановарӣ. – 2021. – №. 3. – С. 70-73.

13. Всемирная организация здравоохранения. STEPS: распространённость факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Таджикистан

[Текст], 2017 г. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2021. – 94 с.

14. Гайдаров, Г. М. Благотворительный капитал у истоков организации медико-социальной помощи незрячим детям Восточной Сибири в конце XIX века [Текст] / Г. М. Гайдаров, Т. И. Алексеевская, Т. В. Демидова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2025. – Т. 33, № 3. – С. 523-532.

15. Государственная программа развития сферы здравоохранения и социальной защиты населения Хатлонской области на 2021–2025 годы [Текст] / Утверждена постановлением Правительства Республики Таджикистан от 31 декабря 2020 г. № 704. – Бохтар, 2021.

16. Государственная программа развития школьного питания в Республике Таджикистан на 2022–2027 годы [Текст] / Утверждена постановлением Правительства Республики Таджикистан от 27 апреля 2022 г. № 205. – Душанбе, 2022.

17. Давлатзода, Б. Х. Современные аспекты этиопатогенеза черепно-мозговой травмы у детей [Текст] / Б. Х. Давлатзода, Р. А. Рахматова // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. – 2025. – Т. 15, № 2(54). – С. 84-93.

18. Динамика и распространенность врожденных пороков развития в Республике Таджикистан [Текст] / Р. А. Рахматова, З. Н. Набиев, Б. А. Шамсов [и др.] // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2023. – № 4. – С. 41-47.

19. Ефименко, В. Н. Организация деятельности психолого-медико-педагогического консилиума в инклюзивной образовательной среде школы [Текст] / В. Н. Ефименко, Н. А. Рачковская, В. М. Миназова // Ярославский педагогический вестник. – 2020. – № 3(114). – С. 17-23.

20. Жданова, Л. А. Медико-социальные проблемы здоровья подростков и возможности его оптимизации в условиях детской поликлиники [Текст] / Л. А. Жданова, И. Е. Бобошко, Т. А. Севастьянова // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2020. – Т. 25, № 1. – С. 5-8.
21. Заболеваемость обучающихся средних общеобразовательных школ по результатам углубленных медицинских осмотров [Текст] / И. Е. Штина, Л. В. Ошева, С. Л. Валина [и др.] // Здоровье населения и среда обитания - ЗНиСО. – 2023. – Т. 31, № 7. – С. 26-34.
22. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения в 2018 году: статистический сборник [Текст] / Республиканский центр медицинской статистики и информации МЗ РТ. – Душанбе: РЦМСИ МЗ РТ, 2019. – 152 с.
23. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения в 2020 году: статистический сборник [Текст] / Республиканский центр медицинской статистики и информации МЗ РТ. – Душанбе: РЦМСИ МЗ РТ, 2021. – 372 с.
24. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения в 2021 году: статистический сборник [Текст] / Республиканский центр медицинской статистики и информации МЗ РТ. – Душанбе: РЦМСИ МЗ РТ, 2022. – 368 с.
25. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения в 2022 году: статистический сборник [Текст] / Республиканский центр медицинской статистики и информации МЗ РТ. – Душанбе: РЦМСИ МЗ РТ, 2023. – 364 с.
26. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения в 2023 году: статистический сборник [Текст] / Республиканский центр медицинской статистики и информации МЗ РТ. – Душанбе: РЦМСИ МЗ РТ, 2024. – 364 с.
27. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения в 2024 году: статистический сборник [Текст] / Республиканский центр медицинской статистики и информации МЗ РТ. – Душанбе: РЦМСИ МЗ РТ, 2025. – 351 с.

