

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

**УДК 616-053.2-071; 616-053**

*На правах рукописи*

**Абдуллаева Нодира Шомуратовна**

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

**Диссертация**

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

**Научные консультанты:**

д.м.н., профессор Олимова Клавдия Сергеевна

д.м.н., профессор РАН Винярская Ирина Валериевна

**Душанбе – 2024**

## Оглавление

<b>Список сокращений и условных обозначений .....</b>	<b>5</b>
<b>Введение .....</b>	<b>8</b>
<b>Общая характеристика работы .....</b>	<b>13</b>
<b>Глава 1. Состояние здоровья и качество жизни детей раннего и дошкольного возраста – состояние проблемы, перспективы развития (обзор литературы) .....</b>	<b>21</b>
1.1. Современные тенденции в формировании состояния здоровья детей раннего и дошкольного возраста .....	21
1.2. Понятие «Качество жизни», методология исследования, факторы, его определяющие, и значимость в педиатрии .....	30
1.3. Физическое развитие детей: современный взгляд, факторы риска, методы изучения и их оценка .....	44
1.4. Состояние вопроса охраны здоровья детей в условиях реформирования сектора здравоохранения в Республике Таджикистан...	54
<b>Глава 2. Этапы, объём и методы исследования .....</b>	<b>68</b>
<b>Глава 3. Оценка состояния здоровья детей от рождения до шести лет г. Душанбе .....</b>	<b>84</b>
3.1. Основные тенденции состояния здоровья детей в Республике Таджикистан. ....	84
3.2. Состоянии здоровья детей г. Душанбе по данным диспансеризации.....	91
<b>Глава 4. Комплексная оценка состояния здоровья, медико-социальной характеристики и качества жизни детей раннего и дошкольного возраста г. Душанбе .....</b>	<b>99</b>
4.1. Медико-социальная характеристика детей раннего и дошкольного возраста .....	99
4.2. Состояние здоровья детей раннего и дошкольного возраста .....	111
4.3. Показатели качества жизни обследованных детей и влияние на него комплекса факторов.....	124

4.3.1. Параметры качества жизни детей от 3 месяцев до 1 года.....	124
4.3.2. Параметры качества жизни детей от 1 года до 2 лет.....	142
4.3.3. Показатели качества жизни детей дошкольного возраста.....	154
4.4. Влияние комплекса факторов на качество жизни детей раннего и дошкольного возраста.....	168
<b>Глава 5. Физическое развитие детей раннего и дошкольного возраста г. Душанбе .....</b>	<b>182</b>
5.1. Характеристика показателей физического развития детей раннего и дошкольного возраста .....	182
5.2. Оценка физического развития детей раннего и дошкольного возраста .....	200
5.3. Оценка гармоничности физического развития детей раннего и дошкольного возраста .....	209
5.4. Сравнительный анализ динамики физического развития детей раннего и дошкольного возраста города Душанбе (2001-2018 гг.).....	224
<b>Глава 6. Оценка качества оказываемой медицинской помощи детям на уровне первичного звена здравоохранения.....</b>	<b>234</b>
6.1. Удовлетворенность законных представителей детей качеством медицинской помощи, оказываемой на уровне первичного звена здравоохранения.....	234
6.2. Качество, оказываемых медицинских услуг на уровне первичного звена здравоохранения по мнению медицинских работников.....	243
6.3. Экспертная оценка деятельности медицинского персонала амбулаторного звена здравоохранения.....	250
<b>Глава 7. Пути оптимизации первичной медико-санитарной помощи детям раннего и дошкольного возраста .....</b>	<b>261</b>
7.1. Основные направления совершенствования первичной медико-санитарной помощи детям раннего и дошкольного возраста.....	261

7.2. Использование показателей качества жизни, как критериев оценки эффективности применения медицинских технологий в педиатрической практике .....	271
<b>Глава 8. Обсуждение результатов исследования.....</b>	<b>284</b>
<b>Выводы.....</b>	<b>318</b>
<b>Рекомендации по практическому использованию результатов исследования.....</b>	<b>321</b>
<b>Список литературы.....</b>	<b>323</b>
<b>Публикации по теме диссертации.....</b>	<b>370</b>
<b>Приложение.....</b>	<b>378</b>

## Перечень сокращений и условных обозначений

- ВАК – Высшая аттестационная комиссия
- ВВП – внутренний валовый продукт
- ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
- ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения
- ВПС – врожденные пороки сердца
- ГБАО – Горно-Бадахшанская автономная область
- ГУ – государственное учреждение
- ГФР – гармоничное физическое развитие
- ДМЖП – дефект межжелудочковой перегородки
- ДМПП – дефект межпредсердной перегородки
- ДМТ – дефицит массы тела
- ДС – детская смертность
- ЖДА – железодефицитная анемия
- ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
- ЗОЖ – здоровый образ жизни
- ИВБДВ – интегрированное ведение болезней детского возраста
- ИМТ – избыток массы тела
- КЖ – качество жизни
- КЗР – кабинет здорового ребёнка
- МЗиСЗН РТ – Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
- МКБ – Международная классификация болезней
- МН – международные нормативы
- МС – младенческая смертность
- МФН – морфофункциональная незрелость
- НПР – нервно-психическое развитие
- НПР и ФЗ – нервно-психическое развитие и физическое здоровье
- НСГ – нейросонография
- ОБ – общий балл

ОГ – окружность головы  
ОГК – окружность грудной клетки  
ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция  
ПиО – поведение и общение  
ПМСП – первичная медико-санитарная помощь  
ПСЗ – психосоциальное здоровье  
РАН – Российская академия наук  
РН – региональные нормативы  
РНКЦПиДХ – Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии  
СЗРП – синдром задержки роста плода  
СО – семейное окружение  
СОО – способность оставаться одному  
СФ – социальное функционирование  
ТГМУ – Таджикский государственный медицинский университет  
УЗИ – ультразвуковое исследование  
ФГАУ МЗ РФ – Федеральное государственное автономное учреждение Министерства здравоохранения Российской Федерации  
ФГДС – фиброэзофагогастродуоденоскопия  
ФДС – функционирование в детском саду  
ФР – физическое развитие  
ФФ – физическое функционирование  
ЦНС – центральная нервная система  
ЧБД – часто болеющие дети  
ШФ – школьное функционирование  
ЭБД – эпизодически болеющие дети  
ЭКГ – электрокардиография  
ЭФ – эмоциональное функционирование  
ЭХО-КГ – эхокардиография  
ЮНИСЕФ – Детский фонд Организации Объединенных Наций

CHQ – Child Health Questionnaire

PedsQL – Pediatric Quality of Life

TAPQOL – TNO-AZL Preschool Children Quality of Life

QUALIN – Общий опросник для исследования качества жизни детей 3 мес.–3 лет

FSIIR – Functional Status II - R

## Введение

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

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

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

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

В рамках данных стратегий решение поставленных задач по доступности, качеству и эффективности медицинских услуг способствуют укреплению



детского здоровья, сокращению младенческой (МС) и детской (ДС) смертности, сохранению и наращиванию системы обеспечения репродуктивного и материнского здоровья, укреплению системы профилактической помощи, плану борьбы с инфекционными заболеваниями и нарушениями питания.

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

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

Улучшение качества оказания первичной медико-санитарной помощи детскому населению является первостепенной задачей здравоохранения, в связи с чем особого внимания требует непрерывное повышение её качества и эффективности [Красавина Н.А., 2006; Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Устинова Н.В., 2020; Абдуллаева Н.Ш., 2023; Bullinger M., 1995].

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

В 1997 году Всемирной Организацией Здравоохранения были определены конкретные критерии «Здоровья», где четко указывались основополагающие

каноны, направленные на обеспечение адекватного физического, душевного и социального благополучия [Collier J., 1997].

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

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

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

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

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

является наиболее критическим периодом сохранения и укрепления здоровья детей данной возрастной группы. Сам факт состояния здоровья детей данного возрастного ценза находится под воздействием достаточно большого числа социально-гигиенических и медико-биологических факторов, следовательно, усилия, направленные на оценку воздействия указанных факторов, относятся к категории особенно актуальных.

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

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

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

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

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

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

**Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой.** Тема исследовательской работы выполнена в рамках 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.

## **Общая характеристика работы**

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

### **Задачи исследования:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Научная новизна исследования**

1. Установлено, что в процессе реформирования сектора здравоохранения (2011-2021 гг.) изменились особенности течения различной патологии и качество оказания первичной медико-санитарной помощи детскому населению, что привело к снижению распространенности и структуры заболеваемости детей раннего и дошкольного возрастов РТ.
2. Проведенная диспансеризация детей позволила определить тенденцию в состоянии их здоровья, которая отразилась снижением доли здоровых детей с одновременным увеличением удельного веса детей с хронической патологией и инвалидностью.
3. Установлены факторы риска, воздействующие на формирование состояния здоровья и качество жизни детей, с учетом возрастного периода детства. Так,

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

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

Обоснована необходимость проведения динамических профилактических медицинских осмотров с вовлечением узких специалистов с целью проведения индивидуальной коррекции как основной, так и



сопутствующей патологии ещё до поступления в школу, в период пребывания ребенка в детском дошкольном учреждении.

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

Пересмотрены и обновлены региональные возрастно-половые нормативы физического развития детей раннего и дошкольного возрастов г. Душанбе, на основании которых обоснована методика индивидуальной оценки параметров физического развития.

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

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

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

1. В последнее десятилетие определилась тенденция ухудшения состояния здоровья детей раннего и дошкольного возрастов. Так, к завершению периода раннего возраста, т.е. к трём годам жизни, I группа здоровья уменьшается почти в 1,5 раза на фоне увеличения доли детей, имеющих морфофункциональные отклонения и хроническую патологию. Только 15,5% детей шестилетнего возраста признаны здоровыми.
2. Определено, что в структуре заболеваемости детей на протяжении последних 10 лет преобладающей остается инфекционная патология, в частности кишечная инфекции. В то же время у детей более старшего возраста

доминирующей патологией являются заболевания органов пищеварения, далее патология бронхолегочной системы, костно-мышечной системы, патология глаза и эндокринной системы.

