

**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**

**АВТОРЕФЕРАТ**

**диссертации на соискание ученой степени**

**кандидата медицинских наук**

**по специальности 3.1.8. Педиатрия**

**Душанбе 2026**

Диссертация выполнена в Государственном учреждении «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

**Научный руководитель:** **Набиев Зохир Нарзулович** – д.м.н., профессор, Начальник Управления организации медицинских услуг матерям, детям и планированию семьи Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

**Официальные оппоненты:** **Кузибаева Наимахон Конбобоевна** – д.м.н., доцент, заведующая кафедрой педиатрии ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет»

**Зурхолова Хайринисо Рахмоновна** – к.м.н., заведующая отделением патологии новорождённых ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии»

**Ведущее учреждение:** Таджикский национальный университет

Защита диссертации состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2026 г. в «\_\_\_» часов на заседании диссертационного совета 6D.КOA-112 при ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Адрес: 734026, Республика Таджикистан, г. Душанбе, район Сино, улица Сино 29-31, [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj), +992918724088

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2026 г.

**Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
кандидат медицинских наук, доцент**

**Джамолова Р.Дж.**

## 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 первичной медико-социальной помощи (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 результатом 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 (ГЦЗ) 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 № 0121ТJ1090 (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 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. Проведено 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 - 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 отделения 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, стандартизированную маршрутизацию детей группы риска и систему мониторинга контингентов, обслуживаемых отделением медико-социальной помощи (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 мультифакторного 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 ГЦЗ 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.

## Содержание работы

### Материалы и методы 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).

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 1).

**Таблица 1. – Характеристика ГЦЗ г. Душанбе, включенных в исследование**

ГЦЗ	Административный район	Численность прикрепленного населения, п	Дети 0–18 лет, п	Доля детей, %	Наличие отделения медико-социальной	Особенность (дневной стационар, раннее
-----	------------------------	---	------------------	---------------	-------------------------------------	--

					<b>ой помощи</b>	<b>вмешательств о и т.п.)</b>
ГЦЗ № 10	Сино	105171	33527	31,9	+	4
ГЦЗ № 12	Сино	77 461	19850	25,6	+	4
ГЦЗ № 15	Фирдавси	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 относятся: дети из многодетных семей, социально неблагополучных семей, дети, находящиеся под опекой, дети-инвалиды, несовершеннолетние правонарушители, а также дети юных матерей (таблица 2).

**Таблица 2. – Распределение детей по группам медико-социального риска**

<b>Группа детей/семей</b>	<b>ГЦЗ 10 (n=33527), n (%)</b>	<b>ГЦЗ 12 (n=19 850), n (%)</b>	<b>ГЦЗ 15 (n=18 686), n (%)</b>	<b>Всего (n=72 063), n (%)</b>	<b>p (между ГЦЗ)</b>
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 <sub>1</sub> <0,001	140 (0,75) p <sub>1</sub> =0,003 p <sub>2</sub> =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 <sub>1</sub> <0,001	<b>699 (3,74)</b> p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> =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<sub>1</sub> - при сравнении с ГЦЗ 10, p<sub>2</sub> - при сравнении с ГЦЗ 12 (p-значение после коррекции множественных сравнений методом Holm)

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.

В качестве исходной информационной базы использовалась официальная отчётно-учётная документация ГЦЗ № 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.

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 не ответивших. 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 сопряженности  $r \times c$ .

### Результаты исследования

Анкетирование проведено среди родителей/опекунов ( $n=110$ ) детей, прикрепленных к ГЦЗ №10, 12 и 15. В выборке отмечалось небольшое преобладание мальчиков (56,4%). Анкету преимущественно заполняли матери (71,8%), в отдельных случаях анкеты заполнялись отцами и опекунами.

По данным анкетирования родителей/опекунов социально-бытовые условия семьи в большинстве случаев оценены как благополучные (74,5%) (рисунок 1).



**Рисунок 1. – Социально бытовая оценка семьи, (по данным анкетирования,  $n=110$ )**

Неблагополучные условия были отмечены у 5 семей (4,5%). Вместе с тем в 23 анкетах (20,9%) социально-бытовая оценка 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.

Наиболее часто указывался ежемесячный доход 2000–4000 сомони (45,5%), далее - 1000–2000 сомони (21,8%), доля семей с доходом менее 1000 сомони составила 9,1%. Социальную поддержку в подавляющем большинстве случаев семьи не получали (95,5%). Наличие долговых обязательств/кредитов отметили 4,5% респондентов, при этом доля пропусков по данному вопросу

составила 9,1%

Результаты анализа барьеров обращения показали, что на соответствующий вопрос ответила половина выборки (55 из 110), что требует интерпретации показателей как доли среди ответивших. Ведущими ограничениями выступали финансовые трудности и недостаток информации о возможностях получения медико-социальной помощи. Вместе с тем общая удовлетворённость оказанной помощью оценивалась высоко: 75,5% респондентов отметили «очень довольны», 24,5% - «удовлетворены».

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 у 10,9% ответы отсутствовали.

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.

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.

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

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 Международной классификации болезней (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).

**Таблица 3. - 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

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 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, отнесенные 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).

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.

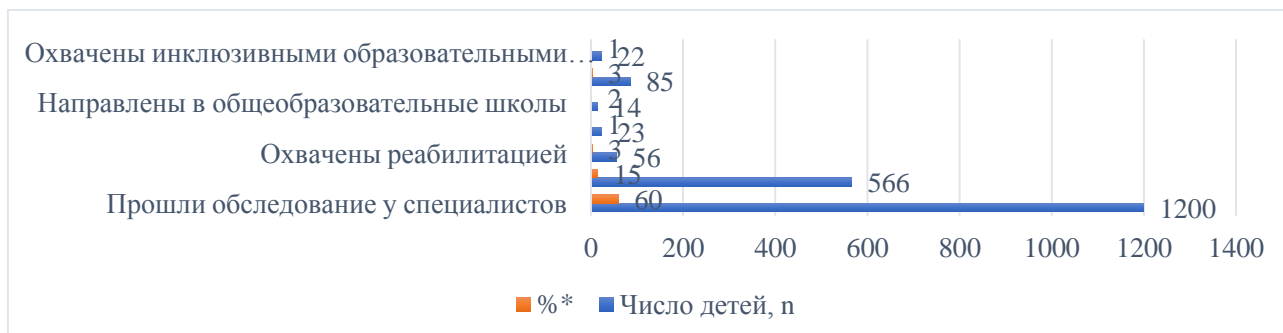
Сопоставление интенсивности общей заболеваемости показало выраженную межцентровую неоднородность. Наиболее высокий суммарный показатель зарегистрирован в ГЦЗ №12 и составил 229,8 случая на 1000 детей,

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.

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.

В Республике Таджикистан в последние годы предпринимаются последовательные шаги по формированию сети отделений комплексной поддержки семьи и ребёнка (ОКПС и Р) на базе городских и районных центров здоровья. Развитие сети ОКПС и Р, 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 (Рисунок 2).



**Рисунок 2 – Структура детей, обратившихся в ОКПС и Р, по видам полученной помощи и маршрутизации (9 месяцев 2025 г.)**

Как видно из структуры обращений, ОКПС и Р 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 ОКПС и Р (включая психологическую поддержку и элементы патронажной работы), а также повышения охвата семей информацией о доступных видах помощи.

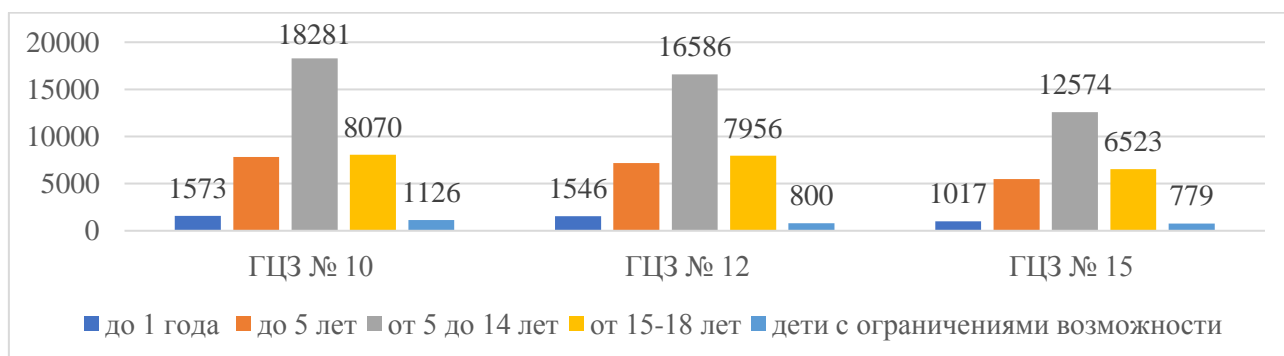
В совокупности это подтверждает, что дети с инвалидностью и нарушениями развития, а также семьи, воспитывающие таких детей, объективно формируют ядро группы высокого медико-социального риска. Для городских центров здоровья, включая ГЦЗ № 10, 12 и 15, это означает необходимость приоритизации данной категории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

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.

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.

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 3).



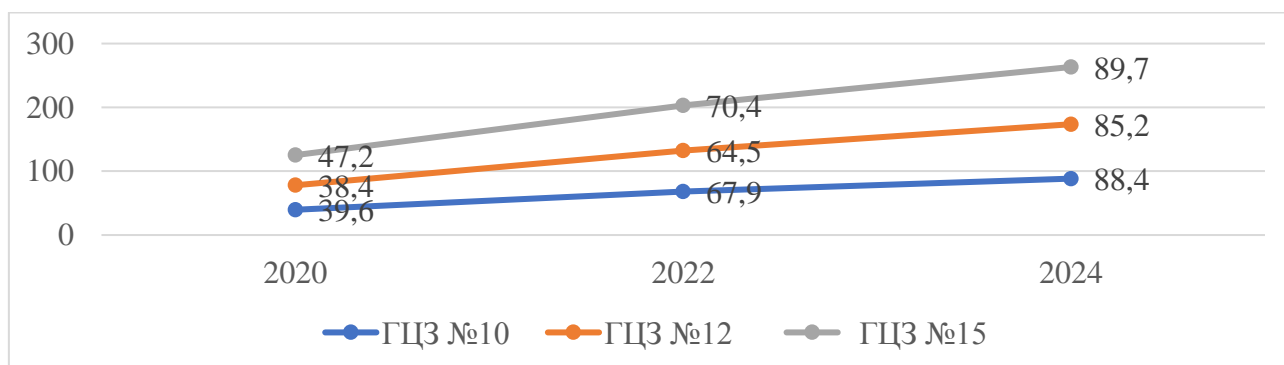
**Рисунок 3 - Динамика численности прикрепленного детского населения, а также его возрастная структура**

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).

Заболеваемость детей является одним из ключевых показателей, характеризующих состояние здоровья детского населения и эффективность работы ПМСП. В рамках исследования изучены уровни общей и первичной заболеваемости детей по данным отчётности ГЦЗ № 10, 12 и 15 с расчётом на 1000 детей, а также динамика этих показателей в период 2020–2024 гг.

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 клиничко-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.).