28. Зорина, И. Г. Гигиенические аспекты школьного питания и его влияние на заболеваемость органов пищеварения [Текст] / И. Г. Зорина, Е. А. Добычина // Современные проблемы гигиены, радиационной и экологической медицины. – 2024. – Т. 14. – С. 165-177.
29. Иванова, А. Ю. Специфика оказания ранней помощи детям «группы риска» (на примере семей с родителями-инвалидами) [Текст] / А. Ю. Иванова, Т. Г. Корякина // Культура родительства и семейные ценности в современном мире: сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции, Краснодар, 17 ноября 2021 года. – Киров: Межрегиональный центр инновационных технологий в образовании, 2021. – С. 120-124.
30. Карпатенкова, О. В. Современные подходы к оценке здоровья несовершеннолетних правонарушителей на основе использования Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья [Текст] / О. В. Карпатенкова // Физическая и реабилитационная медицина. – 2023. – Т. 5, № 3. – С. 20-26.
31. Карцева, Ю. Б. Признаки стресса у детей. Помощь детям при стрессе [Текст] / Ю. Б. Карцева // Вопросы педагогики. – 2022. – № 3-2. – С. 85-89.
32. Касенова, Г. Т. О некоторых аспектах оказания помощи лицам с аутизмом в Республике Казахстан [Текст] / Г. Т. Касенова, К. З. Садуакасова, Р. Б. Исаева // Фармация Казахстана. – 2022. – № 3. – С. 203-210.
33. Кириллов, Н. А. Практика оказания комплексной медико-социальной и психолого-педагогической помощи детям с РАС в Чувашии [Текст] / Н. А. Кириллов, С. Н. Григорьев // Психическое здоровье. – 2023. – Т. 18, № 7. – С. 56-58.
34. Кирюшин, Д. В. Оказание медико-социальной помощи семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации, связанной с потреблением

родителями несовершеннолетних детей психоактивных веществ [Текст] / Д. В. Кирюшин // Наркология. – 2022. – Т. 21, № 12. – С. 76-77.

35. Клинико-статистическая характеристика и факторы риска у детей с бронхиальной астмой, имеющих коморбидную патологию [Текст] / И. А. Улищенко, А. В. Дмитриев, Р. А. Гудков, В. И. Пак // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2022. – Т. 10, № 2. – С. 129-136.

36. Колокольникова, З. У. Социально-педагогические аспекты поддержки многодетных семей в Красноярском крае в 1930-е годы [Текст] / З. У. Колокольникова, Т. Ю. Артюхова, Н. И. Дьякова // Проблемы современного педагогического образования. – 2025. – № 86-4. – С. 142-145.

37. Комплексная программа психолого-педагогической и медико-реабилитационной помощи детям, пострадавшим от боевых действий и вооруженных конфликтов "Андрюшка" [Текст] / С. Н. Сюрин, Н. И. Макарова, Е. В. Потанина [и др.] // Вестник практической психологии образования. – 2020. – Т. 17, № S4. – С. 88-104.

38. Крамаренко, Л. В. Становление и развитие центров социальных служб для семьи, детей и молодежи в Крыму (конец XX – начало XXI века) : диссертация на соискание ученой степени кандидата педагогических наук [Текст] / Крамаренко Леонид Владимирович, 2023. – 300 с.

39. Кузьмина, Д. В. Медико-социальная помощь детям с ограниченными возможностями здоровья [Текст] / Д. В. Кузьмина // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2023. – Т. 13, № 4. – С. 60.

40. Магомадова, М. Х. Психолого-педагогическое сопровождение родителей ребенка с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования [Текст] / М. Х. Магомадова, З. З. Магомедова, З. М. Миназова // Известия Чеченского государственного университета им. А.А. Кадырова. – 2024. – № 4(36). – С. 32-38.

41. Манукян, Э. А. Технологии социальной помощи семье в условиях муниципальных центров социальной помощи семье и детям [Текст] / Э. А. Манукян // Отечественный журнал социальной работы. – 2010. – № 2(41). – С. 90-96.
42. Медико-педагогическая профилактика девиантного поведения подростков из неблагополучных семей в условиях сельской школы [Текст] / О. А. Денисова, Т. В. Гудина, И. А. Букина [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28, № 1. – С. 74-82.
43. Медико-социальная и клиничко-организационная помощь женщинам во время беременности и в послеродовом периоде, находящимся в трудной жизненной ситуации (на примере Республики Татарстан) [Текст] / Р. Ф. Шавалиев, В. Ю. Альбицкий, А. В. Шулаев [и др.] // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2021. – № 3(71). – С. 9-12.
44. Медико-социальная помощь отдельным категориям неблагополучных семей с детьми [Текст] / М. В. Богданьянц, Д. А. Безрукова, А. Ю. Шмелева [и др.] // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2024. – Т. 23, № 1. – С. 107-114.
45. Медико-социальное исследование мнений родителей (законных представителей) о проблемах организации медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями в Российской Федерации [Текст] / М. Ю. Рыков, О. А. Манерова, И. А. Турабов [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2021. – Т. 66, № 1. – С. 87-93.
46. Медико-социальные аспекты помощи детям с ментальными нарушениями [Текст] / В. Д. Голикова, Э. Ф. Караханова, П. Д. Полякова [и др.] // Week of Russian science (WeRuS-2025): Сборник материалов XIV Всероссийской недели науки с международным участием, посвященной Международному дню ДНК,