3. Установлена возможность применения показателей качества жизни как дополнительных критериев в комплексной оценке состояния здоровья детей. Обосновано использование методики оценки КЖ как критерия эффективности применения лечебно-оздоровительных методик в педиатрической практике.
4. Разработаны основные этапы и возрастные периоды профилактических осмотров для детей, являющиеся резервным подходом для предотвращения различной патологии среди детского населения РТ.

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

**Соответствие диссертации паспорту научной специальности.** Исследование соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.08 - Педиатрия: подпункт 3.1. Особенности роста физического, нервно-психического развития, состояния функциональных систем детей и подростков; 3.2. Вскармливание и питание здоровых и больных детей и подростков, гипо- и гипервитаминозы. Диатезы, расстройства

пищеварения и питания; 3.3. Физиология и общая патология периода новорожденности, раннего, старшего и подросткового возрастов; 3.5. Внутренние болезни детей и подростков. Распространенность, этиология, патогенез, наследственные факторы, клиника, диагностика, лечение, профилактика, реабилитация.

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

**Апробация и реализация результатов диссертации.** Основные положения диссертации доложены на: совместной республиканской научно-практической конференции «Перспективы развития фундаментальных медицинских наук в Таджикистане» и 56-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (Душанбе, 2008); V съезде акушеров-гинекологов и неонатологов Республики Таджикистан «Мать и дитя» (Душанбе, 2010); V съезде педиатров и детских хирургов Таджикистана (Душанбе, 2010); XI Евроазиатском конгрессе педиатров «Проблемы здоровья и развития детей на современном этапе» (Душанбе, 2011); 6-ой межрегиональной конференции с международным участием «Актуальные вопросы педиатрии» (РФ, Калининград, 2014); VI съезде педиатров и детских хирургов Таджикистана «Формирование здоровья ребенка в обществе, вопросы выхаживания, развития и питания в

контексте реализации Целей развития тысячелетия» (Душанбе, 2015); VII Межрегиональной научно-практической конференция с международным участием “Актуальные вопросы педиатрии” (РФ, Калининград 2015); IX Конгрессе педиатров стран СНГ «Формирование здоровья детей в современных условиях здравоохранения» и III форуме по питанию «Питание в рамках реализации Стратегии Национального развития Республики Таджикистан на период до 2030 года» (2019, Душанбе); III съезде детских хирургов, анестезиологов-реаниматологов Республики Таджикистан «Современные методы в детской хирургии и интенсивной терапии: достижения, проблемы и пути их решения» (Душанбе, 2020).

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

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

## **Глава 1.**

### **Состояние здоровья и качество жизни детей раннего и дошкольного возраста – состояние проблемы, перспективы развития (обзор литературы)**

#### **1.1 Современные тенденции в формировании здоровья детей раннего и дошкольного возраста**

Здоровье ребёнка – это основополагающая составляющая здоровья взрослого человека, критерии которого слагаются из конкретных форм и данных, которые соответствуют возрастным показателям устойчивого физического и интеллектуального развития, отвечающим адекватным конкретным условиям социальной и экологической среды, питания и воспитания [36].

Современный подход к определению критериев здоровья ребёнка является комплексным. Сам факт слагаемых здоровья ребёнка включает в себя несколько критериев: сопоставимых конкретному возрасту данных физического, нервно-психического и интеллектуального развития; адекватное поведение в семье и коллективе; способность адекватно проявлять функциональную и социальную адаптацию; высокая сопротивляемость воздействию неблагоприятных факторов внешней среды; показатели иммунобиологической реактивности, соответствующие возрасту; отсутствие каких-либо состояний, не отвечающих критериям здоровья, и признаков хронических заболеваний [150].

Здоровье подрастающего поколения, являясь одним из важнейшим показателем безопасности страны, в полной мере находясь во взаимосвязи с объективными факторами, служит определенным индикатором происходящих в стране социально-экономических перемен [20, 21, 48, 92, 315].

В настоящее время одними из ведущих критериев здоровья и индикатором социально-экономического благополучия общества являются показатели заболеваемости детей и уровень достигнутого ими физического развития, формирующихся под влиянием конкретных социально-экономических условий [418].

В последние десятилетия, характеризующиеся определенным темпом в достижении усовершенствования методов диагностики и лечения, сохраняется

определенная тенденция к снижению уровня здоровья детей и подростков [36, 200, 299, 308]. Несомненно, данный феномен сформировался под влиянием различных внешних и внутренних факторов, высокого уровня стресса, зачастую бесконтрольным назначением и применением лекарственных препаратов, способствующих в конечном этапе снижению резистентности детского организма [1, 14, 225, 246].

Показатель абсолютного числа здоровых детей находится в прямой зависимости от показателя заболеваемости: при увеличении одного из них незамедлительно снижается другой [16, 25, 62, 128, 189, 260, 229]. А также наблюдается неуклонный рост частоты хронических заболеваний, психических отклонений, инвалидности [80, 99, 164, 308]. По мнению Баранова А. А, с соавт., большая роль в этой ситуации отводится именно условиям воспитания, от которых зависит показатель интенсивности роста и развития, когда организм ребенка преодолевает огромное количество критических периодов развития [18].

Уровень заболеваемости детей раннего возраста является итогом взаимодействия экологических, экономических, медико-биологических и социально-гигиенических факторов [3, 10, 71, 80, 154, 310, 333, 343, 357].

Общеизвестно, что здоровье ребенка формируется под влиянием целого комплекса факторов задолго до его рождения. Изучение факторов риска заболеваемости продолжается не одно десятилетие и интерес к этим исследованиям не ослабевает и по сей день. Общеизвестно, что, не являясь непосредственной причиной болезни, они опосредованно могут быть причиной снижения резистентности детского организма, нарушают его рост и развитие, тем самым способствуют возникновению болезней. Именно образ жизни родителей, их здоровье, зависящие от ряда социально-экономических и биологических факторов, среди которых особая роль отводится течению перинатального периода, играют важную роль в формировании различной патологии у новорожденных [3, 6, 7, 10, 13, 72, 80, 85, 113, 114, 119, 134, 143, 298, 315].

Мнение большинства зарубежных и отечественных авторов едино в том, что на течение перинатального периода большую роль оказывают различные ухудшения соматического и репродуктивного здоровья матерей [58, 114, 119, 143, 167, 205, 223, 296, 307, 339, 387, 394].

Так, Шапкайц В.А. (2001) указывал, что острые и хронические воспалительные заболевания мочеполовой системы были выявлены у каждой третьей женщины (35,6%), тогда как соматически здоровые женщины активного репродуктивного возраста до 29 лет не превышали 2/3 от общего числа обследованных, к 35-45 годам анализируемый показатель снижался почти в два раза и составил 30,3%. Тогда как показатель числа экстрагенитальных заболеваний составил 117,7 на 100, среди них угроза прерывания беременности была зарегистрирована у 30,4%, анемия - у 23,2%, гестоз - у 16,6% обследованных [307].

Было установлено, что неблагоприятный исход роста и развития детей в будущем находился в прямой зависимости от состояния и исходов перинатального периода, которые непосредственно влияли на процессы ранней неонатальной адаптации [114, 119, 143, 194, 205, 339, 387, 396].

Авторами установлено то, что возникшее патологическое течение беременности, преждевременные роды, СЗРП, морфофункциональная незрелость приводят к росту показателей заболеваемости детей на протяжении первого года жизни в 1,5-2 раза [110, 130].

Показатели частоты заболеваемости среди детей в возрастной группе до 14 лет находятся в прямой зависимости от уровня здоровья детей первых шести лет жизни, причиной тому является тот факт, что именно на данную возрастную группу приходится до 75% всех зарегистрированных обращений [114, 119, 153, 205, 293, 339, 387, 396].

Коротаева Н.В. (2010) убеждена в том, что в половине случаев часто болеющие дети (ЧБД) первого года жизни в неонатальном периоде были подвергнуты воздействию различных критических состояний, структура заболеваемости которых была представлена атопическим дерматитом,

бронхолегочной дисплазией, нейросенсорной тугоухостью, грубые неврологические изменения имели место у 11,7% пациентов [121].

Многолетними исследованиями было доказано, что детей раннего и дошкольного возрастов, имеющих какую-либо патологию в раннем онтогенезе, следует относить в группу риска по развитию пограничных состояний, так как именно эта когорта детей формировала в дальнейшем хронизацию патологического процесса, частота которых встречалась в 4 раза больше по сравнению с аналогичными показателями детей, не имеющих отклонений развития в раннем онтогенезе. У этих детей отмечалось замедление темпов роста более чем в 3 раза, в то же время первая группа нервно-психического развития регистрировалась в 5,6 раз меньше, определена четкая тенденция роста удельного веса ЧБД в 4,6 раза [143].

Дети дошкольного возраста имеют свои особенности, характеризующиеся совершенствованием функциональных систем организма, которые формируются не спонтанно, а находятся под воздействием различных факторов, таких как биологические, наследственные и социальные [86, 106, 152, 314].

В результате исследований последних лет было выявлено, что в формировании хронической патологии в бронхолегочной и системе кровообращения ведущую роль играют медико-биологические факторы, нежели социально-гигиенические. В то время как существенного влияния указанной группы факторов на частоту развития хронической патологии органов пищеварения не выявлено, однако доказано влияние социально-гигиенических факторов на частоту развития заболеваний мочеполовой системы [98, 229].

В процессе взросления ребенка влияние биологических факторов начинают уступать место социально-гигиеническим и организационным. В этом направлении было проведено много научных исследований. Достаточно много работ посвящены анализу выявления взаимосвязи состояния здоровья ребенка от таких факторов, как материально-бытовое состояние семьи, возраст родителей, численный состав семьи, образ жизни, а также различия социальной и медицинской активности и т.п. [72, 149, 371, 393].



Выявлено, что состояние здоровья ребёнка в большинстве случаев зависит от образа жизни семьи, влияния окружающей среды (15-20%), а также немалая часть принадлежит наследственности – 20% [136, 149].