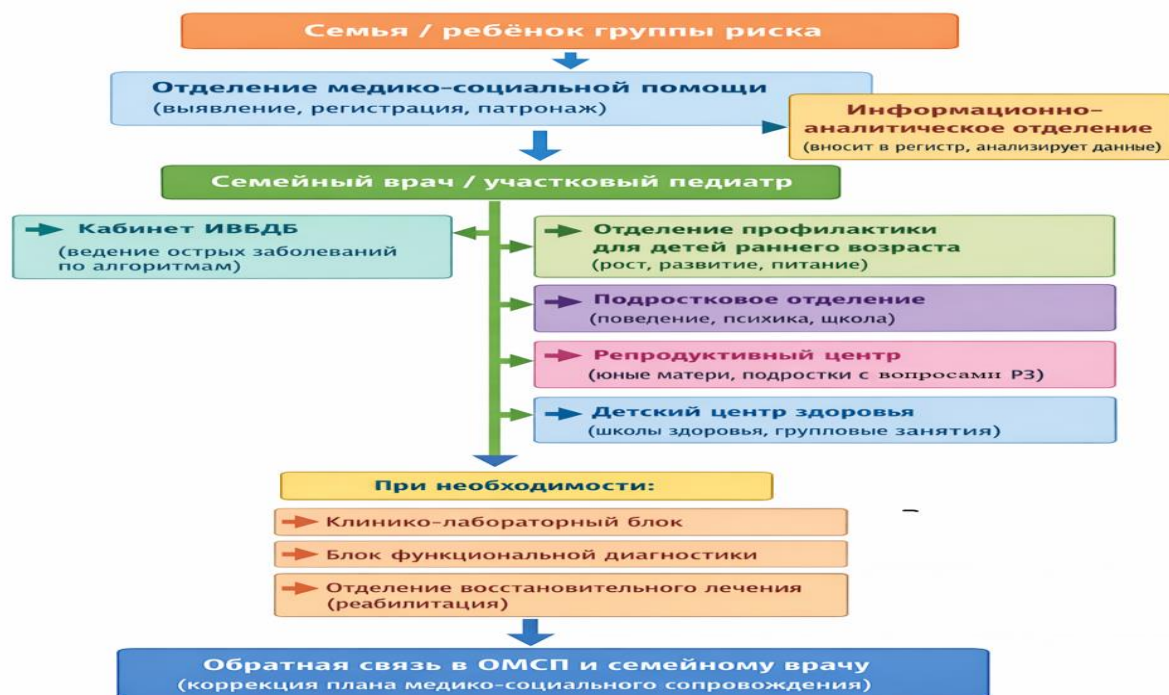


**Рисунок 4. - Проведение профилактических осмотров среди детей и подростков в динамике**

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. 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.

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. 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).



**Рисунок 5. - 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.

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.

### **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.

### **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 Междунар. 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 Междунар. 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.

### **Перечень сокращений, условных обозначений**

ВОЗ	- Всемирная организация здравоохранения
ВПП	- 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

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ «МАРКАЗИ ҶУМҲУРИЯВИИ ИЛМИЮ  
КЛИНИКИИ ПЕДИАТРИ ВА ҶАРРОҲИИ КӯДАКОНА»**

ВБД: 616-053.2/.6:614.2

Бо ҳуқуқи дастнавис

**ФАРЗОНАИ ЭМОМАЛИ**

**ҶАНБАҲОИ МУОСИРИ КӯМАКИ ТИББӢ ВА ИҶТИМОӢ БА  
КӯДАКОН ВА НАВРАСОН ДАР ШАРОИТИ МАРКАЗИ САЛОМАТӢ**

**Автореферати**

**диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии**

**номзади илмҳои тиббӣ**

**аз рӯйи ихтисоси 3.1.8. Педиатрия**

**Душанбе 2026**

**Диссертация дар Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникӣи педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона» иҷро карда шудааст.**

**Роҳбари илмӣ:** **Набиев Зоҳир Нарзулоевич** – д.и.т., профессор, Сардори Раёсати ташкили хизматрасониҳои тиббӣ ба модарону кӯдакон ва танзими оилаи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

**Муқарризи расмӣ:** **Кузибоева Наимаҳон Конбобоевна** – д.и.т., дотсент, мудири кафедраи педиатрияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон»

**Зурхолова Хайринисо Раҳмоновна** – н.и.т., мудири шуъбаи патологияи навзодони МД “Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон”

**Муассисаи пешбар:** Донишгоҳи миллии Тоҷикистон

Ҳимояи диссертатсия санаи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ соли 2026 соати \_\_\_\_ дар маҷлиси шурои диссертатсионии 6D.KOA-112 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. Суроға: 734026, ш. Душанбе, ноҳияи Сино, кӯчаи Сино, 29-31, [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj). +992918724088

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

Автореферат « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ соли 2026 фиристода шудааст.

**Котиби илмии шурои диссертатсионӣ,**  
н.и.т., дотсент

**Ҷамолова Р.Ҷ.**

## Муқаддима

**Мубрамии мавзуи таҳқиқот.** Саломатии кӯдакон ва наврасон нишондиҳандаи калидии рушди иҷтимоӣ-иқтисодӣ ва афзалияти сиёсати миллии соҳаи тандурустӣ мебошад, ки онро таҳқиқоти муосири иҷтимоӣ-гиғиенӣ ва ташкилӣ дар солҳои охир таъкид мекунанд [99, с. 1461–1472; 123, с. 1–12; 126, с. 1–120]. Саломатии кӯдакон таҳти таъсири маҷмӯи омилҳои биологӣ ва тиббӣ-иҷтимоӣ, аз ҷумла сатҳи таҳсилоти волидон, шароити зист ва муҳити микроиҷтимоӣ ташаккул меёбад, ки ин қарорҳои низомманд, пешгирикунанда ва байниидоравӣ талаб мекунад [1, с. 1–436; 2, с. 1–499; 13, с. 1–94; 121, с. 1–98; 124, с. 1–74]. Бо вучуди ҷорӣ гардидани равишҳои муосир, як қатор нишондиҳандаҳои беморшавӣ дар кӯдакон тамоюли афзоиширо нигоҳ медорад, махсусан вобаста ба нозологияҳои музмин ва ҳолатҳои хавф, ки онро маълумоти таҳқиқоти клиникӣ-эпидемиологии солҳои охир тасдиқ менамоянд [21, с. 26–34; 25, с. 1–364; 26, с. 1–364; 27, с. 1–351]. Нақши муҳимро дар ташаккули паёмадҳои номатлуб омилҳои иҷтимоии хавф - номуътадилии оила, дастрасии маҳдуд ба хизматрасониҳои тиббӣ ва фаъолнокии пасти тиббии волидон мебозанд, ки ин зарурати барномаҳои ҳадафманд барои гурӯҳҳои осебпазирро асоснок мекунад [42, с. 74–82; 44, с. 107–114; 54, с. 566–567]. Барои амалияи кӯмаки аввалияи тиббиию санитарӣ (КАТС) ҳамгироии ёрии тиббӣ бо ҳамроҳии иҷтимоӣ, ошкорсозии барвақтии кӯдакони осебпазир ва фаъолияти пешгирикунанда дар марказҳои саломатӣ махсусан муҳим мебошад, ки онро таҳлилҳои ташкили хизмати кӯдакона ва натиҷаҳои навсозии он тасдиқ менамояд [49, с. 131–137; 55, с. 19–24; 61, с. 1–24; 86, с. 18–24; 108, с. 1–188]. Самаранокии ҷунин ҳамгирӣ ба мавҷудияти равишҳои ягонаи методӣ, алгоритмҳои ҳамкориҳои байниидоравӣ ва кадрҳои омодашуда вобаста аст, ки норасоии онҳо то ҳол маҳдудкунандаи ҷиддии натиҷабахшӣ боқӣ мемонад [93, с. 88–99; 105, с. 1115–1129; 113, с. 245–252; 116, с. 1–52; 117, с. 1–48]. Дар маҷмӯъ, ин ҳолатҳо зарурати илмӣ ва амалӣ барои таҳия ва апробатсияи модели ҳамгирошудаи кӯмаки тиббӣ-иҷтимоӣ ба кӯдакон дар шароити марказҳои саломатии шаҳрӣ, бо арзёбии минбаъдаи самаранокӣ ва таҳияи алгоритми васеъро асоснок менамоянд [100, с. 512–524;

104, с. 455–467; 107, с. 1–124; 108, с. 1–188; 115, с. 1–210].

**Дарачаи коркарди илмии проблемаи мавриди омӯзиш.** Мушкили такмил додани низоми кӯмаки тиббӣ-иҷтимоӣ ба кӯдакон ва наврасон дар шароити муносири Ҷумҳурии Тоҷикистон то имрӯз аҳаммияти баланд ва хусусияти барҷастаи байниидоравӣ дорад. Сарфи назар аз дастовардҳои назарраси хадамоти миллии педиатрӣ, масъалаҳои равиши комплексӣ ба баҳодихии саломатии кӯдакон, муайян намудани мақоми иҷтимоии оила, омилҳои хавф, инчунин ташкили кӯмаки пешгирикунанда ва барқарорсозӣ дар сохтори Марказҳои саломатӣ ҳанӯз ҳам ба таври кофӣ таҳия нагардидаанд.

**Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоихаҳо), мавзӯҳои илмӣ.** Мавзуи таҳқиқоти диссертатсионии мазкур порчаи корҳои илмӣ-таҳқиқотии Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона» буда, ба омӯзиши мавзуи «Ҳолати дурустӣ (сахеҳӣ) ва таҳаввули рушди нишондиҳандаҳои солимии кӯдакон дар мавриди тифлӣ ва таҳқиқи илман асоснокшудаи методологияи равиши байнисекторӣ барои устувории он дар Ҷумҳурии Тоҷикистон» РҚД № 0121ТJ1090.

#### **Тавсифи умумии таҳқиқот**

**Мақсади таҳқиқот.** Такмил додани модели кӯмаки тиббӣ-иҷтимоӣ ба кӯдакон дар шароити марказҳои саломатии шаҳрии ш.Душанбе дар асоси таҳлили бисёркомпонентӣ.

#### **Вазифаҳои таҳқиқот.**

1. Омӯзиши омилҳои тиббӣ-демографӣ ва иҷтимоие, ки ба сатҳ ва сохтори беморшавии кӯдакон дар шаҳри Душанбе таъсир мерасонанд.
2. Муайян намудани сохтори аҳолии кӯдакон аз рӯи нишондиҳандаҳои хавфи тиббӣ-иҷтимоӣ барои ошкор намудани омилҳои афзалиятнок ва асоснок намудани чорабиниҳои пешгирикунанда.
3. Таҳия ва ҷорӣ намудани нақшаи кӯмаки тиббӣ-иҷтимоӣ дар шароити марказҳои саломатии шаҳрӣ.
4. Арзёбии самаранокии модели пешниҳодшуда ва таҳияи алгоритми тавсияҳо барои такмил додани он.

**Объекти таҳқиқот.** Ташкил ва фаъолияти низоми кӯмаки тиббӣ-ичтимоӣ ба кӯдакон ва наврасон дар шароити Марказҳои саломатӣ дар сохтори КАТС-ҳои шаҳри Душанбе, аз ҷумла фаъолияти воҳидҳо/мутахассисони соҳавӣ оид ба ҳамроҳии тиббӣ-ичтимоӣ, пешгирӣ, ошкорсозии барвақтии гурӯҳҳои хавф ва ҳамкориҳои байнисоҳавӣ дар заминаи МСШ №10, №12 ва №15.

**Мавзӯи таҳқиқот.** Мавзӯи таҳқиқот омилҳои тиббӣ-демографӣ ва иҷтимоӣ буданд, ки ба сатҳ ва сохтори беморшавии кӯдакон дар шаҳри Душанбе таъсир мерасонанд, инчунин омилҳои хавфи тиббӣ-ичтимоӣ, нишондиҳандаҳои беморшавӣ, барномаҳои соҳавӣ дар самти ҳифзи саломатии модар ва кӯдак, натиҷаҳои анкетагузарониҳои волидон ва мутахассисоне, ки кӯмаки тиббӣ мерасонанд, бо самти ташаккул, ҳифз ва таҳкими саломатии кӯдакон ва наврасон.

**Навгониҳои илмӣ таҳқиқот.**

1. Бори аввал дар шароити МСШ №10, №12 ва №15-и шаҳри Душанбе таҳлили комплекси профили тиббӣ-демографӣ аҳолии кӯдакони вобасташуда, нишондиҳандаҳои мурочиатнокӣ ва беморшавӣ бо ҷудо намудани омилҳои асосии тиббӣ-ичтимоӣ, ки сарбории КАТС-ро муайян мекунанд, анҷом дода шуд.