Саратов, 22–25 апреля 2025 года. – Саратов: Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, 2025. – С. 879-880.

47. Медико-социальные проблемы оказания стоматологической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья (обзор литературы) [Текст] / М. А. Джумалиева, Т. С. Буйлашев, А. З. Закирова // Здоровье матери и ребенка. – 2024. – № 3. – С. 78-86.

48. Медицинская реабилитация детей раннего возраста с неврологическими проявлениями и последствиями врожденных пороков развития нервной системы [Текст] / В. В. Жихарева, К. А. Узакбаев, Г. М. Саатова // Бюллетень науки и практики. – 2021. – Т. 7, № 9. – С. 405-409.

49. Мокия-Сербина, С. А. Медико-социальная помощь детям и подросткам: состояние, проблемы и перспективы развития [Текст] / С. А. Мокия-Сербина, Т. В. Литвинова // Педиатрия. Восточная Европа. – 2020. – Т. 8, № 1. – С. 131-137.

50. Набиев З.Н. Современные аспекты медикаментозной и немедикаментозной реабилитации детей с последствиями перинатальных поражений ЦНС [Текст] / З.Н. Набиев, Дж. Шодихон // Доклады Национальной академии наук Таджикистана. – 2020. – № 4 (012). – С. 186-191.

51. Налетова, Л. А. Оценка морфофизиологического развития учащихся (на примере МАОУ Хоринской СОШ № 2 им. Ю.А. Гагарина Хоринского района Республики Бурятия) [Текст] / Л. А. Налетова, Е. С. Дармаева, Я. С. Лямичева // Материалы 3(74-й) региональной итоговой научно-практической конференции преподавателей и студентов БГПУ: Благовещенск: Благовещенский государственный педагогический университет, 2025. – С. 242-245.

52. Национальная программа иммунопрофилактики в Республике Таджикистан на 2021–2025 годы [Текст] / Утверждена постановлением Правительства Республики Таджикистан от 27 февраля 2021 г. № 51. – Душанбе, 2021.

53. Национальная программа формирования здорового образа жизни в Республике Таджикистан на 2022–2026 годы [Текст] / Утверждена постановлением Правительства Республики Таджикистан от 30 декабря 2021 г. № 566. – Душанбе, 2021.
54. Невидимые дети: дети-беженцы, дети-мигранты. Медико-социальная и психологическая помощь [Текст] / В. М. Середа, В. И. Орел, Г. Р. Сагитова [и др.] // Forcipe. – 2023. – Т. 6, № S1. – С. 566-567.
55. Некоторые аспекты здоровья и доступность медико-санитарных услуг детям и подросткам в Республике Таджикистан [Текст] / Т. С. Джабарова, А. Г. Гаибов, Н. Б. Лукьянов, Ш. С. Ашуриен // Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения. – 2019. – № 3. – С. 19-24.
56. Оказание медико-психологической и социальной помощи семьям имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья [Текст] / Д. А. Мукарамова, М. Д. Едгорова, М. П. Носирова [и др.] // Технологические инновации и научные открытия: Сборник трудов по материалам XXII Международного конкурса научно-исследовательских работ, Уфа, 12 мая 2025 года. – Уфа: Общество с ограниченной ответственностью "Научно-издательский центр "Вестник науки", 2025. – С. 51-57.
57. Омилҳои асосии ҷавби кӯдакони навзод дар минтақаҳои гуногуни Ҷумҳурии Тоҷикистон [Текст] / З. М. Абдусаматзода, Т. Ш. Икромов, З. Н. Набиев [и др.] // Здравоохранение Таджикистана. – 2024. – №2. – С. 5-12.
58. Охрана и укрепление здоровья детей Таджикистана в свете реализации целей развития тысячелетия [Текст] / Н. Ф. Салимзода, Л. С. Бобоходжиева, Ш. Р. Рахматуллоев, А. В. Вохидов // Здравоохранение Таджикистана. – 2015. – №1. – С. 15-21.
59. Оценка медико-экономической эффективности применения неинвазивного пренатального теста в Москве [Текст] / А. М. Галактионова, М.