Именно семейное окружение оказывает ведущее воздействие на процесс формирования здоровья детей, где берет свое начало модель поведения, характера и образа жизни [317]. Лисицын Ю.П. и соавт. занимались разработкой методических подходов к комплексному анализу форм образа жизни семьи, что, непременно, позволило дать адекватную оценку его влияния на формирование становления состояния здоровья ребенка [136]. Многими авторами была выявлена зависимость показателей заболеваемости детей от различных факторов, таких как психологический микроклимат, возможности воспитания детей в неполных семьях, вредные привычки родителей, режим дня, возможности охвата детей различными программами дошкольного образования [100, 158, 168].

Неполная семья, как негативный фактор, влияет на развитие более худших показателей физического развития детей, беря свое начало ещё в неонатальном периоде, далее переходя на ранний возраст, для которых характерно наличие высоких показателей заболеваемости, что, в свою очередь, приводит к повышению частоты ЧБД и, как следствие этого, способствует частой госпитализации. Данный факт способствует уменьшению числа детей, относящихся к первой группе здоровья в раннем (18,2%) и дошкольном (16,2%) возрастах [15].

Представляет интерес проведенная работа, где автор акцентировал своё внимание на проблеме, связанной с регулированием деторождения в семье и, как итог этого, определение некоторых правил репродуктивных установок женщины. В результате исследования было выявлено, что в 60% случаев рождался здоровый ребенок, где данная беременность была желанной, однако более 5% нежеланных беременностей и родов заканчивались патологическим исходом [307].

Очевидно, что медицинская активность и гигиеническая грамотность семьи играет несомненно важную роль в процессе становления и поддержания здоровья ребенка [151].

Установлено, что низкий уровень медицинской активности в семьях в малых городах приводил к низкой осведомленности в вопросах нутритивной поддержки и ухода за ребенком [76]. Среди 85% женщин выявлена проблема касательно низкого уровня санитарной культуры. Частота обращаемости к услугам медицинских учреждений имела высокую зависимость от условий жизни и уровня социально-экономического статуса.

Высокое влияние на патогенетический механизм изменения уровня здоровья детей младенческого возраста оказывает характер и статус вскармливания. Естественно, большую роль играет пропаганда грудного вскармливания среди рожениц и настрой матери на кормление грудью. Именно длительность грудного вскармливания и положительная мотивация матери на кормление грудью имеет высокую зависимость от некоторых факторов, в частности от практики учреждений родовспоможения и детства приверженности к обучению матери современным принципам сохранения лактации [2, 251].

В РФ для 37,5% младенцев в возрасте до 1 года характерно естественное вскармливание [284]. В Республике Таджикистан распространенность естественного вскармливания до 6 месяцев жизни довольно высока и составляет 94,5%, но на исключительно грудном вскармливании до 6 месяцев жизни находится всего лишь 38,8% младенцев [60].

Многие авторы определили тот факт, что между характером вскармливания детей раннего возраста существует связь с процессом формирования у них алиментарно-зависимых состояний, отставание в физическом и нервно-психическом развитии, в конечном итоге начинает сформировываться снижение резистентности организма, что в конечном итоге снижает показатели качества их жизни [165, 166, 173]. Так, по данным литературы, отклонения в показателях физического развития чаще регистрировались у детей, находящихся на смешанном и искусственном

вскармливания, в 12,5% случаях отмечалась задержка психомоторного развития, 24,6% гипотрофия и в 49,6% - анемия различной степени тяжести [59].

Вид вскармливания, в частности искусственное, с момента рождения с возрастом оказывает существенное влияние на изменение показателей острой заболеваемости с тенденцией к росту, тогда как среди детей, находившихся на естественном вскармливании, данный показатель не изменяется. У детей с высоким индексом острой заболеваемости, как правило, имеют место проблемы с отягощённостью перинатального и социального анамнеза [258, 264].

Существует тесная зависимость статуса питания детей грудного возраста с низкими показателями физического развития в последующем периоде детства, изменением индекса острой заболеваемости, способствующие учащению эпизодов ОРВИ, пищевой аллергии, которая в конечном итоге приводит к развитию функциональных расстройств пищеварения [222, 258, 259].

К основополагающим критериям здоровья ребенка относят характеристику показателей физического развития. Однако ряд исследователей в своих работах указывают на тот факт, что в последнее время выявляется более четкая тенденция к снижению числа детей с нормальными показателями физического развития [1, 27, 35, 55, 96, 97, 185, 231]. В качестве факторов, приводящих к росту числа таких детей, может играть определенная зависимость от экономических, экологических условий, не исключается и другой фактор – алкоголизм родителей [18, 22, 277, 286].

Именно характер и выраженность отклонений психоневрологического здоровья ребенка связывают с тем, что в последние годы увеличивается число детей с интра- и перинатальными повреждениями центральной нервной системы, способствующих развитию микроструктурных повреждений. Очевидно, что повреждения ЦНС такого характера на фоне генетической предрасположенности играют весомую роль в процессе формирования у ребенка в дальнейшем синдрома дефицита внимания и/или гиперактивности [194, 228, 245, 270].

На психическое здоровье ребенка и возникновение невротических состояний, кроме патологии самой центральной нервной системы, весомо влияют социальные факторы. Тяжелые разногласия между членами семьи, криминальное окружение, наличие разных подходов к вопросам воспитания у отца и матери, а также достаточно раннее посещения ребёнком яслей или детского сада, обращение за услугами няни для воспитания ребенка – весь комплекс указанных факторов с возрастом ребенка и приводит к развитию отклонений в его психическом здоровье [129, 139, 140].

По данным литературы, существенное влияние на снижение показателей физического и нервно-психического развития детей оказывают частые эпизоды различных вирусно-бактериальных инфекций в анамнезе, что может привести к формированию стойких форм «психосоматического поведения», которые в последующем способствуют формированию определенных сложностей в коммуникации, низкой успеваемости [204, 227, 250, 276].

Ряд исследователей считают, что перенесенные ребенком частые респираторные рекуррентные заболевания могут способствовать изменению состояния его здоровья, тем самым привести к нарушению функциональной активности, приспособительных механизмов организма, приводящих к развитию хронических очагов инфекции. Из этого исходит то, что около половины ЧБД дошкольного возраста относятся к больным, у которых имеют место хронические заболевания назофарингеальной области [86, 117, 227].

Достаточно много исследований было посвящено вопросам изучения адаптации детей к условиям детского дошкольного учреждения [109, 117, 125, 166, 278, 320].

Так, установлено, что большинство из ниже приведенных факторов морфофункциональных отклонений оказывают негативное влияние на функционирование органов пищеварения и дыхания, снижая резистентность организма, в дальнейшем приводя к хронизации патологии на фоне неблагоприятных социальных условий среды, тем самым воздействуя на показатели КЖ детей дошкольного возраста [166].

Именно значительные нагрузки, связанные с жизнедеятельностью ребенка, в частности с умственными и физическими нагрузками в образовательном процессе, способствуют формированию отрицательной динамики состояния здоровья детей. Об этом свидетельствуют результаты исследований, где авторы указывают на увеличение в 3,5 раза числа детей, имеющих нарушения нервно-психического здоровья. Особенно уязвимым считается возрастной диапазон в 4-5 лет, когда дети начинают посещать детские сады и ясли. Результаты вышеизложенных исследований дали возможность авторам провести изыскания, посвященные научному обоснованию оптимальной учебно-воспитательной нагрузки дошкольников, делая акцент для учреждений данного профиля [95, 186].

Таким образом, все ещё остается актуальной проблема оптимизации методических подходов к всесторонней оценке состояния здоровья детского организма с учетом возникающих и имеющихся факторов риска [129, 130]. В то же время не до конца решена проблема, связанная с разработкой и оценкой критериев, связанных с оценкой состояния здоровья детей всех возрастных групп [14, 37, 263, 275].

Очевидно, что для более комплексного подхода к данной проблеме недостаточно только всестороннего изучения оценки физической и биологической составляющих. В этой связи существует высокая потребность в более детальной, точной оценке здоровья ребенка, которая основывается на учете всех аспектов жизнедеятельности ребенка, включая неотъемлемую его часть, имеющую социально-гигиенический характер [37, 50, 51, 196, 211].

В дальнейшем некоторые авторы высказали мнение о целесообразности включения показателя «качество жизни», как инструмента оценки формирования здоровья детей [8, 37].

В то же время Баранов А.А. с соавт. (2008) предлагают расширить критерии признаков здоровья, при помощи которых можно всесторонне констатировать понятие «здоровья», основанного на функциональных возможностях и социальной дееспособности ребенка [8, 17, 106, 132].

## **1.2. Понятие «Качество жизни», методология исследования, факторы, его определяющие, и значимость в педиатрии**

КЖ является одним из основополагающих понятий социального быта общества. Это широкое понятие, включающее в себя, прежде всего, совокупность материальных и духовных благ, которые необходимы человеку для реализации своих потребностей (в качественном питании, соответствующей возрасту и полу одежде, жилище с наличием комфортных условий, качественном и доступном здравоохранении, полноценном образовании, многокомпонентной сфере обслуживания, чистой окружающей среде, доступной и качественной структуре досуга, всесторонней доступности и удовлетворении потребностей в содержательном общении, получении полноценных знаний, востребованном творческом труде, низком уровне стрессовых состояний) [291].

Свое научное начало понятие КЖ приобрело в социологии, но в дальнейшем оно превратилось в междисциплинарное научное направление.

Хотелось бы отметить, что на современном этапе развития науки под исследованием «качества жизни» подразумевают изучение различных аспектов жизнедеятельности человека, при этом каждый раздел научного направления вносит соответствующий вклад в разработку и поэтапное внедрение интегральной проблемы качества жизни. Так, для социологов данное понятие отождествляется прежде всего с уровнем комфорта в быту и труде, досугом, питанием, жильем, сферой обслуживания, знанием, творчеством и др. [37, 182].

Экономисты подразумевают под КЖ показатели общего уровня дохода семьи, степень ее социальной адаптивности, количественный состав семей, необходимый объем и себестоимость потребительской корзины и др., выраженных в коэффициентах или процентных отношениях, при этом эталоном для сравнения выбирают высокоразвитые страны [206].

Медицинская наука вносит особый вклад в процесс формирования феномена КЖ, который ориентирован на комплексную оценку многих аспектов жизни человека, делая основной акцент на его здоровье.