2. Тақсимбандии аҳолии кӯдакон аз рӯи сатҳҳои хавфи тиббӣ-ичтимоӣ дар асоси муоинаи стандартизатсияшудаи оилаҳо гузаронида шуда, нишон дода шуд, ки ҳиссаи кӯдакони гурӯҳи хавфи баланд 19,7%-ро ташкил медиҳад; дар сохтори гурӯҳҳои осебпазир кӯдакони оилаҳои серфарзанд (51,2%) ва оилаҳои номусоид (21,3%) бартарӣ доранд.

3. Меъёрҳо ва равишҳои методӣ барои ҷудо намудани гурӯҳҳои осебпазир ва пешбурди ҳолат дар сатҳи МСШ асоснок карда шуданд, аз ҷумла ҳамгиро намудани натиҷаҳои арзёбии хавф ба кортҳои инфиродии назорат ва ташкили назорати динамикӣ.

4. Модели ташкилию-функционалӣ (ҳамгирошуда)-и кӯмаки тиббӣ-ичтимоӣ ба кӯдакон ва наврасон дар шароити МСШ таҳия ва ҷорӣ карда шуд, ки дастаи байнисоҳавӣ, низомномаи тақсимои вазифаҳои мутахассисон ва алгоритми стандартизатсияшудаи равносозии кӯдакони гурӯҳи хавфро дар бар мегирад.

5. Асбобҳои идоракунии ташкилии модел таҳия гардиданд: низоми мониторинги гуруҳҳои аз ҷониби ШКТИ хизматрасонишаванда ва механизми ҳамкории байниидоравӣ ҳангоми ҳамроҳии оилаҳои осебпазир ва наврасони дорои омилҳои хавф.

6. Алгоритми амалии ҷорӣ ва васеъ намудани модели ШКТИ таҳия шуд, ки барои муассисаҳои шаҳрӣ ва ноҳиявии КАТС-и Ҷумҳурии Тоҷикистон мутобиқшаванда буда, ҳангоми нигоҳдории ҷузъҳои асосии ташкилӣ (сохтор, раванасозӣ, мониторинг, механизмҳои байниидоравӣ) татбиқ мегардад.

#### **Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот.**

Натиҷаҳои бадастомада оид ба нақши омилҳои тиббӣ-иҷтимоӣ дар ташаккули беморшавӣ, мурочиатнокӣ ва рафтори пешгирикунандаи аҳолии кӯдакона ва наврасон дар шароити МСШ заминаҳои илмиро барои татбиқи равиши ба хавф нигаронидашуда дар КАТС васеъ менамоянд ва зарурати арзёбии маҷмуии омилҳои иҷтимоӣ-демографӣ ва ташкилӣ ҳангоми тафсири динамикаи нишондиҳандаҳои саломатии кӯдаконро нишон медиҳанд.

Аҳамияти илмию амалии таҳқиқот бо таҳия ва ҷорӣ намудани модели ташкилию-функционалӣ (ҳамгиросишуда)-и кӯмаки тиббӣ-иҷтимоӣ ба кӯдакон ва наврасон дар шароити МСШ муайян мегардад, ки гуруҳи байнисоҳавӣ, низомномаи тақсимои вазифаҳои мутахассисон, раванасозии стандартизатсияшудаи кӯдакони гурӯҳи хавф ва низоми мониторинги гуруҳҳои аз ҷониби ШКТИ хизматрасонишавандаро дар бар мегирад.

Натиҷаҳои таҳқиқот барои ташкили фаъолияти МСШ ва дигар муассисаҳои КАТС-и Ҷумҳурии Тоҷикистон аҳамияти татбиқӣ доранд, зеро воситаҳои пешниҳодшуда (гуруҳбандии хавф, алгоритмҳои раванасозӣ, реестрҳо/мониторинг, механизмҳои ҳамкории байниидоравӣ) метавонанд барои банақшагирии захираҳо, баланд бардоштани ҳадафнокии чорабиниҳои пешгирикунанда, беҳтар намудани пайдарҳамии назорат ва коҳиш додани ҳиссаи гуруҳҳои хавф, ки аз майдони назари хизмат “берун мемонанд”, махсусан дар гурӯҳи наврасон, истифода шаванд.

Қарорҳои ташкилии таҳияшуда қобили мутобиқсозӣ ва васеъ мебошанд, ки имкон медиҳад онҳоро дар шароити гуногуни ҳудудӣ бо нигоҳдории ҷузъҳои асосии

модел татбиқ намоянд.

Татбиқи амалии натиҷаҳои таҳқиқот дар фаъолияти роҳбарон ва мутахассисони МСШ, табибони оилавӣ, педиатрҳои минтақавӣ, равоншиносон ва кормандони иҷтимоӣ, инчунин дар ҳамкориҳои байниидоравӣ бо муассисаҳои маориф ва ҳифзи иҷтимоӣ мақсаднок мебошад.

Маводҳои таҳқиқот метавонанд ҳангоми таҳияи низомномаҳои маҳаллӣ ва тартиботи стандартии амалиётии ШКТИ, барномаҳои омӯзиши кормандони КАТС, инчунин ҳангоми тақмили барномаҳои минтақавии пешгирӣ ва ҳамроҳии кӯдакони гуруҳҳои хавфи тиббӣ-иҷтимоӣ истифода гарданд.

### **Нуктаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда.**

1. Гуруҳи кӯдаконе, ки ба МСШ №10, №12 ва №15-и шаҳри Душанбе вобастаанд, бо ҳиссаи назарраси хавфи тиббӣ-иҷтимоӣ тавсиф мешавад, гуруҳи хавфи баландро 19,7% ошкор менамояд. Дар сохтори гуруҳҳои осебпазир кӯдакони аз оилаҳои серфарзанд (51,2%) ва номусоид (21,3%) бартарӣ доранд.

2. Нишондиҳандаҳои беморшавӣ ва мурочиатнокӣ дар МСШ-ҳои таҳқиқшаванда сарбории баландро ба КАТС инъикос менамоянд, ки аз ҳамбастагии сабабҳои клиникӣ ва омилҳои тиббӣ-иҷтимоӣ ташаккул меёбад, гуруҳи наврасон бинобар хусусияти мурочиатнокӣ ва монеаҳои дастрасӣ ба кӯмак ба равиши афзалиятноки ташкилӣ эҳтиёҷ дорад.

3. Модели ташкилию-функционалии ШКТИ бо дастаи байнисоҳавӣ ва равонасозии стандартизатсияшуда баланд шудани идорашавандагии пешбурди ҳолат, тақвияти пайдарҳамии назорат ва коҳиш ёфтани эҳтимоли «аз назари хизмат берун мондан»-и кӯдакро дар марҳилаҳои ҳамроҳӣ таъмин менамояд.

**Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо.** Эътимоднокии натиҷаҳои бадастомада бо асоснокии методологии таҳқиқот ва хусусияти комплекси манбаъҳои иттилоотии истифодашуда таъмин гардидааст. Эътимоднокии ҳулосаҳо инчунин бо истифодаи таҳлили бисёримилӣ тасдиқ мешавад, ки имкон дод робитаҳои миқдории байни сатҳи таҳсилоти волидон, шароити иҷтимоӣ ва басомади инкишофи шаклҳои алоҳидаи нозологӣ дар аҳолии кӯдакони шаҳри Душанбе муайян карда шаванд, инчунин вобастагии омилҳои тиббӣ-иҷтимоӣ бо сатҳи ошкоршавии бемориҳои музмин дар

кӯдакон барои пешгӯии хавф ва пешгирӣ муайян гардад.

**Мутобиқати диссертатсия бо шиносномаи ихтисоси илмӣ.** Соҳаи таҳқиқот бо шиносномаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 3.1.8. Педиатрия мувофиқат мекунад: зербанди 3.1. – Вижагиҳои афзоиши ҷисмонӣ, инкишофи асабию равонӣ, ҳолатҳои системаҳои амалкардии кӯдакон ва наврасон; зербанди 3.5 – Бемориҳои узвҳои дарунии кӯдакон ва наврасон. Паҳншавӣ, этиология, патогенез, омилҳои ирсӣ, нишонаҳои клиникӣ, таъхис, муолиҷа, пешгирӣ, офиятбӣ.

**Саҳми шахсии довталаби дарёфти дараҷаи илмӣ дар таҳқиқот.** Саҳми шахсии довталаб дар он ифода меёбад, ки ҳамаи марҳилаҳои асосии таҳқиқот мустақилона иҷро карда шудаанд - аз муайян намудани вазифаҳо ва ташаккули барномаи мушоҳидаҳо то ҷорӣ намудани модели ташкилию-функционалӣ ва таҳияи тавсияҳои амалӣ.

Аз ҷониби довталаб ҷамъоварӣ ва мураббаҷнамоии маълумоти ибтидоӣ оид ба ташкил ва фаъолияти кӯмаки тиббӣ-ичтимоӣ ба кӯдакон ва наврасон дар шароити МСШ-ҳои шаҳри Душанбе (дар заминаи МСШ №10, №12 ва №15) анҷом дода шуда, таҳлили омилҳои тиббӣ-демографӣ ва иҷтимоӣ, ки ба сатҳ ва сохтори беморшавӣ таъсир мерасонанд, гузаронида шуд, инчунин гурӯҳҳои хавфи тиббӣ-ичтимоӣ барои асоснок намудани ҷорабиниҳои пешгирикунандаи афзалиятнок ҷудо карда шуданд.

**Тасвир ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия.** Натиҷаҳои асосии кори диссертатсионӣ, нуктаҳои принципӣ ва тавсияҳои амалии он дар ҷорабиниҳои илмӣ-амалии сатҳи ҷумҳуриявӣ ва байналмилалӣ, аз ҷумла дар Конгресси илмӣ-амалии ҷамъияти илмии ҷарроҳон, анестезиологҳо ва реаниматологҳои кӯдакони Ҷумҳурии Тоҷикистон ба номи А.Т. Пулодов бо иштироки коршиносони байналмилалӣ дар мавзӯи «Ворид намудани технологияҳои инноватсионӣ дар ҷарроҳии кӯдакони ва педиатрия» (Хучанд, 2025), конференсияи солонаи илмӣ-амалии МДТ «ДТБКСТ ҶТ» «Ҷамбастагии илму таҳсилот - омили баланд бардоштани сифати ёрии тиббӣ» (Душанбе, 14 ноябри 2025), конференсияи илмӣ-амалии ҷумҳуриявӣ (солонаи VI-умин), бахшида ба рӯзи Президент ва парчами давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон (Данғара, 2025), Конгресси XII Авруосиёии табибони кӯдакони «Кӯдак ва ҷомеа: мушкилоти саломатӣ, рушд ва ғизо» (Бухоро, 17–18 октябри 2025), инчунин дар II Форуми байналмилалӣ кишварҳои ИДМ оид ба ғизои мактабӣ «Ғизои мактабӣ –

сармоягузорӣ ба насли миллати солим» таҷрибаи кишварҳои ИДМ дар ташкили ғизои мактабӣ ва рушди ҳамкорӣ дар соҳаи қавӣ намудани саломатии кӯдакон (Душанбе, 20–22 ноябри 2025) мавриди муаррифӣ ва муҳокима қарор гирифтанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва модели таҳияшудаи ташкилию-функционалии кӯмаки тиббӣ-иҷтимоӣ дар фаъолияти амалии МСШ-и шаҳри Душанбе (МСШ №10, №12 ва №15) барои такмили равишҳо ба муайян намудани гурӯҳҳои осебпазири кӯдакон, равноасозӣ ва ҳамкориҳои байниидоравӣ истифода шуданд, инчунин хангоми таҳияи пешниҳодҳои методӣ оид ба баҳодиҳии самаранокии хизматрасонии тиббӣ-иҷтимоӣ дар шароити зинаи аввалияи соҳаи тандурустӣ мавриди татбиқ қарор гирифтанд.

**Интишорот аз рӯи мавзӯи диссертатсия.** Аз рӯи мавзӯи диссертатсия 9 қор нашр гардидааст, аз ҷумла 3 қор дар маҷаллаҳо, ки аз ҷониби ҚОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон тавсия шудаанд, 6 қор дар маводи конференсияҳои илмӣ-амалӣ нашр шудааст.

**Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия.** Диссертатсия дар 154 саҳифаи матни компютерӣ баён гардида, аз муқаддима, шарҳи адабиёт, 4 фасли таҳқиқоти шахсӣ, таҳлил ва ҷамъбасти натиҷаҳо, хулосаҳо, тавсияҳои амалӣ ва рӯйхати адабиёт иборат мебошад, ки 126 манбаъро дар бар мегирад (аз онҳо 92 манбаъи ватанӣ ва 35 манбаъи хориҷӣ). Дар қор 18 ҷадвал ва 18 расм ҷой дода шудааст.

#### **Қисмҳои асосии таҳқиқот**

#### **Мавод ва усулҳои таҳқиқот**

Таҳқиқот дар давраи солҳои 2020–2024 дар муассисаҳои КАТС шаҳри Душанбе анҷом дода шудааст. Таҳқиқоти тиббӣ-иҷтимоии бисёрҷабҳӣ бо истифодаи усулҳои ретроспективӣ ва проспективӣ, тавсифӣ ва таҳлилии гузаронида шуд.

Қор чанд марҳилаи таҳқиқотро дар бар мегирад:

I марҳила - таҳлили ретроспективии нишондиҳандаҳои тиббӣ-демографӣ, сохтори беморшавӣ ва ташкили КАТС барои кӯдакон дар шаҳри Душанбе дар давраи солҳои 2020–2024.

II марҳила - таҳлили муфассали фаъолияти кӯмаки тиббӣ-иҷтимоӣ дар шароити МСШ №10, №12 ва №15 шаҳри Душанбе, арзёбии хусусиятҳои

кӯдакони гурӯҳи хавф, нишондиҳандаҳои беморшавӣ, назорати диспансерӣ ва барқарорсозии кӯдакон.

III марҳила - таҳия, ҷорӣ намудан ва баҳодиҳии самаранокии модели ҳамгиросудаи кӯмаки тиббӣ-иҷтимоӣ ба кӯдакон дар шароити МСШ бо муқоисаи минбаъда то ва баъд аз ҷорӣ намудан (бо марказҳое, ки кӯмаки тиббӣ-иҷтимоӣ фаъол аст ва марказҳое, ки чунин кӯмак фаъол нест).

База барои ин тадқиқотҳо МСШ №10, №12 ва №15-и шаҳри Душанбе ташкил доданд, ки ба сохтори умумии 15 МСШ дохил шуда, ба аҳолии кӯдакони пойтахт дар доираи КАТС хизматрасонӣ менамоянд. Интиҳоби муассисаҳои зикршуда ба дастрасии ҳудудии онҳо, сарбории баланди хадамоти педиатрӣ ва фаъолияти воҳидҳои кӯмаки тиббӣ-иҷтимоӣ ба кӯдакон таъя мекунад (ҷадвали 1).

**Ҷадвали 1. – Хусусиятҳои МСШ-и шаҳри Душанбе, ки ба тадқиқот шомил гардиданд**

МСШ	Ноҳияи маъмурӣ	Шумораи аҳолии вобасташуда, n	Кӯдакони 0–18 сола, n	Ҳиссаи кӯдакон, %	Мавҷудияти шӯбаи кӯмаки тиббӣ-иҷтимоӣ	Хусусиятҳо (стационарӣ ва рӯзона, даҳолати барвақт ва ғ.)
МСШ № 10	Сино	105171	33527	31,9	+	4
МСШ № 12	Сино	77 461	19850	25,6	+	4
МСШ № 15	Фирдавсӣ	56461	18686	33,1	+	4

Тибқи маълумоти МСШ, шумораи аҳолии дар ҳудуди хизматрасонии МСШ №10 истиқоматкунандагон 105 171 нафарро ташкил медиҳад, аз онҳо кӯдакони то 1-сола - 1573, то 5-сола - 8880, то 18-сола - 33 527 нафар мебошанд. Дар ҳудуди хизматрасонии МСШ №12 шумораи аҳоли 77 461 нафарро ташкил дода, аз онҳо кӯдакони то 1-сола - 999, то 5-сола - 4892, то 18-сола - 19 850 нафар мебошанд. Аҳолии ба МСШ №15 вобасташуда 56 461 нафарро ташкил медиҳад, аз ҷумла кӯдакони то 1-сола - 1017, то 5-сола - 5499, то 18-сола - 18 686 нафар, дар байни онҳо инчунин гурӯҳи шахсони имконияташон маҳдуд ҷудо карда мешавад, аз ҷумла мутаносибан 230, 210 ва 140 кӯдак. Ҳамин тавр, ҳар яке аз

марказҳо контингенти назарраси аҳолии кӯдаконро хизматрасонӣ менамояд, ки ин сарбории баланди низоми КАТС-ро муайян мекунад.

Чойи махсусро дар сохтори таҳқиқот контингенти кӯдакони гурӯҳҳои хавфи иҷтимоӣ, ки дар воҳидҳои кӯмаки тиббӣ-иҷтимоӣ таҳти назорат қарор доранд, ишғол менамояд. Ба онҳо дохил мешуданд: кӯдакони оилаҳои серфарзанд, оилаҳои иҷтимоӣ-номусоид, кӯдакони таҳти парасторӣ қарордошта, кӯдакони маъюб, ноболиғони ҳуқуқвайронкунанда, инчунин кӯдакони модарони ҷавони наврас (ҷадвали 2).

**Ҷадвали 2. – Тақсимои кӯдакон аз рӯи гурӯҳҳои хавфи тиббӣ-иҷтимоӣ**

Гурӯҳи кӯдакон/оилаҳо	МСШ 10 (n=33 527), n (%)	МСШ 12 (n=19 850), n (%)	МСШ 15 (n=18 686), n (%)	Ҳамагӣ (n=72 063), n (%)	p (байни МСШ)
Кӯдакон аз оилаҳои серфарзанд	457 (1,36)	393 (1,98) p <sub>1</sub> <0,001	378 (2,02) p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> =0,763	1228 (1,70)	0,000
Кӯдакон аз оилаҳои иҷтимоӣ-номусоид	249 (0,74)	148 (0,75)	139 (0,74)	536 (0,74)	0,999
Кӯдакони таҳти парастор қарордошта	57 (0,17)	34 (0,17)	32 (0,17)	123 (0,17)	0,999
Кӯдакони маъюб	230 (0,69)	210 (1,06) p <sub>1</sub> <0,001	140 (0,75) p <sub>1</sub> =0,003 p <sub>2</sub> =0,409	580 (0,81)	0,000
Кӯдакони модарони наврас	1 (0,00)	1 (0,01)	0 (0,00)	2 (0,00)	1,000
Ноболиғони ҳуқуқвайронкунанда	15 (0,04)	16 (0,08)	10 (0,05)	41 (0,06)	0,238
<b>Ҳамагӣ</b>	<b>1009 (3,01)</b>	<b>802 (4,04)</b> p <sub>1</sub> <0,001	<b>699 (3,74)</b> p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> =0,129	<b>2510 (3,48)</b>	<b>0,000</b>

Эзоҳ: p - аҳамияти омории фарқиятҳои ҳиссаҳо байни МСШ (меъёри  $\chi^2$ -и Пирсон барои ҷадвалҳои 3×2); барои категорияи «кӯдакони модарони наврас» санҷиши дақиқи мултиномиалӣ татбиқ гардид (бо сабаби басомадҳои ниҳоят кам); p<sub>1</sub> - ҳангоми муқоиса бо

МСШ 10, р2 - ҳангоми муқоиса бо МСШ 12 (р-арзиш пас аз ислоҳи муқоисаҳои сершумор бо усули Holm).

Дар динамикаи кори МСШ №10, №12 ва №15 дар солҳои 2020–2024 афзоиши назарраси шумораи кӯдакон ва наврасоне, ки бо хизматрасониҳои тиббӣ-ичтимоӣ фаро гирифта шудаанд, мушоҳида гардид. Дар ин давра шумораи умумии беморон, ки аз ҷониби духтурони оилавӣ қабул шудаанд, аз 2453 то 4290 нафар зиёд шуд, дар ҳоле ки шумораи кӯдакон ва наврасон аз 987 то 1965 нафар афзоиш ёфт.

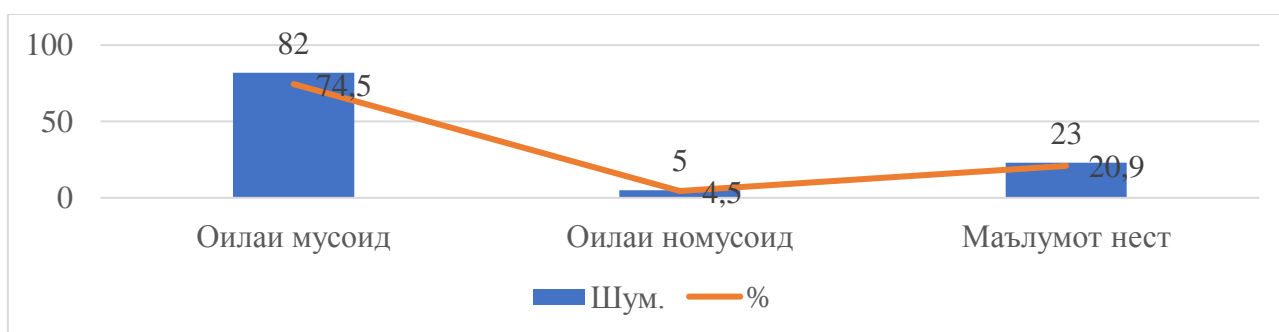
Ҳамчун пойгоҳи ибтидоии иттилоотӣ ҳуҷҷатҳои расмии ҳисоботӣ-бақайдгирии МСШ №10, №12 ва №15 шаҳри Душанбе, инчунин маълумоти ҷамъбасти мақомоти тандурустӣ ва омор истифода шуданд. Таҳлили ретроспективӣ ва проспективии ҳисоботҳои солона ва семоҳаи МСШ гузаронида шуд, ки дар онҳо маълумот оид ба шумораи аҳолии вобасташуда, сатҳҳои беморшавии умумӣ ва ибтидоии кӯдакон, сохтори патологияи музмин, ҳаҷми назорати диспансерӣ, бистаришавӣ ва маъҷубӣ дар синни кӯдакӣ дарҷ гардида буданд.

Коркарди омории натиҷаҳо дар муҳити R 4.5.1 (R Core Team, R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2025) иҷро карда шуд. Таҳлил асосан бар маълумоти ҷамъбастшудаи ҳисоботӣ (арзишҳои мутлақ n, ҳиссаҳо %, нишондиҳандаҳо ба 1000 кӯдак) анҷом дода шуд. Нишондиҳандаҳои сифатӣ дар шакли n (%) пешниҳод гардиданд; ҳангоми мавҷуд будани холигиҳо (бе ҷавоб) ҳиссаи нафарони ҷавобнаодаро алоҳида нишон дода шуд. Барои саволҳои, ки ҷавоби нопурра ва/ё интиҳоби сершумор доштанд, фоизҳо ҳам нисбат ба ҳаҷми умумии интиҳоб ва ҳам нисбат ба шумораи ҷавобдодаҳо ҳисоб карда шуданд. Муқоисаи ҳиссаҳо байни гурӯҳҳо (МСШ, зергурӯҳҳои синнусолӣ) бо истифодаи меъёри  $\chi^2$ -и Пирсон (дар ҳолати зарурат - бо ислоҳи Йетс) анҷом дода шуд, ҳангоми басомадҳои интизории хурд меъёри дақиқи Фишер истифода гардид, аз ҷумла барои таҳлили чадвалҳои алоқамандии  $r \times c$ .

## Натиҷаҳои таҳқиқот

Анкетагузаронӣ дар байни волидон/парасторон (n=110)-и кӯдакони ба МСШ №10, №12 ва №15 вобасташуда гузаронида шуд. Дар интихоб бартари каме зиёди писарон (56,4%) қайд гардид. Анкетаро асосан модарон (71,8%) пур кардаанд, дар баъзе ҳолатҳо анкетаҳо аз ҷониби падарон ва парасторон пур карда шуданд.