Т. Капланова, Е. Е. Баранова [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30, № 5. – С. 806-812.

60. Положение детей-инвалидов в условиях современных правовых и медико-социальных процессов в России [Текст] / Р. Н. Терлецкая, И. В. Винярская, Е. В. Антонова [и др.] // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2021. – Т. 100, № 4. – С. 198-207.

61. Пономарева, А. С. Проблемы состояния здоровья детей школьного возраста Обручевского района Г.Москвы и профилактика заболеваемости [Текст] / А. С. Пономарева // Сборник статей по материалам XIII научно-практической конференции с международным участием, Москва, 21 апреля 2023 года. – Москва: Московский городской педагогический университет, 2023. – С. 228-232.

62. Программа профилактики микронутриентной недостаточности и связанных с ней заболеваний среди населения Республики Таджикистан на 2022–2027 годы [Текст] / Утверждена постановлением Правительства Республики Таджикистан от 30 сентября 2021 г. № 415. – Душанбе, 2021.

63. Программа профилактики ожирения и формирования здорового питания в Республике Таджикистан на 2019–2024 гг. [Текст] / Утверждена постановлением Правительства Республики Таджикистан от 2 октября 2019 г. № 463. – Душанбе, 2019.

64. Профилактика инвалидности - ведущий приоритет охраны здоровья матери и ребенка [Текст] / А. А. Баранов, Л. С. Намазова-Баранова, В. Ю. Альбицкий, Р. Н. Терлецкая // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № 3. – С. 216-221.

65. Раимкулов, К. М. Оценка поведенческих факторов риска паразитарных заболеваний у детей в школах Г. Бишкек Кыргызской Республике [Текст] / К.

М. Раимкулов, А. Ж. Жекшенбекова, Б. К. Шаршеева // Евразийский журнал здравоохранения. – 2024. – № 2. – С. 28-35.

66. Рахматова Р.А., Шодихон, Дж. Некоторые особенности медико-социальной реабилитации детей-инвалидов, воспитывающихся в многодетных семьях сельских районов Таджикистана. [Текст] // Наука и инновация. – 2021. – № 4. – С. 204-208.

67. Роль детской поликлиники в первичной профилактике заболеваний [Текст] / Н. В. Минаева, Е. А. Кочергина, И. Г. Шинкарик, Р. Н. Трефилов // Пермский медицинский журнал. – 2023. – Т. 40, № 3. – С. 109-115.

68. Рослова, З. А. Научное обоснование модели медико-социальной помощи детям и подросткам в условиях детской поликлиники: специальность 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение»: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук [Текст] / Рослова Зинаида Аркадьевна. – Москва, 2019. – 24 с.

69. Рычкова, В. А. Профилактика и коррекция отклонений в поведении детей в условиях Центра социальной помощи семье и детям [Текст] / В. А. Рычкова // Социальное развитие современного российского общества: достижения, проблемы, перспективы. – 2023. – № 15. – С. 144-148.

70. Совершенствование медицинской помощи детям с перинатальным поражением нервной системы [Текст] / Ш. Джамшед, З. Х. Абдурахмонова, Ш. З. Набиева, М. С. Косимова // Здравоохранение Таджикистана. – 2021. – № 1. – С. 67-73.

71. Современный медико - социальный портрет подростков и молодежи Санкт-Петербурга в контексте получения первичной медико - санитарной помощи (по данным социологического исследования) [Текст] / В. И. Орел, О. С. Самойлова, А. В. Ким [и др.] // Медицина и организация здравоохранения. – 2024. – Т. 9, № 4. – С. 22-34.