Изучение качества жизни, основанного на здоровье, – это привилегия медицинской науки, которая призвана изучать различные стороны жизнедеятельности человека. В 1982 году Kaplan и Bush предложили внести в обиход термин «health-related quality of life» (качество жизни, обусловленное здоровьем). В последующие годы это послужило основанием для определения параметров, которые отражали состояние здоровья, уровень и качество медицинской помощи, основанных на общих концепциях КЖ, что послужило важной вехой в разработке составляющей части современного здравоохранения [174, 345, 346, 359].

Необходимо указать на то, что КЖ можно интерпретировать в различных аспектах, где основными являются два контекста: во-первых, первоначально принципы оценки систем потребностей, направленных на оценку оптимальной жизни человека; во-вторых, использование в качестве одного из инструментов по оценке доступности и эффективности профилактической, клинической медицины, процесса лечения и реабилитации [181, 182, 331].

Общеизвестно, что само понятие врачевания подразумевает процесс улучшения качества жизни. Реализация данного процесса охватывает несколько этапов: на начальном этапе постановка правильного диагноза, далее на его основе определение основных шагов лечения, усилия, направленные на анализ степени выраженности и облегчение боли, восстановление утраченных функций органов и систем, мероприятия, направленные на духовное и социальное утешение, обучение принципам достижения лучших качеств жизни и др. Следовательно, вся деятельность врача должна быть сосредоточена и направлена на стремление улучшить качество жизни больного [73].

Медицина на протяжении всего времени базировалась на определении объективных критериев, по которым было возможно оценить здоровье. Основываясь на использовании новейших технологий, высокоэффективных лекарственных препаратов, новейших достижениях медицинской науки, на огромном арсенале клинических и инструментальных методов исследований, врач не по своей воле несколько отдалился от самого больного. В конечном итоге

это привело к тому, что было несколько забыто основное призвание врача – лечить не болезнь, не просто решать проблему, связанную с охраной и укреплением его здоровья, а вернуть полноценного здорового человека в общество [73].

Все это и послужило основанием к тому, что произошла смена биомедицинской модели здоровья и болезни на модель биопсихосоциальную, где весь фокус сосредоточен на больном индивиде как личности, у которой имеет место свое субъективное представление о заболевании, определенным чувством страха и тревоги, основанных на собственном наблюдении и опыте. Именно это понятие качества жизни и явилось центром принятой модели [11, 73].

Из сказанного следует, что основным важным и главным фактором является форма, направленная на самооценку здоровья. Основным принцип оценки КЖ базируется на субъективных критериях. Критерии, ориентированные на оценку КЖ, в большей степени чувствительны и информативны, чем широко доступные общеклинические, инструментально-диагностические приемы, о чем свидетельствуют результаты большинства исследований. Из сказанного следует определенный вывод о том, что иногда субъективное понятие здоровья лидирует над понятием объективности.

Среди исследователей бытует мнение о том, что КЖ, связанное со здоровьем, - это объективный показатель, характеризующий субъективное восприятие [11, 17, 38, 64, 65, 74, 144]. По их мнению, данный показатель имеет многокомпонентный характер и по этой причине задача исследователя заключается в том, чтобы дать оценку всем критериям, имеющим отношение к здоровью. Следовательно, это означает, что мнение самого пациента о своем здоровье в большинстве случаев важнее самого «здоровья» [8, 37, 359, 407].

Ученые утверждают, что «...применение инструмента оценки качества жизни дает возможность объективизировать субъективные представления больного о качестве своей жизни и перевести их на язык цифр, отражая их количественно, то есть в баллах» [14, 37, 65, 127, 144, 183, 203, 235].



ВОЗ в 1948 году интерпретировала понятие здоровье – как «полное физическое, психическое и социальное благополучие, сопровождающееся отсутствием болезней и физических недостатков» [429]. Именно это определение относительно «здоровья» послужило основой для разработки современных представлений о КЖ в медицине.

Однако до сегодняшнего дня единой общепринятой формулировки КЖ не существует. По этой причине право на существование имеют достаточно много понятий о КЖ [327]. Приходится констатировать тот факт, что до настоящего времени нет единого согласия по всем приемлемым вариантам понятия качества жизни [428]. В то же время большинство исследователей едины во мнении о том, что право на жизнь имеют два основных аспекта феномена КЖ: первое – КЖ относится к критериям субъективной оценки, следовательно, должно оцениваться именно пациентом; второе КЖ – это феномен, указывающий на многомерную составляющую из несколько составных частей, отражающих различные аспекты жизнедеятельности, объединяющие физическое, социальное и эмоциональное благополучие больного [361, 382, 404, 428].

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) предлагает определять его, как «ощущение личностями их положения в жизни общества в единстве с культурой и системой ценностей, которая их объединяет в единстве с их индивидуальными целями, ожиданиями, принципами и заботами» [366].

Особое значение качество жизни имеет применительно к ребенку. Ребенок, как развивающийся индивидуум, имеет большие потребности в материальных и духовных сферах. В то же время ребенок беззащитен и нуждается в помощи и внимании окружающих его людей. Мы располагаем незначительными данными, отражающими отношение самого ребенка к своему здоровью.

Основным направлением изучения КЖ у детей должен быть анализ и оценка состояния адекватного здоровья как ребенка, так и его родителей. Для определения КЖ здоровых детей необходимо использовать инструмент, при помощи которого можно было бы получить оптимальные показатели, которые можно использовать как нормативы для определения КЖ.

Следовательно, эти шаги могут способствовать определению группы детей с низкими значениями КЖ, составляющие группу риска, и это может быть предпосылкой для представления в будущем возможности для более детального, тщательного и всестороннего обследования.

Вышеизложенное послужит основанием для выявления закономерностей изменения КЖ при последующих этапах развития заболеваний. Тем самым оценка КЖ ребенка в динамике может стать наиболее доступным, менее финансово затратным и массовым инструментом скрининговой диагностики, что в свою очередь позволит в будущем разработать качественно новые подходы к решению проблем профилактики различных заболеваний [300].

Большинство авторов склонны к мнению о том, что КЖ в детской практике может отличаться от такового у взрослых. Причиной такого мнения является тот постулат, что дети имеют зависимость от родителей, сверстников и одноклассников, изменения демографических факторов и немаловажная роль отводится именно тому, что существуют ограничения в механизмах восприятия детьми ряда концепций КЖ [337, 342, 349, 406].

Изучение КЖ в педиатрии также базируется на критериях, рекомендованных ВОЗ, т.е. объединяющих достаточно сложную структуру, состоящую из физического, духовного, социального, психологического и функционального аспекта благополучия и функционирования [181,182, 360, 385].

По мнению С. Eiser и R. Morse (2001), понятие КЖ с полной уверенностью можно относить к основополагающим в детской практике [360]. Основой КЖ ребёнка является показатель его здоровья. Следовательно, развитие и реализация многих аспектов его становления в будущем, в частности биологические детерминанты возможностей, включая длительную и полноценную жизнь, зависят от состояния здоровья ребенка [102].

Однако до настоящего времени в педиатрии нет единого понятия КЖ. В то же время, по мнению J. Bruil, «Качество жизни – это стремление самого ребенка к познанию и оценке различных сторон своей жизни относительно именно той

ситуации и тех восприятий, которые объединяют его проблемы в функционировании» [410].

Другие ученые считают, что в детской практике термин «качество жизни» отражает субъективное восприятие самим ребенком или его законных представителей некоторых аспектов своей жизни – физическое, психологическое, социальное функционирование [181, 183].

Следовательно, основываясь на мнении многих исследователей о том, что КЖ, представляя собой субъективный показатель, может являться одним из критериев комплексной оценки состояния здоровья ребёнка по следующим причинам [8, 17, 105, 106, 112, 182].

1. КЖ – это субъективный показатель, где берется за основу мнение самого ребенка относительно его благополучия, которое может различаться от мнения врача.
2. КЖ представляет собой объединенный показатель, отражающий физическую и социальную адаптацию ребенка, что освобождает от проведения дополнительных методов обследования.
3. КЖ в большинстве случаев по своей сути представляет количественный метод, что в большинстве случаев позволяет упрощать возможность интерпретации результатов, делая их сравнимыми.
4. Сам метод является простым в использовании, доступным, менее затратным, легко воспроизводимым, в тоже время, высокоинформативным, что вполне соответствует требованиям проведения различных медико-социальных исследований.

По своей сути проведение исследований с использованием показателя КЖ между взрослыми и детьми мало чем отличается. Однако существуют определенные различия в педиатрии и ориентированы они на оценку различного контингента здоровых детей, все это позволяет данный метод применять преимущественно как скрининговый в комплексе с профилактическими программами здравоохранения.

Из этого вытекает, что в педиатрии показатели КЖ чаще всего используют для:

- исследования медико-социальной направленности;
- изучения воздействия различной патологии на КЖ детей;
- для оценки эффективности применяемого лечения;
- как дополнительный критерий при прогнозировании и оценке течения и исхода патологии при оказании паллиативной помощи;
- при оценке эффективности новых методов терапии и лекарственных средств, а также для фармакоэкономических расчетов для оценки экономической приемлемости применения новых препаратов [181, 138].

Другим важным моментом являются популяционные исследования КЖ, позволяющие разработать нормативные данные с учетом возрастного-полового аспекта, включая регион проживания, социальную группу и др. [37, 137, 138, 328, 375, 376, 392].

Очень важным является исследование КЖ среди групп медико-социального риска, что позволит обеспечить динамическое наблюдение, с целью разработки профилактических и лечебно-оздоровительных программ для дальнейшей оценки их эффективности, а также очень актуальной является оценка КЖ при разработке индивидуальных прогностических программ течения и исходов заболевания.

При помощи использования методики КЖ появляется возможность дать оценку эффективности профилактических и специальных образовательных программ, включая реабилитационные технологии. Кроме этого, данная методология находит широкое применение при проведении различных экспертиз новых методов лечения, включая новые лекарственные препараты.

При организации и проведении научных исследований применение КЖ дает возможность обосновать и усовершенствовать принципы и методы оказания адресной медицинской помощи детям различных возрастных групп, включая социальную и психолого-педагогическую помощь [127, 197, 347]. Суть применения данной методики может оказать существенное влияние на научное

обоснование комплекса мероприятий, относящихся к государственному уровню [37, 38, 138].