Тибқи маълумоти анкетагузаронии волидон/парасторон, шароити иҷтимоӣ-маишии оила дар аксари ҳолатҳо ҳамчун мусоид (74,5%) арзёбӣ шудааст (расми 1).



**Расми 1. – Арзёбии иҷтимоӣ-маишии оила (тибқи маълумоти анкетагузаронӣ, n=110)**

Шароити номусоид дар 5 оила (4,5%) қайд гардид. Ҳамзамон, дар 23 анкета (20,9%) арзёбии иҷтимоӣ-маишӣ мавҷуд набуд. Бо назардошти ҳассос будани саволҳои, ки ба вазъи моддӣ-маишии оила дахл доранд, ҳиссаи баланди ҳолигиҳо метавонад бо таъсири «хоҳиши иҷтимоӣ» ва/ё нигаронӣ аз стигматизатсия вобаста бошад, ки ин пуррагӣ ва эътимоднокии худбаҳодихиро аз рӯи ин нишондиҳанда маҳдуд менамояд.

Аз ҳама бештар даромади моҳонаи 2000–4000 сомонӣ нишон дода шудааст (45,5%), баъдан - 1000–2000 сомонӣ (21,8%), ҳиссаи оилаҳои дорони даромади камтар аз 1000 сомонӣ 9,1%-ро ташкил дод. Дастгирии иҷтимоиро дар аксари мутлақи ҳолатҳо оилаҳо дарёфт накардаанд (95,5%). Мавҷудияти ӯҳдадорихои қарзӣ/кредитиро 4,5% респондентон қайд карданд, дар ҳоле ки ҳиссаи ҳолигиҳо оид ба ин савол 9,1%-ро ташкил дод.

Натиҷаҳои таҳлили монеаҳои муроҷиат нишон доданд, ки ба саволи

дахлдор танҳо нисфи интихоб (55 аз 110) ҷавоб додааст, бинобар ин нишондиҳандаҳоро бояд ҳамчун ҳиссаи миёни ҷавобдодаҳо тафсир намуд. Монеаҳои асосӣ мушкилоти молиявӣ ва норасоии иттилоот дар бораи имкониятҳои гирифтани кӯмаки тиббӣ-иҷтимоӣ буданд. Ҳамзамон, каноатмандии умумӣ аз кӯмаки расонидашуда баланд арзёбӣ гардид: 75,5% респондентон «хеле каноатманд», 24,5% - «каноатманд» будани худро қайд намуданд.

Арзёбии ниҳоии хавфи тиббӣ-иҷтимоӣ на дар ҳамаи респондентон пур карда шудааст: нишондиҳандаи хавф дар 75 аз 110 нафар (68,2%) мавҷуд буд, ҳиссаи холигиҳо 31,8%-ро ташкил дод. Дар байни ҷавобдодаҳо (n=75) сатҳи пасти хавф бартарӣ дошт (78,7%), сатҳи миёна 13,3%, сатҳи баланд - 8,0%-ро ташкил дод. Ниёзмандӣ ба муҳофизати фаврӣ («ха, фавран») дар 9,1% оилаҳо қайд гардид, дар ҳоле ки 10,9% ҷавобҳо мавҷуд набуданд.

Яке аз омилҳои калидӣ, ки сатҳи беморшавӣ, сохтори патология ва эҳтиёҷмандӣ ба кӯмаки тиббӣ-иҷтимоиро муайян менамоянд, омилҳои тиббӣ-демографӣ ва иҷтимоӣ мебошанд. Таҳлили ин омилҳо дар кӯдаконе, ки дар МСШ №10, №12 ва №15 шаҳри Душанбе таҳти назорат қарор доранд, имкон дод тасвири сохторбандишудаи аҳолии кӯдакон ташаккул ёфта, гурӯҳҳои дорои хавфи баланди тиббӣ-иҷтимоӣ ҷудо карда шаванд.

Дар сохтори умумӣ наврастони 10–18 сола (55,6%) ва кӯдакони синни хурди мактабӣ 6–9 сола (18,0%) бартарӣ доштанд. Чунин тақсимот, эҳтимолан, хусусиятҳои демографии ҳудудҳои хизматрасонишаванда ва ҷойгиршавии ташкилӣ-ҳудудии муассисаҳои томактабӣ ва таҳсилоти умумиро инъикос менамояд. Бо назардошти бартарии шумории ин гурӯҳҳои синнусолӣ, маҳз онҳо, ба эҳтимоли зиёд, ҳиссаи асосии муроҷиатнокиро ба МСШ ташкил дода, бинобар ин сарбории ҷорӣи хизмати педиатриро муайян мекунанд. Ин ҳолат зарурати банақшагирии барномаҳои пешгирикунанда, баланд бардоштани фарогирӣ бо чорабиниҳои скринингӣ ва диспансерӣ, инчунин тақвияти корҳои санитарӣ-маърифатиро, ки ба дастгирии тарзи ҳаёти солим дар оилаҳо равона шудаанд, асоснок менамояд.

Аз ин рӯ, дар асоси таҳлили нишондиҳандаҳои ҳисоботи тиббӣ-демографӣ ва натиҷаҳои анкетагузарони волидон/парасторон профили чамъбасти тиббӣ-иҷтимоии кӯдаконе, ки ба МСШ №10, №12 ва №15 шаҳри Душанбе вобастаанд, таҳия карда шуд. Ҳамзамон, тибқи маълумоти анкетагузаронӣ, ин контингент бо нобаробарии барҷастаи иҷтимоӣ тавсиф мешавад: мавҷудияти оилаҳои нопурра ва серфарзанд, оилаҳои таҳти парастор, инчунин гуногунрангии сатҳи таҳсил ва мақоми муҳоҷирати волидон ва фарқиятҳо дар шароити иҷтимоӣ-маишӣ метавонанд бо хавфи коҳиш ёфтани мунтазамии мурочиатнокӣ, аз даст рафтани чорабиниҳои пешгирикунанда ва паст будани пайравӣ ба барномаҳои дарозмуддати табобатӣ-барқарорсозӣ алоқаманд бошанд. Ин ҳолат зарурати тақвияти дастгирии ҳадафманди тиббӣ-иҷтимоиро дар сатҳи МСШ тақозо менамояд.

Беморшавии умумии кӯдакон аз рӯи маълумоти кортҳои амбулаторӣ ва ҳуҷҷатҳои солонаи ҳисоботи марказҳои саломатии шаҳрӣ дар давраи таҳқиқот арзёбӣ гардид. Таҳлил аз рӯи синфҳои асосии бемориҳо мувофиқи таснифи байналмилалии бемориҳо (ТББ) ва шаклҳои ҳисоботӣ гузаронида шуд. Гурӯҳҳои пешбарандаи нозологӣ ҷудо карда ва саҳми онҳо дар ҳаҷми умумии ҳолатҳои ба кайд гирифташуда муайян гардид. Нишондиҳандаҳои интенсивӣ ба 1000 кӯдак ҳисоб карда шуданд (ҷадвали 3).

**Ҷадвали 3. – Сохтори беморшавии кӯдакон тибқи ТББ**

Синфи бемориҳо (ТББ / шакли ҳисоботӣ)	МСШ 10		МСШ 12		МСШ 15		p-value
	ҳолатҳо n	ба 1000	ҳолатҳо n	ба 1000	ҳолатҳо n	ба 1000	
Бемориҳои узвҳои нафаскашӣ	543	16,2	1918	96,6	460	24,6	<0,001
Бемориҳои узвҳои ҳозима	42	1,3	399	20,1	24	1,3	<0,001
Бемориҳои системаи асаб	208	6,2	420	21,2	439	23,5	<0,001
Бемориҳои системаи устухон ва мушакҳо	20	0,6	192	9,7	20	1,1	<0,001
Бемориҳои аллергиякӣ (аз ҷумла астмаи бронхиалӣ)	19	0,6	2	0,1	22	1,2	<0,001

Бемориҳои сироятӣ ва паразитӣ	208	6,2	497	25,0	264	14,1	<0,001
Бемориҳои пӯст ва бофтаи зери пӯст	9	0,3	188	9,5	8	0,4	<0,001
Бемориҳои эндокринӣ, вайроншавии ғизогирӣ ва мубодилаи моддаҳо	321	9,6	51	2,6	330	17,7	<0,001
Дигар	641	19,1	894	45,0	607	32,5	<0,001
<b>Ҷамагӣ</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>

Эзоҳ:  $p$  - аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳои беморшавӣ байни МСШ №10/№12/№15 (санчиши  $\chi^2$ -и таносуби эҳтимолиятҳо likelihood-ratio барои муқоисаи интенсивиятҳо (Poisson rates) ҳангоми экспозитсияе, ки ба шумораи аҳолии кӯдакони вобасташуда баробар аст).

Тибқи маълумоти ҷадвали 3, сатҳҳои беморшавӣ байни МСШ №10, №12 ва №15 ҳам аз рӯи беморшавии умумӣ ва ҳам аз рӯи синфҳои алоҳидаи бемориҳо аз ҷиҳати оморӣ ба таври назаррас фарқ доштанд (дар ҳамаи ҳолатҳо  $p < 0,001$ ). Дар сохтори ҳолатҳои ба қайд гирифташуда бемориҳои узвҳои нафаскашӣ бартарӣ дошта, шумораи аз ҳама зиёди эпизодҳоро ташкил медоданд, ҳамзамон дар баъзе МСШ саҳми назарраси бемориҳое, ки ба гурӯҳи «дигар» мансуб доништа шудаанд, нигоҳ дошта мешуд.

Бояд фарқиятҳои барҷаста байни муассисаҳо қайд карда шаванд: дар МСШ №12 нишондиҳандаи бемориҳои узвҳои нафаскашӣ нисбат ба МСШ №10 ва МСШ №15 ба таври назаррас баландтар аст, ки таҳлили иловагии сабабҳои эҳтимолиро талаб менамояд (таркиби синнусолӣ, мурочиатнокӣ, хусусиятҳои бақайдгирӣ, шароити иҷтимоӣ-маишӣ).

Барои тавсифи комплекси ҳолати саломатии кӯдаконе, ки ба МСШ №10, №12 ва №15 вобастаанд, дар ин таҳқиқот равиши арзёбии интегралӣ истифода гардид, ки ба муқоисаи беморшавии умумӣ ва паҳншавии патологияи музмин асос ёфтааст.

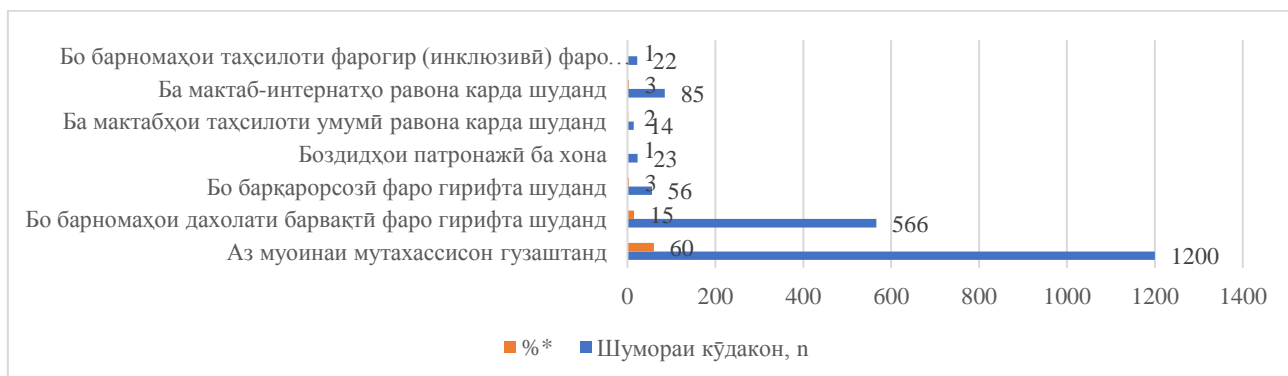
Муқоисаи шиддатнокии беморшавии умумӣ нобаробарии барҷастаи байнимарказиро нишон дод. Нишондиҳандаи чамъбасти аз ҳама баланд дар

МСШ №12 ба қайд гирифта шуда, 229,8 ҳолат ба 1000 кӯдак-ро ташкил дод, дар ҳоле ки дар МСШ №15 он 2 маротиба пасттар буд (116,3 ба 1000), ва дар МСШ №10 - ҳадди ақал (60,0 ба 1000). Аз ҷиҳати визуалӣ ин фарқиятро метавон ҳамчун «градиент»-и сарборӣ ба КАТС нишон дод: МСШ №12 - ҳадди максималӣ, МСШ №15 - миёна, МСШ №10 - ҳадди минималӣ. Аз рӯи сохтори беморшавии умумӣ саҳми асосиро бемориҳои узвҳои нафаскашӣ ва бемориҳои сироятӣ ва паразитӣ ташкил медиҳанд, ки мурочиатнокии оммавӣ ва сарбории пешгирикунандаро муайян мекунад, ҳамзамон ҳиссаи назаррасро инчунин бемориҳои низоми асаб ва бемориҳои эндокринӣ (аз ҷумла вайроншавии ғизогирӣ ва мубодилаи моддаҳо) ташкил медиҳанд, ки мавҷудияти патологияи функционалӣ ва ҷараёни музминро инъикос менамояд.