72. Соколова, Н. А. Организационно-педагогическое сопровождение семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, в условиях инклюзивного образования [Текст] / Н. А. Соколова, С. В. Рослякова, О. Н. Лежнина // Балтийский гуманитарный журнал. – 2023. – Т. 12, № 3(44). – С. 61-65.
73. Спиридонова, О. И. Актуальные вопросы воспитания обучающихся с ОВЗ в современной социокультурной среде [Текст] / О. И. Спиридонова // Воспитание как стратегический национальный приоритет: Международный научно-образовательный форум, Екатеринбург, 15–16 апреля 2021 года. Том Часть 3. – Екатеринбург: Уральский государственный педагогический университет, 2021. – С. 67-72.
74. Сравнительная характеристика психоэмоционального состояния детей и подростков, оставшихся без попечения родителей, с разной формой семейного устройства [Текст] / М. В. Горбанева, Т. С. Колмакова, Е. А. Байер [и др.] // International Journal of Medicine and Psychology. – 2023. – Т. 6, № 5. – С. 108-115.
75. Стратегия охраны здоровья населения Республики Таджикистан на период до 2030 года [Текст] / Утверждена постановлением Правительства Республики Таджикистан от 30 сентября 2021 г. № 414. – Душанбе, 2021.
76. Стратегия питания и физической активности в Республике Таджикистан на 2015–2024 годы [Текст] / Утверждена постановлением Правительства Республики Таджикистан от 31 декабря 2014 г. № 808. – Душанбе, 2015.
77. Стратегия устойчивого развития школьного питания в Республике Таджикистан на период до 2027 года [Текст] / Утверждена постановлением Правительства Республики Таджикистан от 29 сентября 2017 г. № 456. – Душанбе, 2017.
78. Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино. Педиатрический факультет [Электронный ресурс] [Текст] / Официальный

сайт ТГМУ. – Душанбе, 2025. – Режим доступа:  
<https://tajmedun.tj/ru/universitet/struktura-universiteta/fakultety/pediatricheskiy-fakultet/>

79. Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино. Факультет общественного здравоохранения [Электронный ресурс] [Текст] / Официальный сайт ТГМУ. – Душанбе, 2025. – Режим доступа:  
[https://tajmedun.tj/ru/universitet/struktura-universiteta/fakultety/fakultet-](https://tajmedun.tj/ru/universitet/struktura-universiteta/fakultety/fakultet-obshchestvennogo-zdravookhraneniya/)

[obshchestvennogo-zdravookhraneniya/](https://tajmedun.tj/ru/universitet/struktura-universiteta/fakultety/fakultet-obshchestvennogo-zdravookhraneniya/)

80. Технологии социальной работы с детьми-инвалидами [Текст] / Ф. П. Магзумова, К. Б. Курбонов, Р. И. Махмудова, Л. С. Кузиева // Вестник медико-социального института Таджикистана. – 2025. – № 2(15). – С. 41-55.

81. Трушкина, С. В. Работа с семьёй новорождённого ребёнка по профилактике социального сиротства: российский опыт [Текст] / С. В. Трушкина // Российский педиатрический журнал. – 2024. – Т. 27, № 2. – С. 142-146.

82. Удовлетворённость родителей (законных представителей) качеством медицинской помощи, оказываемой их детям-инвалидам [Текст] / А. П. Фисенко, Р. Н. Терлецкая, И. В. Винярская [и др.] // Российский педиатрический журнал. – 2021. – Т. 24, № 2. – С. 106-111.

83. Усанова, О. Н. Межпрофессиональное взаимодействие специалистов как условие действенной помощи детям с проблемами развития [Текст] / О. Н. Усанова // Специальное образование. – 2019. – № 1(53). – С. 136-146.

84. Халикова, М. Д. Причинно-следственные факторы детской инвалидности в Республике Таджикистан [Текст] / М. Д. Халикова, Б. Н. Боймуродов, А. В. Вохидов // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. – 2021. – Т. 11, № 2(38). – С. 65-71.