По мнению многих исследователей, внедрение методологии оценки КЖ в педиатрию позволит на значительный уровень поднять качество оказания медицинской помощи детям [402].

Основу изучения КЖ составляет методология стандартизированного опросника, основанная на психометрических методах [182, 362].

В педиатрии для исследования КЖ необходимо использовать специально разработанные опросники, которые должны отвечать определенным условиям:

- опросник должен быть легко воспроизводимым, читаемым, простым в заполнении, особенно для детей, доступным и простым в восприятии для родителей;
- опросник должен включать блоки, используемые для детей различных возрастных групп;
- для детей, которые не умеют читать и писать, методология должна заключаться в применении процедуры интервьюирования и, следовательно, должна быть адаптирована для этих целей;
- суть изложения опросника должна быть адаптирована как детям, так и их родителям;
- опросник должен быть применим для работы в различных возрастных группах;
- необходимо предусмотреть специальный блок для различных классов заболеваний;
- опросник должен соответствовать хорошим психометрическим свойствам, а также быть более доступным и удобным для проведения математической обработки [157].

Основными требованиями к современной методологии опросников относится то, что они должны быть адаптированы к современным условиям. **Во-первых**, должны быть универсальными, включающими все аспекты КЖ, отраженные в определенной шкале опросника, и включать перечень вопросов.

**Во-вторых**, опросник максимально должен иметь психометрические свойства, в частности, валидность (достоверность), надежность (точность измерения) и чувствительность (позволяющую определять изменения показателей качества жизни в зависимости от возможностей изменения в состоянии респондента). И, наконец, **в-третьих**, опросник должен быть достаточно кратким, простым, доступным, легко воспроизводимым, не быть привязанным к возрасту пациента [17, 37, 138, 183, 339, 351, 369, 401, 412, 421, 423, 435].

На сегодняшний день в практику внедрено достаточно большое количество и вариантов опросников, предназначенных для оценки КЖ, разработанных специально для детей в форме различных тестов, которые могут быть использованы непосредственно самими пациентами или их представителями (PedQL - Pediatric Quality of Life Questionnaire, CHQ - Child Health Questionnaire, TAPQOL - TNO-AZL Preschool Children Quality of Life Questionnaire, QUALIN, FSIIR-Functional Status II - R) [340, 355, 373, 389]. По результатам завершения работы ответы маркируются цифровыми значениями, которые подвергаются кодированию и далее производится их статистическая обработка, где могут быть использованы различные алгоритмы.

До настоящего времени не нашел окончательного решения вопрос относительно того, кто может анализировать и оценивать КЖ ребенка [358, 425]. Применяются различные форматы опросника для детей с учетом возраста. Большинство авторов согласны с мнением о том, что минимальный возраст интервьюируемых детей, к которым могут быть применены опросники (self-report), должен быть не менее пяти лет. Дети младше данного возраста могут быть вовлечены в процесс опроса при содействии родителей или доверенного лица (proxy-report) [64, 361, 409, 424].

Авторы считают, что самооценка КЖ важна как субъективная оценка, особенно при изучении аспектов жизнедеятельности, неизвестных родителям. Но зачастую дети не всегда могут предоставить достоверную информацию [361].

Некоторые исследователи считают, что восприятие родителей является важным само по себе из-за тесной взаимосвязи между родителями и детьми, но в то же время ответы родителей имеют ряд недостатков [323, 360].

Следовательно, учитывая вероятность получения неполной информации при анкетировании только детей или только родителей, ряд исследователей считают необходимым получение сведений из обоих источников одновременно [325, 358, 415].

Опросники подразделяются на две крупные группы – общие и специальные. Общие опросники чаще всего применяются для использования при проведении каких-либо исследований на популяционном уровне, при помощи которых предоставляется возможность разработать возрасто-половые нормативы, а также проследить тенденции в изменении КЖ отдельно в группах детей с различной хронической патологией, включая процесс оценки эффективности лечебно-оздоровительных программ [345, 365, 381, 388, 398].

У детей, имеющих какую-либо патологию, процесс оценки КЖ идет при помощи специальных опросников, которые достаточно чувствительны к различным изменениям показателей в зависимости от проводимой терапии в коротком промежутке времени. Именно этот момент применения для оценки эффективности различных методик лечения и/или испытаний фармакологических препаратов имеет большое значение [353, 379, 391, 403, 404, 416].

Анализ опросников позволил выявить тот момент, что большинство из них представлены 5 основными категориями КЖ: физическое, психическое состояния, социальное, ролевое функционирование, общая субъективная оценка восприятия состояния своего здоровья.

Однако при использовании международных опросников для проведения процедуры опроса детей необходимо провести на уровне популяции адаптацию к местному языку, что позволит более полно провести как языковую, так и культурную адаптацию с последующей валидизацией (проверкой психометрических свойств) [37, 111, 180, 297, 341, 350, 370, 419, 422]. В процессе

разработки обновлённой версии обязательным требованием является сохранение основополагающих моментов - структуры, содержания, количества и смысла вопросов, коррекции может подвергаться только формулировка вопросов.

Это послужило основанием для разработки русскоязычных вариантов опросников PedsQL 4.0, CHQ, TAPQOL, QUALIN [105, 180, 183].

Одним из достаточно часто используемым является общий опросник PedsQL 4.0, который был широко использован в различных регионах Америки, Европы и Азии [426]. Данный опросник отличается наличием хороших психометрических свойств, свидетельствующих о его простоте и удобстве в заполнении, включая последующую статистическую обработку, и возможность применения среди детей различного возрастного диапазона (2-18 лет). Опросник имеет как родительский, так детские варианты.

Отличительной чертой является тот момент, что версия PedsQL 4.0 содержит отдельные модули, приемлемые для анализа при различных заболеваниях [111, 354, 414, 415, 427]. В частности, указанная версия с большим успехом может применяться для анализа КЖ детей, страдающих различными заболеваниями эндокринной системы, обменных процессов и иммунных состояний, включая патологию сердечно-сосудистой системы и онкологические заболевания.

Опросник QUALIN, предназначенный для изучения КЖ детей от трех месяцев до трех лет жизни, причем как здоровых, так и детей с различной патологией, также вызывает большой интерес исследователей [364].

Процедуру валидации опросник прошел в Европейском мультицентровом исследовании. Русская же его версия была разработана и успешно апробирована в лаборатории проблем медицинского обеспечения и качества жизни детского населения Научного центра здоровья детей РАМН (Москва) [183].

Результаты проведенных исследований с применением данного опросника показали его достаточную надежность и достоверность при оценке КЖ детей раннего возраста [37, 108, 177, 301].



Данный метод был использован в качестве инструмента оценки КЖ как среди больных, так и здоровых детей [14, 42, 106]. В процессе исследования были исследованы аспекты КЖ детей школьного возраста при оценке влияния различных факторов риска. Проведен анализ и оценка региональных особенностей групп здоровых подростков, отдельно работа была проведена и среди детей-инвалидов, а также среди детей из различных социальных групп, включая детей, страдающих хроническими заболеваниями [14, 37, 112, 125, 164, 166, 177, 196, 203, 234, 236, 275].

Под руководством И.В. Винярской (2008) было выполнено многоплановое медико-социальное исследование, целью которого было проведение сравнительного анализа КЖ подростков, проживающих в различных регионах РФ – от Калининграда до Москвы. Полученные результаты дали основание полагать, что различие имело место только по блоку школьного функционирования. Различия были определены между двумя регионами, минимальные значения были выявлены по Тверской области, а максимальные – среди опрошенных жителей г. Уфы.

Выявленные изменения были более характерны для сельских детей. Установлено, что КЖ среди подростков I и II групп здоровья имело отличия по болезням системы кровообращения. Причиной тому могло быть негативное влияние частых простудных заболеваний, способствовавших некоторому снижению общих показателей уровня КЖ.

Другой аспект выявленного изменения КЖ касался воздействия социально-гигиенических и экономических составляющих. Среди социально-гигиенических факторов, отрицательно влияющих на качество жизни, можно выделить род деятельности и занятость родителей; более существенно воздействовали на снижение всех аспектов КЖ ситуации, связанные с более напряженным отношением между членами семьи, наибольшее влияние оказывая на уровень эмоционального функционирования. Следующий момент касался наличия вредных привычек у родителей и на самом последнем месте – уровень успеваемости в школе [37, 301].

Проведя исследование КЖ среди детей мигрантов и коренных жителей, используя опросник QUALIN, не было выявлено каких-либо существенных различий. Но было определено различие между оценками КЖ со стороны детского врача по сравнению с оценками родителей. В 2007 г. Н.В. Нечаева установила, что одним из максимально оказывающих воздействий на уровень КЖ детей мигрантов является наличие некоторых особенностей, а именно морфофункциональных отклонений и хронических заболеваний, способствующих отставанию в физическом и нервно-психическом развитии. Было установлено, что у детей грудного возраста на их КЖ преобладало влияние медико-биологических факторов, тогда как с возрастом происходила смена этих факторов на социальные [177].

Проведенная работа Мочаловой Е.К. (2006) среди подростков-инвалидов показала, что ощутимые различия показателей КЖ имели зависимость от степени выраженности основной болезни, приведшей к инвалидизации. Достоверно высокие параметры КЖ были у детей с сахарным диабетом, тогда как низкие – у детей, страдающих бронхиальной астмой и болезнями нервной системы [164].

Таким образом, установлена зависимость КЖ детей от индивидуальной реакции ребенка на болезнь с учетом его адаптационных возможностей [44, 64, 65, 144, 196, 206].

В отечественной литературе специальные исследования, проведенные по оценке качества жизни в детской практике малочисленны. Исследования в этой области, в основном, касаются взрослого населения. Например, исследования Сафарзоды А.М. (2019) были посвящены вопросам изучения КЖ у пациентов среднего, пожилого и старческого возрастов после различных методов холецистэктомии [241]. Исследования КЖ были проведены также у больных с язвенной болезнью, с изолированной артериальной гипертонией, с ВИЧ-инфекцией, страдающих хронической болезнью почек [68, 69, 280].