Аз ин рӯ, индекси интегралӣ саломатӣ дар шакли пешниҳодшуда на танҳо ҳамчун тавсифи ҷамъбасти ҳолати тиббӣ-биологии контингенти хизматрасонишаванда баромад мекунад, балки ҳамчун нишондиҳандаи амалигароёна низ хизмат менамояд, ки имкон медиҳад афзалиятҳо дар ташкили кори КАТС ва хизмати тиббӣ-ичтимоӣ асоснок карда шаванд. Дар шароити МСШ №12, ки нишондиҳандаи ҷамъбасти беморшавии умумӣ то 229,8 ба 1000 кӯдак мерасад, ҳангоми сатҳи муқоисашавандаи патологияи музмин, тақвияти самти пешгирикунанда, баланд бардоштани фарогирӣ бо назорати динамикӣ барои кӯдакони зуд-зуд беморшаванда, инчунин пурзӯр намудани кори санитарӣ-маърифатӣ бо оилаҳо зарур аст. Барои МСШ №15, ки мавқеи миёнаро ишғол менамояд, тадбирҳо оид ба нигоҳ доштани устувории назорати диспансерӣ ва пешгирии ҳадафманд нисбат ба синфҳои пешбарандаи бемориҳо аҳаммияти махсус доранд. Дар МСШ №10, ки бо арзиши нисбатан мусоиди индекси саломатӣ тавсиф мешавад, авлабият нигоҳ доштани сатҳи бадастомадаи корҳои пешгирикунанда ва ҳамроҳии низомманди контингенти нисбатан камшумор, вале аз ҷиҳати клиникӣ муҳим, кӯдакони дорои бемориҳои музмин боқӣ мемонад.

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар солҳои охир барои ташаккули шабакаи шӯъбаҳои дастгирии ҷамъонибаи оила ва кӯдак (ШДҲОК) дар заминаи

марказҳои саломатии шаҳрӣ ва ноҳиявӣ қадамҳои пайдарпай гузошта мешаванд. Рушди ин шабака, аз ҷумла кушодани шуъбаҳо дар як қатор ноҳияҳо ва дар баъзе марказҳои саломатии шаҳрии шаҳри Душанбе, аз ҷумла дар заминаи МСШ №15, барои наздик намудани хизматрасониҳои муҳофизати барвақт ба маҳалли зисти оила ва коҳиш додани хавфи ташҳиси дер ва маъюбшавии дуҷумдараҷа замина фароҳам меорад (расми 2).



**Расми 2 – Сохтори кӯдаконе, ки ба ШДҲОК муроҷиат намудаанд, аз рӯи намудҳои кӯмаки гирифташуда ва равонасозӣ (9 моҳи соли 2025)**

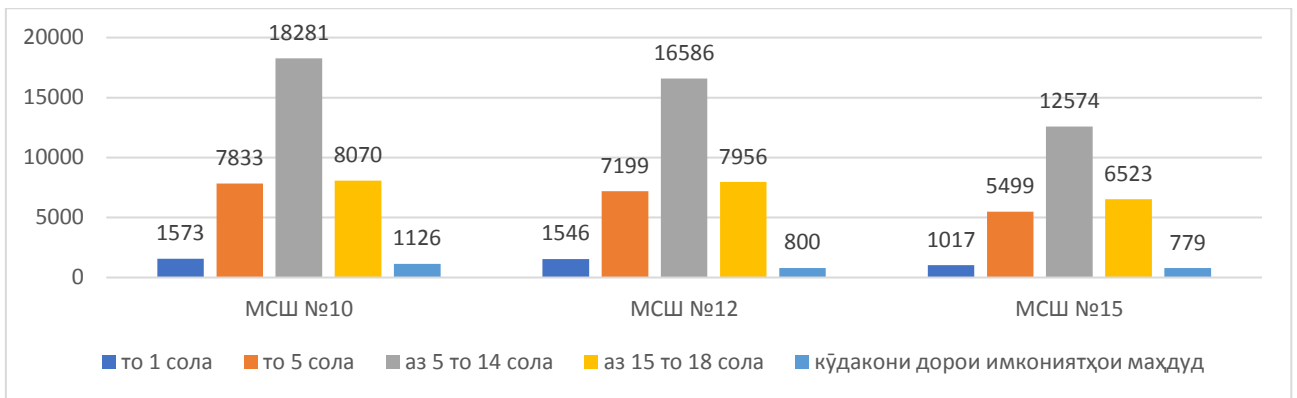
Тавре, ки аз сохтори муроҷиатҳо бармеояд, ШДҲОК на танҳо вазифаи машваратӣ, балки вазифаи равонасозиро низ иҷро менамоянд ва вобаста ба ниёзҳои ошкоршуда равонасозии кӯдакониро ба мутахассисон ва хизматҳои соҳавӣ таъмин мекунанд. Аз нигоҳи амалӣ ин зарурати таҳкими минбаъдаи таъминнокии кадрӣ ва захиравии ШДҲОК-ро (аз ҷумла дастгирии равоншиносӣ ва унсурҳои кори патронажӣ), инчунин баланд бардоштани фарогирии оилаҳо бо иттилоот дар бораи намудҳои дастраси кӯмак тасдиқ менамояд.

Дар маҷмӯъ, ин далелҳо нишон медиҳанд, ки кӯдакони дорои маъюбият ва нуқсонҳои рушд, ҳамчунин оилаҳое, ки чунин кӯдакониро тарбия мекунанд, воқеан гурӯҳи асосии хавфи баланди тиббӣ-иҷтимоиро ташкил медиҳанд. Барои марказҳои саломатии шаҳрӣ, аз ҷумла МСШ №10, №12 ва №15, ин маъноии зарурати авлабият додан ба ин категория хангоми ташкили гурӯҳҳо барои назорати амиқ, таҳкими ҳамкорӣ бо ШДҲОК, васеъ намудани равишҳои оиламехвар ва фарогир, инчунин ҳамгиро намудани моделҳои муҳофизати барвақт ба амалияи ҳаррӯзаи КАТС-ро дорад.

Барои мушаххас намудани таъминнокии воқеии кӯдакони дорои маъюбият бо назорати низомманд ва динамикаи контингент дар шароити МСШ, таҳлили нишондиҳандаҳои баҳисобгирии диспансерии кӯдакони дорои маъюбият то 18-сола дар буриши МСШ №10, №12 ва №15 барои солҳои 2020–2024 гузаронида шуд.

Маълумоти пешниҳодшуда аз он шаҳодат медиҳад, ки дар ҳар се маркази саломатӣ контингенти устувори кӯдакони дорои маъюбият мавҷуд буда, ба назорати дарозмуддат эҳтиёҷдоранд. Дар ҳамаи солҳои таҳлил ҳам ворид шудани кӯдакони нав ба баҳисобгирӣ ва ҳам хориҷшавӣ аз он бо сабабҳои гуногун (расидан ба синни 18-солагӣ, иваз кардани ҷойи истиқомат, фавтидагон) ба қайд гирифта мешавад, вале шумораи умумии кӯдакони маъюбе, ки дар охири сол дар баҳисобгирӣ мемонанд, назаррас боқӣ мемонад. Ин гувоҳи медиҳад, ки мушкили маъюбии кӯдакон хусусияти гузаро (эпизодӣ) надошта, балки устувор буда, дар ҳар яке аз се МСШ сарбории доимиро ба низоми КАТС ташаққул медиҳад.

Тибқи ҳуҷҷатҳои ҳисоботӣ, дар тамоми давраи таҳқиқот (2020–2024) шумораи аҳолии кӯдакони вобасташуда дар маҷмӯъ аз рӯи 3 МСШ аз 70 ҳазор кӯдаки 0–17 сола зиёд мебошад, ҳамзамон ҳам афзоиши умумии контингенти кӯдакон ва ҳам бозтақсимшавии он байни марказҳо мушоҳида гардид. Суръати баландтарини афзоиш дар минтақаи хизматрасонии МСШ №10 қайд шуд, ки бо сохтмони фаъоли манзилӣ ва зичшавии аҳоли алоқаманд аст. МСШ №12 ва МСШ №15 омезиши биноҳои бисёррошона ва хонаҳои хусусии камрошонаро хизматрасонӣ мекунанд, ки ба ташкили патронаж, боздидҳои хонагӣ ва ҳамкориҳои байниидоравӣ талаботи махсус мегузорад (расми 3).



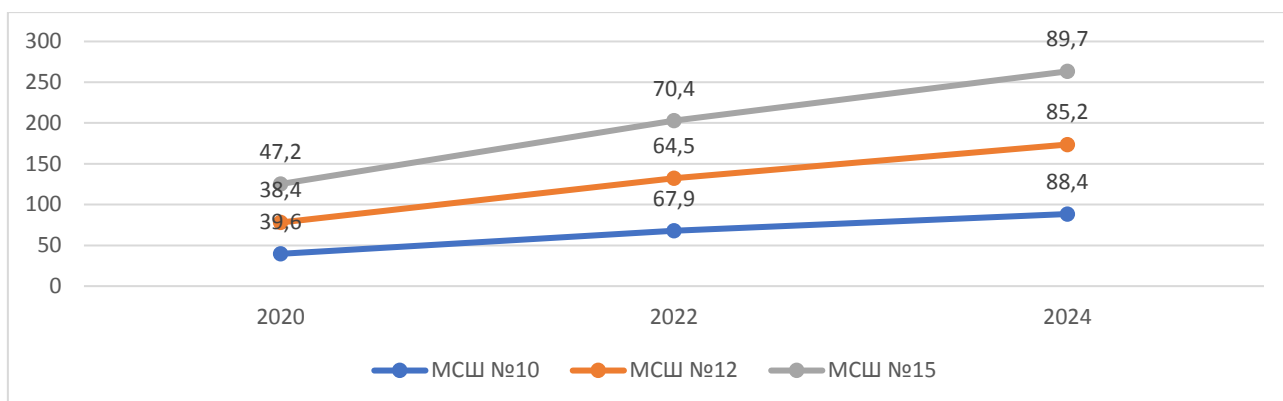
### Расми 3 – Динамикаи шумораи аҳолии кӯдакони вобасташуда, инчунин сохтори синнусолии он

Таҳлили сохтори синнусоли нишон дод, ки дар ҳамаи се марказ кӯдакони синни томақтабӣ ва хурди мактабӣ бартарӣ доранд, ки ҳиссаи онҳо то нисфи аҳолии кӯдаконро ташкил медиҳад. Ин аз нуқтаи назари ҳаҷми чорабиниҳои пешгирикунанда, кори патронажӣ, эмгузаронӣ, скрининги ихтилоли рушд ва ташкили муҳофизати барвақт аҳаммияти принсипӣ дорад. Наврасони 15–17 сола гурӯҳи камшумортар, вале аз ҷиҳати стратегӣ муҳим мебошанд, зеро маҳз дар ин синну сол бисёр омилҳои рафтории хавф ташаккул меёбанд ва равиши байнисоҳай (тиббӣ-иҷтимоӣ, таълимӣ, ҳуқуқӣ)-ро талаб мекунанд.