85. Черенева, Е. А. Исследование эффективности психологической помощи при становлении саморегуляции у детей с нарушениями когнитивного здоровья [Текст] / Е. А. Черенева, Э. Т. М. Сохадзе, И. Я. Стоянова // Science for Education Today. – 2021. – Т. 11, № 4. – С. 91-111.
86. Чичерин, Л. П. К вопросу усиления медико-социального раздела первичной медико-санитарной помощи детям и подросткам в России [Текст] / Л. П. Чичерин, В. О. Щепин, М. В. Никитин // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2020. – № 2(66). – С. 18-24.
87. Чумаков, В. И. Взаимодействие государственных и негосударственных форм в организации медико-социальной помощи детям (детская инвалидность) [Текст] / В. И. Чумаков, Р. Р. Фарманян, И. А. Тимчук. – Москва: Ай Пи Ар Медиа, 2024. – 177 с. – ISBN 978-5-4497-3827-1.
88. Элмуродова, С. Х. Чанбаҳои назариявӣ- методологии таълими инклюзивӣ [Текст] / С. Х. Элмуродова, М. Р. Ахмедова // Паёми Донишгоҳи миллии Тоҷикистон. – 2020. – №. 2. – С. 294-300.
89. Эмоциональное состояние школьников с ограниченными возможностями [Текст] / А. М. Сафарзода, Т. Ш. Икромов, З. Н. Набиев [и др.] // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. – 2022. – Т. 12, № 4(44). – С. 55-62.
90. Яковлева, Т. В. Управление детской инвалидностью: медицинские аспекты [Текст] / Т. В. Яковлева, Д. И. Зелинская, О. Ю. Туренко // Национальное здравоохранение. – 2022. – Т. 3, № 1. – С. 5-14.
91. Якупова, Е. Р. Гигиеническая характеристика образа жизни, профилактика наиболее часто встречающихся патологий среди младших школьников Республики Башкортостан [Текст] / Е. Р. Якупова, Д. И. Галимуллина // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. – 2018. – № S3-2. – С. 874-878.

92. Якупова, Е. Р. Изменения физического развития детей младшего школьного возраста Республики Башкортостан за последние 70 лет [Текст] / Е. Р. Якупова, Д. И. Галимуллина, М. Д. Спивак // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. – 2018. – № S3-2. – С. 821-825.
93. Abdullozoda M. Health labour market analysis for primary health care in Tajikistan [Text] / Abdullozoda M., Saidova F., Rasulov Kh. [et al.] // Human Resources for Health. – 2024. – Vol. 22, №6. – P. 88–99.
94. Adolescents' online communication and well-being: Findings from the 2018 health behavior in school-aged children (HBSC) study [Text] / Lyyra N., [et al.] // Frontiers in Psychiatry. – 2022. – Vol. 13. – P. 976404.
95. Burden of childhood malnutrition: a roadmap of global and European policies promoting healthy nutrition for infants and young children [Text] / Sotiraki M., [et al.] // Children. – 2022. – Vol. 9, № 8. – P. 1179.
96. Carneiro F. Expansion of family medicine and reduction of child hospitalizations: evidence from Latin America [Text] / Carneiro F., Lopez R., Almeida G. [et al.] // BMJ Open. – 2022. – Vol. 12, №4. – P. e057412.
97. Determination of the development of physical inactivity among schoolchildren [Text] / M. A. Sydykanova, B. K. Oksikbaev, Zh. T. Tergenbaeva [et al.] // Bulletin of the Karaganda university. Pedagogy series. – 2022. – Vol. 106, No. 2. – P. 49-55.
98. Global, regional, and national estimates of pneumonia morbidity and mortality in children younger than 5 years between 2000 and 2015: a systematic analysis [Text] / McAllister D.A., [et al.] // The Lancet Global Health. – 2019. – Vol. 7, № 1. – P. e47–e57.
99. Hone T. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? [Text] / Hone T., Macinko J., Millett C. // The Lancet. – 2018. – Vol. 392, № 10156. – P. 1461–1472.