В отечественной педиатрии первыми работами, которые были посвящены изучению качества жизни детей, были исследования Сатторова Г.Н. (2007),

посвященные исследованиям КЖ среди детей, страдающих патологией мочевой системы. Было установлено, что качество жизни больных детей с хроническим гломеруло- и пиелонефритом было достоверно низким и улучшилось в динамике лечения. При этом наименьший уровень имела шкала ролевого функционирования, наибольший – психологическое здоровье [240].

Исследовательская работа Гафуржановой Х.А. (2019) была посвящена изучению показателей КЖ детей грудного возраста в зависимости от характера вскармливания. Было установлено, что детям, находящимся на искусственном вскармливании, были свойственны более низкие показатели КЖ. По мнению автора, это обусловлено отклонениями в физическом и нервно-психическом развитии, частой заболеваемостью острыми и алиментарно-зависимыми заболеваниями. Продолжительное грудное вскармливание в течение 6 месяцев и выше в сравнении с кормлением до 3 месяцев способствовало статистически значимому увеличению показателей качества жизни этих детей по общему баллу как по мнению родителей, так и по мнению врачей [60].

В 2021 г. исследовательская работа Мамаджановой Г.С. также была посвящена изучению качества жизни у часто болеющих детей от 5 до 16 лет, в результате которой было выявлено значительное снижение показателей КЖ в зависимости от тяжести заболевания, физического и нервно-психического статуса детей.

Таким образом, специальных научных исследований в РТ, посвященных проблемам изучения КЖ в детской практике, достаточно мало. До настоящего времени остается открытым вопрос изучения КЖ у детей раннего и дошкольного возрастов в Республике Таджикистан.

Из всего этого следует то, что специальные исследования по оценке влияния медико-биологических и социально-гигиенических факторов на показатели КЖ практически отсутствуют. В то же время необходимо указать на тот момент, что достаточно актуальной остается оценка показателей КЖ для определения комплексных показателей состояния здоровья детей при применении современных медицинских технологий.

Следовательно, полученные результаты по изучению качества жизни с большим успехом могут быть использованы при разработке и принятии многоцелевых государственных программ, направленных на улучшение и создание новых форм охраны и укрепления здоровья подрастающего поколения [1, 8, 17, 345, 366].

Именно это и послужило основополагающим фактором к принятию решения относительно проведения данного исследования.

### **1.3. Физическое развитие детей: современный взгляд, факторы риска, методы изучения и их оценка**

Термин «физическое развитие» относится к всеобъемлющему понятию, которое включает в себя динамический процесс роста (увеличения длины и массы тела, синхронное развитие органов и систем) и биологическое становление, соответствующее различным периодам детства, что относится к одному из основных и информативных аспектов здоровья детского населения [50, 231]. Все это относится к процессу, отражающему взаимосвязь функциональных и морфологических свойств организма с экологией и наследственностью [96, 122, 248, 257].

Данная проблема достаточно глубоко освещена в серии работ выдающихся ученых С.М. Громбаха, В.В. Бунак, И.М. Воронцова, П.Н. Башкирова, А.А. Баранова [24, 25, 26, 30, 51, 68, 232].

Даже при том, что понятие «физическое развитие» является достаточно объемным, однако в литературе однозначного его понятия нет. При том необходимо отметить мнение ведущих исследователей, представивших трактовку физического развития человека, скорее всего, как понятие условной меры физической дееспособности организма, которое в совокупности представляет собой запас его жизненных сил и потенциальную физическую энергию [26, 30].

Все это объединяет понятие, включающее некоторые параметры самого организма, таких как размеры и форма тела, с учетом возрастных норм [24]. В то

же время имеется мнение о том, что для растущего организма это понятие должно иметь более широкие границы, включающие понятие биологического процесса созревания [178].

Однако необходимо отметить то, что, по мнению большинства авторов, физическое развитие представляет собой процесс динамического изменения как морфологических, так и функциональных показателей органов и систем, дающих возможность обеспечить соматическое развитие, основанное на биологическом созревании детского организма [220, 274].

По мнению ВОЗ, показатели, свидетельствующие о физическом развитии, являются основополагающим аспектом состояния здоровья ребенка, вовлеченные в комплексную оценку с другими критериями, которые были предложены С.М. Громбахом (1967 г.), и дали основание выделить и обосновать группы здоровья ребенка [67, 232, 282].

Широкое понятия «физическое развитие» заключается именно в том, что оно применимо независимо от возраста, обследуемого – от периода новорожденности, далее детей для различных возрастных групп, включая и взрослых. При этом отмечаются различия в его показателях в зависимости от экономико-географических зон проживания, национальности. Также физическое развитие зависит от степени воздействия и длительности действующих неблагоприятных факторов как в сторону снижения, так и, наоборот. Следовательно, при условиях нормализации образа жизни повышается уровень физического развития [131, 147, 220, 248, 322, 326, 334, 344, 362].

В то же время необходимо указать на то, что в некоторых классических работах, посвященных данной проблеме, бытует мнение о том, что физическое развитие имеет зависимость от генетической предрасположенности, климатических, географических, антропогенных факторов, включая социально-экономические условия, этническую и территориальную принадлежность, включая факторы индустриализации и урбанизации и др. [25, 26, 103, 279, 285, 330, 344].

Достаточно важное место в процессе становления здоровья и физических показателей отводится полноценному питанию [22, 31, 55, 94, 273]. Возникшие или имеющие место любые формы нарушения питания в будущем могут способствовать возникновению как значимых, так и клинически не выраженных отклонений в показателях его физического развития и заболеваемости [95, 209].

В то же время необходимо указать на тот момент, что одна из главных причин возникновения дефицита массы тела связана с неадекватным поступлением пищи в организм по причине сниженного аппетита, недоедания, полного или частичного отказа ребенка от пищи, обусловленного выраженным болевым синдромом, причиной которого может быть наличие заболеваний опорно-двигательного аппарата или ЦНС [397]. А также, нельзя исключить заболевания, связанные с дисфункцией ЖКТ, связанной с процессом сорбции и всасывания [49].

Некоторые социальные факторы, такие как макроэкономические показатели, также оказывают влияние на динамику физического развития ребенка: показатели обменных нарушений, такие как избыток массы тела и ожирение, имеют прямую зависимость от экономического развития страны [336]. Указанная проблема имеет тенденцию к росту среди всех возрастных групп. Причиной этого факта является высокое содержание в пищевых продуктах жира при низкой физической активности [368, 378].

Многие авторы утверждают, что избыточная масса тела преимущественно определяется как «предболезнь», что может провоцировать снижение показателей качества жизни детей [13, 249, 367].

Итак, факт физического развития может выступать в качестве предиктора некоторых показателей уровня санитарно-гигиенических, социальных и экологических условий жизни населения [21, 22, 43, 140, 189, 288].

На этапах становления онтогенеза происходит смена факторов, влияющих на КЖ ребенка. Так, на начальном этапе главная роль отводится наследственности, далее более значимую роль играют экзогенные предпосылки [79, 82].

Масштабным популяционным исследованиям отводится значимое внимание по той причине, что они призваны решать не только чисто практические вопросы, но в то же время и задачи научного направления. Принята и с большим успехом применяется стандартная методика сбора, анализа и интерпретации антропометрических данных [19, 25, 199].

Существует достаточное количество методов анализа и оценке физического развития, но, однако, необходимо прибегать к их применению, когда есть возможность их идентификации, стандартизации и, наконец, их сопоставимости [230, 231].

Слагаемыми физического развития являются такие характеристики, как соматометрия, физиометрия и данные функциональной активности, которые представляют комплексное понятие, свидетельствующее о морфометрических показателях [234].

В повседневной работе практического врача оценка физического развития ребёнка имеет достаточно высокое значение по той причине, что получаемые антропометрические показатели весьма весомы при оценке и принятии решения проблем, связанных с организацией, проведением профилактической и лечебной работы, включая медико-социальную экспертизу. В этой связи даже не столь выраженные отклонения физического развития могут проявиться как первый клинический признак хронического заболевания: существует прямая связь между степенью выраженности отклонения и выраженностью вероятности наличия патологии [25, 113, 248, 313].

Следовательно, результаты оценки физического развития каждого ребенка, как правило должны найти свое отражение в медицинских документах в виде истории болезни и/или амбулаторных карт, с учетом декретированных сроков наблюдения [282].

Однако не всегда со стороны специалистов ведется динамическое наблюдение за характеристиками физического развития ребенка, особенно в течение первого года жизни, когда отмечается интенсивный рост и развитие.

В последующие годы жизни антропометрия проводится менее интенсивно, что не дает возможности правильно отслеживать общую тенденцию физического развития детского населения. Возможно, это и является одной из главных причин столь малых исследований в отечественной литературе по изучению физического развития и его оценки у детей раннего и дошкольного возрастов [35, 70, 289]. В этих научных работах (1990 годы) в различные периоды учеными были проведены серии научных исследований, в которых оценивались антропометрические показатели детей от нуля до семи лет, проживающих в селе.

В 2012 году Ватанбековой Г.С. было проведено исследование антропометрических данных детей от 0 до 3-х лет жителей высокогорья Таджикистана, в которых были отражены особенности роста и их развития в условиях гипоксии [35]. Лонгитудинальные и массовые исследования по оценке параметров физического развития детей, проживающих в городской местности, практически отсутствуют.

Последние научные исследования в этом направлении, касающиеся разработки региональных стандартов для детей города Душанбе от 2 до 14 лет, были проведены в 2001 году [265].

Хотя известно, что любые изменения показателей физического развития как в сторону уменьшения, так и в сторону увеличения свидетельствуют о ситуации в обществе и существующих проблемах социального неблагополучия, экологического дисбаланса, стрессорных воздействиях на организм ребёнка [156].

Существующие сведения в литературе свидетельствуют о том, что в процессе ретроспективного анализа физического развития детской популяции было установлено, то что этот процесс имеет два особенных периода – акселерация и ретардация. В этой связи очень сложно найти однозначный ответ, в каком периоде развития находится физическое развитие детской популяции, данная проблема актуальна не только для РФ, но и для нашего региона [266, 316].

В течение XX века прослеживалась определенная тенденция физического развития детей, которая больше имела уклон в сторону акселерации.