Беморшавии кӯдакон яке аз нишондиҳандаҳои калидӣ мебошад, ки ҳолати саломатии аҳолии кӯдакон ва самаранокии кори КАТС-ро тавсиф мекунанд. Дар доираи таҳқиқот сатҳҳои беморшавии умумӣ ва ибтидоии кӯдакон тибқи маълумоти ҳисоботии MCSH №10, №12 ва №15 бо ҳисоб ба 1000 кӯдак, инчунин динамикаи ин нишондиҳандаҳо дар солҳои 2020–2024 омӯхта шуданд.

Тибқи маълумоти ҳисоботӣ, дар давоми сол дар MCSH-ҳои таҳқиқшаванда тақрибан 98 545 кӯдак аз муоинаҳои профилактикӣ мегузаранд, ки то 88%-и шумораи умумии кӯдакони истиқоматкунанда дар ҳудудҳои вобасташударо ташкил медиҳад. Ба ҳисоби миёна ҳар рӯз аз ҳучраи то қабули табиб ва ҳучраҳои профилактикии MCSH аз 35 то 57 кӯдак барои гузаронидани муоинаҳо ва ташхисҳои клиникӣ-лабораторӣ мегузарад. Дар заминаи тақвими додани кор ва чорӣ намудани равишҳои маҷмуии тиббӣ-иҷтимоӣ ҳиссаи кӯдаконе, ки бояд аз муоинаҳои профилактикии амиқ гузаранд ва воқеан аз онҳо гузаштаанд, ба таври

назаррас афзоиш ёфт: аз 32,4% дар оғози давраи таҳқиқот то 78,5% дар анҷоми он (+46,1% афзоиш,  $p < 0,001$ ) (расми 4).



#### **Расми 4. – Гузаронидани муоинаҳои профилактикӣ дар байни кӯдакон ва наврасон дар динамика**

Афзоиши фарогирӣ бо муоинаҳо бо беҳтар гардидани сифати баҳодихии вазъи саломатӣ ҳамроҳ буд: ченкуниҳои антропометрӣ, ҷадвалҳои рушд, саволномаҳои стандартизатсияшуда ва санҷишҳои функционалӣ васеътар истифода мешаванд. Ин имкон дод, ки гурӯҳҳои саломатӣ ба таври объективӣ ташаккул дода шаванд, аломатҳои барвақтии бемориҳои музмин ва омилҳои хавф сари вақт ошкор гарданд. Дар натиҷа ҳиссаи кӯдаконе, ки ба гурӯҳҳои саломатии I–II мансубанд, зиёд шуда, ҳиссаи гурӯҳҳои III–IV, баръакс, коҳиш ёфт. Ҳамзамон дар байни кӯдакони оилаҳои дорои хавфи баланди тиббӣ-ичтимоӣ беҳбудии нишондиҳандаҳои саломатӣ бештар ба назар расид, ки аҳаммияти кори ҳадафмандро маҳз бо ҳамин контингент тасдиқ мекунад.

Моделҳои ташкили ШКТИ ба принсипи байнисоҳавӣ асос ёфта, тақсимои вазифаҳоро байни мутахассисони профили тиббӣ ва ғайритиббӣ, ки дар ҳамроҳии кӯдак ва оила иштирок мекунанд, пешбинӣ менамояд. Дар амал ин имконият медиҳад, ки эҳтиёҷот ба таври комплексӣ арзёбӣ карда шавад, омилҳои ҳукмрони хавф ҷудо карда шаванд ва нақшаи инфиродии назорат ва дастгирӣ таҳия гардад.

Сохтори пешниҳодшудаи ШКТИ дар таркиби MCSH ба таъмин намудани пайдарҳамӣ ва давомдорӣ дар пешбурди ҳолат дар сатҳи КАТС равона гардида, аз ошкорсозии ибтидоии омилҳои хавф то ҳамроҳии ҳадафманд ва назорати



пайдархамии назорат, сатҳи пасти риояи барномаҳои пешгирикунанда ва мурочиатҳои дер мушоҳида мегарданд.

Ҳамин тавр, модели ташкилию-функционалии ШКТИ дар сохтори МСШ механизми ҳамгиросидаи идоракунии хавфи тиббӣ-ичтимоӣ дар сатҳи КАТС мебошад, ки дастаи байнисоҳавӣ, равонасозии стандартизатсияшуда, мониторинги контингентҳои осебпазир ва ҷамоҳангсозии амалҳои байниидоравиро дар бар мегирад. Ҷузъҳои зикршуда барои ҷорӣ намудани маҷмӯи ҷорабиниҳо ҷиҳати тақвими додани кӯмаки тиббӣ-ичтимоӣ ва оптимизатсияи ҳамкориҳои байниидоравӣ замина фароҳам меоранд, ки он дар зербаҳши минбаъда баррасӣ мешавад.

### **Хулосаҳо**

1. Тадқиқоти гузаронидашуда тасдиқ намуд, ки нишондиҳандаҳои беморшавӣ ва мурочиатнокии кӯдакон ва наврасон дар МСШ на танҳо таҳти таъсири сабабҳои клиникӣ, балки зери таъсири маҷмӯи омилҳои тиббӣ-ичтимоӣ ва ташкилии КАТС ташаккул меёбанд, ки ин зарурати равиши ба хавф нигаронидашударо дар пешгирӣ ва ҳамроҳии гурӯҳҳои осебпазир тақозо мекунад [2-М, 3-М, 5-М, 8-М].

2. Муайян гардид, ки қисми назарраси контингенти вобасташуда ба гурӯҳҳои хавфи тиббӣ-ичтимоӣ мансуб буда, сохтори контингентҳои осебпазир бо бартарии оилаҳои номусоид ва серфарзанд муайян мешавад, ки ин ба таври объективӣ эҳтиёҷро ба ҳамроҳии ҳадафманд ва байнисоҳавӣ дар сатҳи КАТС зиёд менамояд [1-М, 4-М, 7-М, 9-М].

3. Нишон дода шуд, ки ҳатто дар шароити мурочиатнокии баланди умумӣ гурӯҳи аз ҷиҳати ташкилӣ муҳим махсусан дар байни наврасон боқӣ мемонад, ки онҳо бо КАТС тамосҳои эпизодӣ доранд ё дар давоми сол умуман мурочиат намекунанд, ки ин метавонад бо ошкоршавии дерини бемориҳо, ҳалалдор шудани пайдархамии назорат ва сатҳи пасти риояи барномаҳои пешгирикунанда ҳамроҳ гардад [1-М, 2-М, 4-М, 7-М].

4. Модели ташкилию-функционалии кӯмаки тиббӣ-ичтимоӣ дар шароити МСШ таҳия ва ҷорӣ карда шуд, ки ба дастаи байнисоҳавӣ, танзими функцияҳои

мутахассисон, равноасозии стандартизатсияшудаи кӯдакони гурӯҳи хавф ва мониторинги системавии контингентҳои осебпазир асос ёфтааст [2-М, 4-М, 6-М, 9-М].

5. Асоснок карда шуд, ки стандартизатсияи равноасозӣ ва ҷорӣ намудани мониторинги контингентҳои хавф идорашавандагии пешбурди ҳолатро баланд мебардорад, пайдарҳамии назоратро беҳтар мекунад ва барои коҳиш додани монеаҳои дастрасӣ ба кӯмак дар гурӯҳҳои бештар осебпазир, аз ҷумла дар байни наврасон, шароит фароҳам меорад [1-М, 4-М, 7-М, 8-М].

6. Ҷорӣ намудани маҷмӯи чорабиниҳо ва рушди ҳамкории байниидоравӣ ба таҳкими самти пешгирикунандаи КАТС, васеъ шудани ҳаҷми хизматрасониҳои ҳадафманди тиббӣ-ичтимоӣ ва институтсионализатсияи ҷузъи тиббӣ-ичтимоӣ кӯмак дар сохтори МСШ мусоидат менамояд [2-М, 5-М, 7-М, 8-М, 9-М].

7. Натиҷаҳои бадастомада амалишаванда будани модели пешниҳодшударо дар шароити шаҳрӣ тасдиқ намуда, дурнамои мутобиқсозӣ ва васеъ кардани онро, дар сурати нигоҳ доштани ҷузъҳои асосии ташкилӣ, нишон медиҳанд [4-М, 5-М, 8-М, 9-М].

### **Тавсияҳо барои истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот**

1. Тавсия дода шавад, ки дар муассисаҳои КАТС модели ба хавф нигаронидашудаи ҳамроҳии тиббӣ-ичтимоӣ кӯдакон ва наврасон ҷорӣ карда шавад, бо ташкили ШКТИ/хизмати тиббӣ-ичтимоӣ дар сохтори МСШ ва тасдиқи низомномаҳои намунавии фаъолияти он.

2. Модели ташкилию-функционалии ШКТИ бо ҳуччатҳои меъёрии соҳавӣ (низомнома дар бораи хизмат, уҳдадорӣҳои вазифавии мутахассисон, тартиби ҳамкории байнисоҳавӣ) мустаҳкам карда шуда, ҳамоҳангсозии фаъолияти духтурони оилавӣ, педиатрҳои минтақавӣ, равшиносон ва кормандони иҷтимоӣ дар речаи пешбурди ҳолат таъмин карда шавад.

3. Барои амалияи тандурустии КАТС равноасозии стандартизатсияшудаи кӯдакони гурӯҳҳои хавфи тиббӣ-ичтимоӣ ҷорӣ карда шавад, бо муайян намудани меъёрҳои равноасозӣ, басомади боздидҳои назоратӣ, алгоритмҳои назорати

диспансерӣ ва тартиботи ҳамгирой, ки ин имкон медиҳад эҳтимоли халалдор шудани пайдарҳамӣ ва «аз назари хизмат берун мондан»-и кӯдак дар марҳилаҳои назорат коҳиш ёбад.

4. Мониторинги доимии контингентҳои осебпазир ташкил карда шуда, таҳлили солонаи сохтори гурӯҳҳои хавф ва банақшагирии муҳофизатҳои ҳадафманд таъмин карда шавад.

5. Ҳамкориҳои МСШ бо муассисаҳои маориф ва ҳифзи иҷтимоӣ барои ҳамроҳии оилаҳои хавфи баланд ва ҳалли омилҳои иҷтимоӣ вобаста ба номусоидӣ расмӣ карда шавад.

6. Омӯзиши ҳадафмандонаи мутахассисони МСШ оид ба усулҳои ошкорсозии омилҳои хавфи тиббӣ-иҷтимоӣ, пешбурди байнисоҳавии ҳолат, муошират бо оилаҳои осебпазир, алгоритмҳои патронаж ва маршрутсозӣ ба барқарорсозӣ ташкил карда шавад.

7. Модели пешниҳодшуда ҳамчун намунавӣ барои дигар муассисаҳои КАТС истифода бурда шавад, бо мутобиқсозӣ ба шароити ҳудудӣ, аммо бо нигоҳдории ҳатмии унсурҳои калидӣ: ШКТИ, равнасосӣ, мониторинг, ҳамоҳангсозии байниидоравӣ.

8. Давом додани арзёбии самаранокии модел дар интиҳобаи васеъшудаи муассисаҳои КАТС бо таҳлили натиҷаҳои дарозмуддат (устувории назорати диспансерӣ, фарогирии пешгирикунанда, мурочиатҳои такрорӣ, равнасосиҳо ба статсионар/барқарорсозӣ) ва дақиқ намудани нишондиҳандаҳои самаранокии ШКТИ тавсия дода шавад.

### **Руйхати адабиёти истифодашуда (манбаъҳо)**

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. Всемирная организация здравоохранения. STEPS: распространённость факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Таджикистан [Текст], 2017 г. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2021. – 94 с.

4. 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.

5. 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.

6. 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.

7. 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.

8. 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.

9. 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.