100. Hone T. Universal health coverage progress and child mortality inequalities [Text] / Hone T., Roberts D., Ahmad S. [et al.] // *Lancet Global Health*. – 2024. – Vol. 12, №8. – P. 512–524.
101. Hygienic aspects of physical education and health of schoolchildren [Text] / J. D. Svystun, V. M. Trach, Kh. E. Shavel, J. M. Kukujuk // *Pedagogics, Psychology, Medical-Biological Problems of Physical Training and Sports*. – 2017. – No. 6. – P. 301-307.
102. Khakimova, K. I. Current problems of psychological and pedagogical support for students with limited health capabilities [Text] / K. I. Khakimova // *Theory and practice of modern science: the view of youth : Proceedings of the III all-Russian scientific and practical conference in English*. In 2 parts, Saint Petersburg, 30 ноября 2023 года. – Санкт-Петербург: Saint Petersburg State University of Industrial Technologies and Design, 2024. – P. 185-190.
103. Lukyanchenko, M. The influence of physical culture and health activities on the physical fitness of younger schoolchildren [Text] / M. Lukyanchenko // *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 15. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт)*. – 2023. – No. 5(165). – P. 71-75.
104. Moncayo E. Primary health care coverage and reductions in under-5 mortality: a multi-country analysis [Text] / Moncayo E., Smith J., Khan A. [et al.] // *Lancet Global Health*. – 2024. – Vol. 12, №7. – P. 455–467.
105. Muzigaba M. Core global indicators for quality of paediatric care in health facilities [Text] / Muzigaba M., Requejo J., Bryce J. [et al.] // *BMC Health Services Research*. – 2022. – Vol. 22, №1. – P. 1115–1129.
106. Rifkin S.B. Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All-from consensus to complexity [Text] / Rifkin S.B. // *BMJ Global Health*. – 2018. – Vol. 3, Suppl. 3. – P. e001188.

107. Robinson S. Health Systems in Action (HSiA) Insights – Tajikistan [Text] / Robinson S., Dastan I., Rechel B. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2025. – 124 p.
108. Sodiqova D. Tajikistan: Health System Review [Text] / Sodiqova D., [et al.] // Health Systems in Transition. – 2025. – Vol. 27, № 1. – P. 1–188.
109. Syrbaeva, A. Zh. Social rehabilitation of children with mental retardation through game technologies [Text] / A. Zh. Syrbaeva, G.K. Alshynbekova // Научный альманах. – 2024. – No. 3-2(113). – P. 58-61.
110. The main measures for the prevention of physical inactivity of schoolchildren [Text] / O. A. Astafyeva, T. A. Koloskova, I. A. Bashkirova, Yu. V. Eliseev // Современные здоровьесберегающие технологии. – 2024. – No. 4. – P. 370-377.
111. The state of specific immunity of population of the Republic of Tajikistan to measles, rubella, poliomyelitis viruses [Text] / Tsvirkun O.V., [et al.] // Journal of Microbiology, Epidemiology and Immunobiology. – 2023. – Vol. 100, № 3. – P. 194–202.
112. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels and Trends in Child Mortality 2024 [Text] / UN IGME. – New York: UNICEF, WHO, World Bank, United Nations, 2024. – 44 p.
113. Weber M. Improving primary health care for children and adolescents in the WHO European Region [Text] / Weber M., McKee M., Jakab M. [et al.] // Archives of Disease in Childhood. – 2024. – Vol. 109, №3. – P. 245–252.
114. What are the risk factors for death among children with pneumonia in low- and middle-income countries? A systematic review [Text] / Wilkes C., [et al.] // Journal of Global Health. – 2023. – Vol. 13. – P. 05003.
115. WHO Regional Office for Europe. Health system review: Tajikistan 2025 [Text] / WHO. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2025. – 210 p.

116. WHO. Operational framework for primary health care: transforming vision into action [Text] / WHO, UNICEF. – Geneva: World Health Organization, 2020. – 52 p.
117. WHO. Primary health care measurement framework and indicators: monitoring progress towards UHC and the SDGs [Text] / WHO, UNICEF. – Geneva: World Health Organization, 2022. – 48 p.
118. WHO. Standards for improving quality of care for children and adolescents in health facilities [Text] / WHO. – Geneva: World Health Organization, 2018. – 92 p.
119. World Health Organization et al. United action for better health in Europe [Text] // Draft European Programme of Work. – 2020. – T. 2025.
120. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens [Text] / World Health Organization, United Nations Children's Fund. – Geneva: WHO, 2021. – 89 p.
121. World Health Organization. Assessment of sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health in the context of universal health coverage in Tajikistan [Text] / World Health Organization. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2021. – 98 p.
122. World Health Organization. Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI): Tajikistan. Report on the fourth (2016/2017) and fifth (2019) rounds of data collection [Text] / World Health Organization. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2023. – 37 p.
123. World Health Organization. Declaration of Astana on Primary Health Care [Text] / World Health Organization. – Geneva: WHO, 2018. – 12 p.
124. World Health Organization. European Child and Adolescent Health Strategy 2015–2020 [Text] / World Health Organization. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2014. – 74 p.