Проводившие исследования в тот период учёные отметили, что в высоких показателях уровня физического развития имела место другая проблема, которая была связана с учащением частоты случаев некоторых классов болезней: вегетососудистая дистония, изменение размеров щитовидной железы в сторону увеличения, тенденция к дисбалансу глюкокортикоидной активности надпочечников, артериальная гипертензия, предрасположенность к нарушению психики [25, 124, 163, 176].

Другая группа авторов указывала на то, что для детей с замедленным темпом физического и биологического развития было свойственно учащение случаев различных отклонений со стороны ССС, ЦНС и опорно-двигательного аппарата [47, 287].

Конец XX столетия ознаменовался тем, что появились сообщения, описывающие определенную тенденцию замедления темпов роста и развития, что послужило поводом для обсуждения феномена «отрицательного эпохального сдвига», «децелерации» [118, 124].

Ввиду того, что в некоторых странах сохраняется тенденция к увеличению интенсивности показателя темпов роста и развития детей, в наше время говорить о прекращении акселерации в глобальном смысле еще рано [324, 380].

По мнению ученых, выраженность глобальной тенденции к прекращению акселерации, обусловленной, вероятнее всего, истощением функциональных резервов адаптации, зависит от климато-географических и социально-экономических условий региона [219, 252].

Очевидно, стрессирующее воздействие внешних социально-гигиенических факторов, таких как урбанизация, загрязнение среды, гиподинамия, увеличение информационных нагрузок и др., стали причинами истощения адаптационных механизмов, что, вероятно, и привело к смене глобальных тенденций векового тренда (*seculartrend*) [120].

Немаловажен и тот факт, что снижение темпов акселерации по времени совпадает с увеличением роста заболеваемости детей. Первые сообщения об этой тенденции были отмечены ещё в 2003 году в рамках проходившего 9 Конгресса

педиатров России. Имеющие место выявленные изменения в процессе сопоставления двух тенденций, одна из которых отражает некоторое опережение снижения темпов акселерации с относительным увеличением показателей заболеваемости детей в рамках секулярного тренда, что дает возможность установить наличие взаимосвязи между процессами акселерации и уровнем заболеваемости, указывающей на наличие одной цепи этиопатогенетического механизма. Далее можно отметить тот факт, что динамический контроль за показателями физического развития может быть использован в качестве индикатора «лакмусовая бумажка», позволяющего определить тенденцию между функциональным состоянием организма и выявленными отрицательными тенденциями уровня здоровья ребенка. Все это с большим успехом может быть использовано при формировании программы реабилитации [120, 137, 224].

Не вызывает сомнения тот факт, что основу профилактической медицины на современном этапе составляет предупреждение перехода донозологических состояний в стадию болезни, что в конечном социальном плане, несомненно, является более эффективным, чем совершенствование медицины III уровня - «медицины болезней» [20, 230, 248].

Основу эффективности работы детских учреждений как медицинского, так и воспитательного профилей составляет оценка динамики показателей состояния здоровья и физического развития ребенка.

Проведение многолетнего системного анализа статистических данных даст возможность выявить динамику сдвигов в физическом развитии детского населения, что будет способствовать составлению своевременного прогноза изменения в росте и развитии [155].

Следовательно, основываясь на выше сказанном, можно установить, что самая достоверная информация о состоянии физического развития детей окажет содействие в формировании единого подхода к оценке каждого ребёнка, основываясь на строгой стандартизации.

Очевидно, что подготовка региональных стандартов физического развития должна быть определена как одно из приоритетных направлений гигиены детей

и подростков, включая и детское здравоохранение. Инструментом для этого может быть применение массового обследования практически здоровых детей различных возрастов и пола. Полученные результаты, основанные на среднеарифметических показателях физического развития и их сигм, могут представлять *стандарты физического развития* [25, 99].

В последние несколько десятилетий не умолкают научные споры между ведущими исследователями относительно того, «какому стандарту следует отдавать предпочтение - пользоваться региональными, привязанными к конкретному месту и времени, или же обобщенными для всех». При условии применения первого варианта мы можем дать оценку показателям физического развития, основу которого составляют популяционные данные, а во втором будут использованы определенные оптимальные параметры роста групп детей из семей, которые были специально включены в соответствующие обследования. Именно этот последний принцип лег в основу построения референтных ростовых таблиц Всемирной Организации Здравоохранения [24, 25].

При выборе форм стандартов «общий или региональный?» мнение большинства специалистов склонно к тому, что для оценки данных о параметрах роста предпочтительными являются региональные – «золотые» — более приемлемые [124, 151, 155, 195, 202, 215, 226, 265].

Группа исследователей, поддерживающих региональные нормативы, отмечают, что показатели физического развития ребенка зависят от влияния множества факторов и потребность во внесении изменений и дополнений к региональным стандартам имеет взаимосвязь с рядом эколого-гигиенических, социально-экономических условий, включая генофонд популяции, это и является одним из требований к организации и проведению регулярных дополнений и изменений в территориальные стандарты детского населения (не реже 1 раза в 5-10 лет) [24, 93, 262].

Основываясь на рекомендациях ВОЗ, каждые 10 – 15 лет страны могут пересматривать нормативы [431]. Внедренные или разрабатываемые страновые стандарты должны соответствовать ниже приведенным рекомендациям: легко

воспроизводимы, иметь механизм устойчивости и ориентированы на решение определенных задач.

Форма изложения стандартов может быть произвольной в виде таблиц и графиков, механизм использования должен предусматривать репрезентативность (соответствовать особенностям региона), адресность (ориентированными преимущественно для характеристики определенной популяции, для которой были разработаны) [321].

Индивидуальная оценка ФР ребенка производится путем сопоставления его персональных антропометрических данных с нормативными величинами физического развития детей соответствующей возрастно-половой группы.

Однако у исследователей нет единого мнения о границах нормы, в этой связи среди ученых исследователей ведется научная дискуссия. Иногда разработанная возрастная норма может рассматриваться как совокупность усредненных норм, однако данный вариант не может отражать определенных возрастных изменений, соответствующих адаптивной направленности развития организма [243].

Существуют различные инструменты, способы, возможности оценки параметров физического развития. Широкое распространение нашел метод сигмальных отклонений, который позволяет производить оценку показателей физического развития индивидуума по отношению к средним арифметическим отклонениям с учетом возрастно-половых параметров групп. Полученные результаты разницы находят свое отражение в долях сигмы ( $\sigma$ ) с вероятностью отклонения в большую или меньшую сторону от средних значений [383].

По мнению В.Д. Сонькина, показатель может рассматриваться как среднее значение, если он находится в пределах  $M \pm \sigma$  [260]. Тогда как А.А. Баранов высказывает на этот счёт мнение о том, что показатель диапазона вариантов массы тела от  $M - 1\sigma R$  до  $M + 2\sigma R$  можно считать, как вариант «нормы» физического развития, особенно у подростков [18]. Существует и другое мнение, поддерживаемое группой ученых, о том, что в качестве нормы можно использовать колебания признака в пределах  $M \pm \sigma$  [163, 195, 202, 219].

Говоря о взаимосвязанных признаках, необходимо указать на то, что принятию правильного решения о ФР ребенка помогает метод корреляции и регрессионного анализа (по шкалам регрессии) [24]. В то же время в последние годы широко в секторе здравоохранения стали применять нормативные непараметрические (центильные) таблицы, которые дают возможность стандартизировать методику оценки важнейших антропометрических показателей [141]. Существует еще и метод индексов, при помощи которых можно отразить показатели физического развития ребенка в математических формулах [26, 131].

Но, несмотря на все достигнутые успехи и результаты, практически отсутствует единое мнение в методике оценки и интерпретации ФР. Именно это вынуждает продолжать поиск наиболее информативных методик анализа и оценки данных физического развития, а также его нормативов [97, 215].

По мнению некоторых исследователей, в секторе здравоохранения, а именно по части профилактики, для выявления показателей физического развития в детских коллективах максимально эффективным и в то же время достаточно информативным является использование адаптированных к местным условиям шкал регрессии, с применением комплексных схем и центильных таблиц [25].

Н.А. Скоблиной с соавт. (2008) была проведена огромная работа по оценке информативности шести методов оценки ФР. Результаты проведенного исследования показали, что в процессе оценки массы тела наиболее эффективным является применение региональных модификационных шкал регрессии, комплексные схемы, ИМТ, оценки Z-score, тогда как для оценки длины тела наиболее эффективными являются применение местных модификационных шкал регрессии [248].

Таким образом, определить состояние здоровья, питания детей и подростков можно путем оценки физического развития как на региональном, так и на индивидуальном уровнях. Решение данного вопроса окажет содействие в решении ряда вопросов касательно профилактической и лечебной работы,

включая медико-социальную экспертизу, профессионально и спортивно ориентированную.

#### **1.4. Состояние вопроса охраны здоровья детей в условиях реформирования сектора здравоохранения в Республике Таджикистан**

Охрана здоровья детей, совершенствование системы оказания квалифицированной медицинской помощи детям были и остаются важнейшей задачей государства.

Изучение состояния здоровья подрастающего поколения и разработка современных эффективных технологий, направленных на его укрепление, являются важнейшей медико-социальной проблемой общества.

Актуальность данных исследований возросла в условиях вынужденного реформирования национальной системы здравоохранения [1, 7, 12, 53, 57, 58, 85, 91, 146, 271, 272].

Республика Таджикистан в 90-ые годы прошлого столетия столкнулась с колоссальным спадом экономики и негативным изменением социальных инфраструктур, связанных с распадом Советского Союза, что незамедлительно спровоцировало разжигание гражданской войны.

После приобретения независимости Республика Таджикистан столкнулась со сложным экономическим переходным периодом. В результате валовый внутренний продукт Таджикистана (ВВП) сократился с 2,6 млрд. долл. США в 1990 году до лишь 860 млн. долл. США в 2002 г., а уровень инфляции взлетел, как следствие значительных сокращений социальных расходов. Хотя экономика постепенно восстанавливалась с 2000 года, она дополнительно пострадала в результате финансового кризиса 2008 года, и Таджикистан по настоящее время остается страной с низким уровнем дохода [272].

Начавшийся в 1992 г. вследствие вооруженного конфликта социально-экономический кризис привел к перемещению в г. Душанбе 350 тыс. беженцев.