10. 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.
11. Невидимые дети: дети-беженцы, дети-мигранты. Медико-социальная и психологическая помощь [Текст] / В. М. Серeda, В. И. Орел, Г. Р. Сагитова [и др.] // Forcipe. – 2023. – Т. 6, № S1. – С. 566-567.
12. 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 последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2019. – № 3. – С. 19-24.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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.

18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. Sodiqova D. Tajikistan: Health System Review [Text] / Sodiqova D., [et al.] // Health Systems in Transition. – 2025. – Vol. 27, № 1. – P. 1–188.
22. 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.
23. WHO Regional Office for Europe. Health system review: Tajikistan 2025 [Text] / WHO. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2025. – 210 p.
24. WHO. Operational framework for primary health care: transforming vision into action [Text] / WHO, UNICEF. – Geneva: World Health Organization, 2020. – 52 p.
25. 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.
26. 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.
27. World Health Organization. Declaration of Astana on Primary Health Care [Text] / World Health Organization. – Geneva: WHO, 2018. – 12 p.
28. World Health Organization. European Child and Adolescent Health Strategy 2015–2020 [Text] / World Health Organization. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2014. – 74 p.

29. 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.

### **Интишорот аз рӯйи мавзуи диссертатсия**

#### **Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда:**

[1-М] 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-М] 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-М] 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.

#### **Мақола ва фишурдаҳо дар маҷаллаҳои конференсияҳо:**

[4-М] 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-М] 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-М] 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 Междунар. форума по школьному питанию стран СНГ. Душанбе, 20–22 нояб. 2025. С. 73–74.

[7-М] 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 Междунар. форума по школьному питанию стран СНГ. Душанбе, 20–22 нояб. 2025. С. 74–75.

[8-М] 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-годуичная), посвящённой Дню Президента и Государственному флагу Республики Таджикистан. Т. 1. Дангара, 21 нояб. 2025. С. 321–322.

[9-М] 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.

### **Номгуи ихтисораҳо, аломатҳои шартӣ**

БФС	Бемориҳои ғайрисироятӣ
ИМ	Имконияти маҳдуд
КАТС	Кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ
МД	Муассисаи давлатӣ
МСШ	Маркази саломатии шаҳрӣ
МЦИКП ва	Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии
ЦК	кӯдакона
НМР	Нуқсонҳои модарзодии рушд

ТҚТ	Ташкилоти ҷаҳонии тандурустӣ
ҲБК	Ҳамбастагии бемориҳои кӯдакона
ҲРУ	Ҳадафҳои рушди устувор
ШКТИ	Шӯъбаҳои кӯмаки тиббӣ-иҷтимоӣ
ИМСИ	Идоракунии интегратсионии бемориҳои кӯдакона (Integrated Management of Childhood Illness)

## АННОТАЦИЯ

Фарзонаи Эмомали

### «Современные аспекты медико -социальной помощи детям и подросткам в условиях центра здоровья»

**Ключевые слова:** дети, подростки, здоровье, инвалидность, неинфекционные заболевания, медико-социальная помощь, профилактика.

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

**Методы исследования.** Исследование выполнено в 2020–2024 гг. на базе учреждений ПМСП г. Душанбе (ГЦЗ №10, №12 и №15) и носило медико-социальный многоуровневый характер с применением ретроспективных и проспективных, описательных и аналитических методов. Статистическая обработка проведена в среде R 4.5.1:  $\chi^2$  Пирсона (при необходимости с поправкой), точный критерий Фишера, пуассоновская регрессия (с offset), тест отношения правдоподобия, критерий Манна–Кендалла для трендов, V Крамера; уровень значимости  $p < 0,05$ .

**Полученные результаты и их новизна.** Выполнен комплексный анализ медико-демографического и социального профиля прикрепленного детского населения ГЦЗ №10, №12 и №15 г. Душанбе с оценкой заболеваемости и обращаемости. Проведена стратификация детского населения по уровням медико-социального риска; показано, что доля детей группы высокого риска составляет 19,7%, а среди уязвимых контингентов преобладают дети из многодетных семей (51,2%) и неблагополучных семей (21,3%). Созданы инструменты управления моделью: мониторинг контингентов ОМСП и механизм межведомственного взаимодействия при сопровождении уязвимых семей и подростков с факторами риска. Показана практическая результативность внедрения: рост объема медико-социальных услуг и активности сопровождения (увеличение приёмов, психологической помощи, патронажей, направлений в реабилитационные центры), что отражает усиление работы с детьми группы риска и институционализацию медико-социального компонента в ГЦЗ.

**Рекомендации по использованию.** Рекомендуются внедрение предложенной интегрированной модели медико-социальной помощи на уровне ПМСП с обязательными компонентами: регулярная стратификация медико-социального риска (семья/ребёнок) и ведение «случая»; стандартизированная маршрутизация детей групп риска внутри ГЦЗ и во взаимодействии с системой образования и социальной защиты; создание/укрепление ОМСП с междисциплинарной командой (семейный врач/педиатр, психолог, соцработник и др.); внедрение мониторинга контингентов и индикаторов эффективности (охват диспансерным наблюдением, патронажи, консультации, реабилитация, повторные обращения/госпитализации и др.); целевая работа по снижению барьеров обращения (финансовые и информационные) и повышению информированности семей о возможностях медико-социальной помощи.

**Область применения:** педиатрия, общественное здравоохранение.

## АННОТАТСИЯИ Фарзонаи Эмомалӣ

### «Чанбаҳои муосири кӯмаки тиббӣ ва иҷтимоӣ ба кӯдакон ва наврасон дар шароити маркази саломатӣ»

**Калиҳи калидӣ:** кӯдакон, наврасон, саломатӣ, маъюбият, бемориҳои ғайрисироятӣ, кӯмаки тиббӣ-иҷтимоӣ, пешгирӣ.

**Мақсади таҳқиқот.** Такмил додани модели кӯмаки тиббӣ-иҷтимоӣ ба кӯдакон дар шароити марказҳои саломатии шаҳрии ш. Душанбе дар асоси таҳлили бисёркомпонентӣ.

**Усулҳои таҳқиқот.** Таҳқиқот дар солҳои 2020–2024 дар заминаи муассисаҳои КАТС-и ш. Душанбе (МСШ №10, №12 ва №15) анҷом дода шуда, хусусияти тиббӣ-иҷтимоии бисёрсатҳӣ дошта, бо истифодаи усулҳои ретроспективӣ ва проспективӣ, тавсифӣ ва таҳлилий иҷро гардид. Коркарди омӯрӣ дар муҳити R 4.5.1 гузаронида шуд: меъёри  $\chi^2$ -и Пирсон (дар ҳолати зарурат бо ислоҳ), меъёри дақиқи Фишер, регрессияи Пуассон (бо offset), санҷиши муносибати ҳаққоният (likelihood ratio test), меъёри Манн–Кендалл барои таҳлили трендҳо, V-и Крамер; сатҳи аҳамияти омӯрӣ  $p < 0,05$  қабул гардид.

**Натиҷаҳои бадастомада ва навроғҳои онҳо.** Таҳлили комплекси профили тиббӣ-демографӣ ва иҷтимоии аҳолии кӯдакони вобасташудаи МСШ №10, №12 ва №15-и ш. Душанбе бо баҳодиҳии беморшавӣ ва мурочиатнокӣ анҷом дода шуд. Стратификатсияи аҳолии кӯдакон аз рӯи сатҳҳои хавфи тиббӣ-иҷтимоӣ гузаронида шуда, нишон дода шуд, ки ҳиссаи кӯдакони гурӯҳи хавфи баланд 19,7%-ро ташкил медиҳад; дар сохтори контингентҳои осебпазир кӯдакони оилаҳои серфарзанд (51,2%) ва оилаҳои номусоид (21,3%) бартарӣ доранд. Асбобҳои идоракунии модел таҳия гардиданд: мониторинги контингентҳои ШКТИ ва механизми ҳамкории байниидоравӣ ҳангоми ҳамроҳии оилаҳои осебпазир ва наврасони дорои омилҳои хавф. Самаранокии амалии ҷорӣ намудан нишон дода шуд: афзоиши ҳаҷми хизматрасониҳои тиббӣ-иҷтимоӣ ва фаъолнокии ҳамроҳӣ (зиёд шудани қабулҳо, кӯмаки равоншиносӣ, патронажҳо, равонасозиҳо ба марказҳои барқарорсозӣ), ки тақвияти кор бо кӯдакони гурӯҳи хавф ва институтсионализатсияи ҷузъи тиббӣ-иҷтимоиро дар МСШ инъикос менамояд.

**Тавсияҳо оид ба истифода.** Тавсия дода мешавад, ки модели пешниҳодшудаи ҳамгирошудаи кӯмаки тиббӣ-иҷтимоӣ дар сатҳи КАТС бо ҷузъҳои ҳатмӣ ҷорӣ карда шавад: стратификатсияи мунтазами хавфи тиббӣ-иҷтимоӣ (оила/кӯдак) ва пешбурди «ҳолат»; маршрутсозии стандартизатсияшудаи кӯдакони гурӯҳҳои хавф дар дохили МСШ ва дар ҳамкорӣ бо соҳаи маориф ва ҳифзи иҷтимоӣ; таъсис/таҳкими ШКТИ бо дастаи бисёрсоҳа (табиби оилавӣ/педиатр, равоншинос, корманди иҷтимоӣ ва ғ.); ҷорӣ намудани мониторинги контингентҳо ва нишондиҳандаҳои самаранокӣ (фарогирӣ бо назорати диспансерӣ, патронажҳо, машваратҳо, барқарорсозӣ, мурочиатҳои такрорӣ/бистаришавӣ ва ғ.); кори ҳадафманд ҷиҳати коҳиш додани монеаҳои мурочиат (молиявӣ ва иттилоотӣ) ва баланд бардоштани огоҳии оилаҳо дар бораи имкониятҳои кӯмаки тиббӣ-иҷтимоӣ.

**Соҳаи татбиқ:** педиатрия, тандурустии ҷамъиятӣ

## ABSTRACT

Farzonai Emomali

### “Modern aspects of medico-social care for children and adolescents in a health center setting”

**Keywords:** children, adolescents, health, disability, noncommunicable diseases, medico-social care, prevention.

**Objective of the study.** To improve the model of medico-social care for children in the urban health centers of Dushanbe based on a multi-component analysis.

**Research methods.** The study was conducted in 2020–2024 in primary health care facilities of Dushanbe (Urban Health Centers No. 10, 12, and 15) and had a multi-level medico-social design using retrospective and prospective, descriptive and analytical approaches. Statistical analyses were performed in R 4.5.1 using Pearson’s  $\chi^2$  test (with correction when required), Fisher’s exact test, Poisson regression (with offset), likelihood-ratio test, Mann–Kendall trend test, and Cramer’s V; statistical significance was set at  $p < 0.05$ .

**Results and novelty.** A comprehensive analysis of the medico-demographic and social profile of the attached pediatric population of Urban Health Centers No. 10, 12, and 15 in Dushanbe was performed, including morbidity and health-care utilization assessment. Children were stratified by medico-social risk levels; the proportion of high-risk children was 19.7%, while vulnerable groups were dominated by children from large families (51.2%) and disadvantaged families (21.3%). Management tools for the model were developed, including monitoring of medico-social service caseloads and an inter-agency coordination mechanism for supporting vulnerable families and at-risk adolescents. Practical effectiveness of implementation was demonstrated through increased volume of medico-social services and case-management activity (more visits, psychological support, home visits, referrals to rehabilitation centers), reflecting strengthened work with high-risk children and institutionalization of the medico-social component within urban health centers.

**Recommendations for application.** Implementation of the proposed integrated medico-social care model at the primary health care level is recommended, with mandatory components: regular medico-social risk stratification (family/child) and “case” management; standardized referral pathways for high-risk children within health centers and in collaboration with education and social protection sectors; establishment/strengthening of medico-social units with a multidisciplinary team (family physician/pediatrician, psychologist, social worker, etc.); monitoring of caseloads and performance indicators (coverage by follow-up care, home visits, consultations, rehabilitation, repeat visits/hospitalizations, etc.); targeted actions to reduce access barriers (financial and informational) and improve family awareness about available medico-social services.

**Field of application:** pediatrics, public health.