125. World Health Organization. Primary health care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978 [Text] / World Health Organization. – Geneva: WHO, 1978. – 63 p.
126. World Health Organization. World health statistics 2025: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals [Text] / World Health Organization. – Geneva: World Health Organization, 2025. – 120 p.

## **Публикации по теме диссертации**

### **Статьи в рецензируемых журналах:**

[1-А] Фарзонаи Э. Некоторые аспекты медико-социальной помощи подросткам на примере города Душанбе [Текст] / З. Н. Набиев, Э. Фарзонаи // Мать и дитя. – 2025. – № 3. – С. 55-62.

[2-А] Фарзонаи, Э. Роль первичной медико-санитарной помощи в оздоровлении детского населения Республики Таджикистан [Текст] / Э. Фарзонаи, З. Н. Набиев, Б. А. Шамсов // Наука и инновация. – 2025. – № 3. – С. 5-10.

[3-А] Фарзонаи, Э. Детское и подростковое здоровье в Республике Таджикистане в контексте ЦУР-2030 и национальных программ (обзор литературы) [Текст] / Э. Фарзонаи, З. Н. Набиев, Б. А. Шамсов // Наука и инновация. – 2025. – № 4. – С. 22-29.

### **Статьи и тезисы в публикациях конференций:**

[4-А] Фарзонаи Э. Оценки медико-социальной помощи детскому населению в условиях ГЦЗ г. Душанбе [Текст] / Э. Фарзонаи, З.Н. Набиев // Внедрение инновационной технологии в педиатрии и детской хирургии: материалы науч.-практ. конгресса науч. общества детских хирургов, анестезиологов-реаниматологов Республики Таджикистан им. А.Т. Пулатова с участием международных экспертов. Хучанд, 2025. Прил. № 3. С. 100–101.

[5-А] Фарзонаи Э. Анализ медико-социальной помощи детям и подросткам / Фарзонаи Э., Набиев З.Н. [Текст] // Единство науки и образования как инструмент повышения качества медицинской помощи: материалы ежегодной науч.-практ. конф. ГОУ «ИПОВСЗ РТ» Душанбе, 14 нояб. 2025. С. 494–495.

[6-А] Фарзонаи Э. Влияние питания на здоровье школьников [Текст] / Э. Фарзонаи, Ш.С. Ашуриён // Школьное питание – инвестиции в здоровое поколение нации: опыт стран СНГ в организации питания школьников и развитие сотрудничества в сфере укрепления здоровья детей: материалы II

Международ. форума по школьному питанию стран СНГ. Душанбе, 20–22 нояб. 2025. С. 73–74.

[7-А] Фарзонаи Э. Организация медико-социальной помощи подросткам на примере г. Душанбе [Текст] / Э. Фарзонаи, З.Н. Набиев // Школьное питание – инвестиции в здоровое поколение нации : опыт стран СНГ в организации питания школьников и развитие сотрудничества в сфере укрепления здоровья детей : материалы II Международ. форума по школьному питанию стран СНГ. Душанбе, 20–22 нояб. 2025. С. 74–75.

[8-А] Фарзонаи Э. Некоторые вопросы медико-социальной помощи детям в условиях городского центра здоровья [Текст] / Э. Фарзонаи, З.Н. Набиев // Достижения и перспективы развития медицинской науки и образования в Таджикистане: материалы республиканской науч.-практ. конф. (VI-годовая), посвящённой Дню Президента и Государственному флагу Республики Таджикистан. Т. 1. Дангара, 21 нояб. 2025. С. 321–322.

[9-А] Фарзонаи Э. Медико-социальная помощь детям и подросткам: современные подходы и пути улучшения / Э. Фарзонаи, З.Н. Набиев // Ребёнок и общество: проблемы здоровья, развития и питания: сборник тезисов XII Евразийского конгресса детских докторов. Бухара, 17–18 окт. 2025. С. 6–7.