Высокая миграция и этноконфликты осложнили медико-демографическую и гигиеническую ситуацию, способствуя росту заболеваемости и смертности населения [91, 272].

Социально-политическая и экономическая ситуации, сложившиеся вследствие этнических противостояний, повлекли за собой резкое ухудшение санитарно-бытовых условий жизни и интенсификацию эпидемиологических процессов инфекционных заболеваний, в том числе были серьезные нарушения в системе контроля водных объектов (система водоснабжения, неудовлетворительное состояние канализации, санитарная очистка населенных мест) [12, 91].

Увеличению распространенности кишечных инфекций, в частности брюшного тифа, способствовало снижение противоэпидемиологической работы вследствие утраты материальных и технических ресурсов, что привело к ухудшению качества медицинской помощи из-за большой текучести кадрового потенциала.

Скученность и массовая миграция населения без полномасштабной вакцинации вызвали распространение даже иммуноуправляемых инфекций, в том числе аэрогенных, таких как дифтерия, корь. Отмечался эпидемический подъем заболеваемости полиомиелитом, туберкулезом, малярией, болезнями, передаваемыми половым путем.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в 90-ые годы для женщин составляла 66,1 и 60,9 лет для мужчин [269, 272].

По данным исследований, проведенных в конце 90-х и начале 2000 годов, было отмечено, что основной причиной смерти населения в Республике Таджикистан явились классы болезней, связанные с системами кровообращения, органов дыхания, злокачественные новообразования [272].

Данные исследования показали, что основными факторами высокого риска распространения острых респираторных инфекций, служили относительно высокая плотность населения, достаточно высокая загазованность воздуха на фоне плохих жилищных условий. Так, в 2001 г., по данным Ходжимурадова Г.М.

средняя жилая площадь на человека составляла 8,5 м<sup>2</sup>, тогда как в 1991 составляла 9,5 м<sup>2</sup>, к началу 2000 г. в сельских регионах указанная цифра снизилась с 8,0 м<sup>2</sup> в 1991 до 6,7 м<sup>2</sup> [272].

В начале 90-х годов прошлого столетия широкое распространение получили заболевания, причиной которых явилась микронутриентная недостаточность (железодефицитная анемия, йоддефицитные заболевания, дефицит витамина А), основной причиной которых было резкое ограничение доступа к качественным продуктам питания и к йодированной соли, что наиболее существенно оказало воздействие на уязвимые слои населения [12, 89, 91]. Именно факт несбалансированности диеты с преимущественным содержанием животных жиров, повышение распространенности инфекционных заболеваний, таких как диарея, преимущественно среди детей, определили причинно-следственные факторы нарушений питания.

Одним из факторов плохого питания явилась нехватка качественных продуктов в домохозяйствах, преимущественно в сельских и горных районах, другое немаловажное значение отводится фактору неправильного подхода к проблемам питания младенцев и детей раннего возраста [270, 272, 390, 395, 432].

Исследования Varonina et al, проведенные в 2003 году, были посвящены санитарно-гигиеническим аспектам, питанию и воде. Так, у 8,3% детей в возрасте от 6 до 29 месяцев и 1% детей в возрасте 30-59 месяцев отмечались проблемы, связанные с недоеданием, у более 1/3 детей в возрасте 6-59 месяцев были выявлены признаки хронического нарушения питания [395].

Все это, соответственно, привело к другой новой проблеме, связанной с увеличением затрат на медицинскую помощь для семей, которые в большинстве случаев жили за чертой бедности. Возникли проблемы с нарушением питания, где превалировала дефицитная анемия, что в большинстве случаев провоцировало вероятность преждевременных родов, развитие СЗРП, что, несомненно, отразилось на повышении неонатальной смертности. Почти в половине случаев (42%) среди причин в структуре неонатальной смертности занимали анемии беременных [90, 221].



Основная проблема для здравоохранения в Таджикистане в те годы была связана с йододефицитом, которая проявлялась во всех регионах страны, особенно распространенная на юге и в горных районах. На тот период только 20% населения имели доступ к качественной йодированной соли, показатели существенно различались как среди жителей городов (32%), так и сельской местности (16%). Именно этот факт и явился пусковым механизмом увеличения частоты заболеваний щитовидной железы в стране, показатель которого составил 10-15%, а в некоторых областях страны возрос до 40%, особенно уязвимыми оказались беременные женщины, у которых в 65% случаев отмечалась йодурия [221].

В своих исследованиях многие исследователи приводят данные о высокой общей распространенности ЖДА у женщин – 41% и детей – 37,6%. Низкие показатели индекса массы тела выявлены у 9% женщин из числа опрошенных. Среди женщин ГБАО (20%), далее в Хатлоне (10%), Сугде (8%) и районах республиканского подчинения (6%) имело место недоедание. В то же время 26% женщин, включенных в исследование, имели превышение массы тела от нормы или страдали ожирением ( $ИМТ > 25 \text{ кг/м}^2$ ), ниже приведены данные в различных регионах страны РРП - 36%, Сугд – 25%, в Хатлоне – 16% и ГБАО – 12% [390].

Серьезной проблемой являлось обеспечение медицинской помощью сельского населения труднодоступных районов, представленного в основном многодетными семьями. В условиях высокой рождаемости, большого удельного веса в структуре детского населения сложилась ситуация, когда 15-20% общего числа работающих врачей обслуживают детей, беременных женщин, родильниц, доля которых среди населения составляет нередко 40-50% и выше. Необходимо отметить бедный рацион питания женщин: дефицит молочных, овощных, фруктовых, мясных и рыбных продуктов. До 60% беременных в городах и 75-80% в сельской местности страдали анемией. Почти каждый третий новорожденный рождался с задержкой внутриутробного роста и развития [91, 221, 433].

В регионе, где 80% умирающих детей – сельские жители, типичной является поздняя обращаемость за медицинской помощью, приводящая к поступлению детей в тяжелом состоянии в медицинское учреждение любого уровня с доминированием таких патологических состояний, как обезвоживание, гипертермия, нейротоксикоз [272].

По оценке ВОЗ, показатели МС и ДС в РТ на тот период были выше, чем в любой другой стране Европейского региона ВОЗ (91 на 1000 живорожденных и 117 на 1000 детей в возрасте до 5 лет соответственно – 1990 г.). Большой проблемой являлось состояние здоровья матери. В 1993 г. коэффициент материнской смертности был на высоком уровне – 124,4 на 100000 рожденных [45, 272].

Согласно отчетам ЮНИСЕФ, ссылающихся на исследования Guerra et al., 2003, материнская смертность в Таджикистане могла свидетельствовать о некачественном уровне оказания услуг на дородовом периоде, несвоевременности и неадекватности ведения родов, которые зачастую были связаны с проблемами транспортировки беременных, особенно в сельской местности [420]. Guerra et al. указывали на то, что более 60% всех родов происходили на дому без соответствующей медицинской помощи, что в большинстве случаев повышало риск для здоровья матери и ребенка. В качестве основных причин высокого уровня материнской и перинатальной смертности приводятся данные касательно качества, своевременности соответствующей квалифицированной помощи на фоне отсутствия материалов и оборудования и неадекватной подготовки персонала. Всё это в совокупности и содействовало повышению частоты небезопасных родов на дому.

Это диктовало необходимость решения вопросов планирования семьи, оздоровления женщин детородного возраста, совершенствования диагностики состояния плода в перинатальном периоде, внедрения современных перинатальных технологий, а также повышения квалификации и практических навыков акушеров-гинекологов родовспомогательных учреждений [7].

В республике обеспеченность населения квалифицированными врачами была низкая, не хватало врачей узких специальностей и, прежде всего, педиатров. Особенно это проявлялось в сельской местности, где проживала большая часть населения, но работали менее 20% врачей республики. Большинство фельдшерско-акушерских пунктов, амбулаторий, участковых больниц размещены были в непригодных помещениях, не обеспеченных нормальными санитарно-гигиеническими условиями. Более половины стационаров находились в помещениях со стопроцентным естественным износом [91, 272].

Возникшие проблемы в секторе здравоохранения были связаны именно с тем, что в условиях переходной экономики имело место резкое сокращение инвестиций в сектор здравоохранения, сохранение административных методов управлений отраслью на фоне скудного финансирования сектора, резкая диспропорция между стационарным сектором и ПМСП [91].

Очевидный спад деятельности первичного звена здравоохранения привел к уменьшению их востребованности. Существующая система предоставления ПМСП оказалась несостоятельной для адекватного реагирования на возросший спрос населения. Соответственно, дальнейшее существование такой системы здравоохранения для страны стало угрожающим.

Очевидно, что современные тенденции здоровья и здравоохранения обусловили необходимость обеспечения государственной поддержки системы здравоохранения для защиты интересов граждан в получении гарантированного качественного объема медицинской помощи в конкретных условиях страны.

Таджикистан – как новая модель управления, показала свою устойчивость, где быстро перешли от гражданской войны к внутренней стабильности и экономическому росту.

Президентом Таджикистана Эмомали Рахмоном была поставлена задача перед Министерством здравоохранения Республики Таджикистан в сотрудничестве со Всемирной Организацией Здравоохранения глубоко проанализировать состояние служб здравоохранения и разработать

долгосрочную Концепцию реформирования отрасли, ориентированную на международную практику.

В связи с чем значимую актуальность приобретает научное обоснование методов реформирования здравоохранения, совершенствования его функциональных и организационных структур в соответствии с экономическими реалиями [91, 161].

В стране была разработана и внедрена комплексная программа реформирования сектора здравоохранения, где основной упор был сделан именно на усиление системы ПМСП, пересмотрены и кардинально изменены формы и методы финансирования здравоохранения, внесены существенные изменения в политику подготовки и расстановки кадрового потенциала, определены пути и методы рационального использования больничного сектора, изменено отношение к качеству предоставляемых услуг, достигнуты результаты по укреплению потенциала управления и изменено отношение населения к вопросам принятия основных принципов личной ответственности за здоровье [91, 161].

Реформирование системы здравоохранения тесно связано с целью, провозглашенной Всемирной Организацией Здравоохранения – **«Достижением здоровья для всех»** [172]. ВОЗ определяет понятие «реформы» как целенаправленный, динамичный и устойчивый процесс, приводящий к систематическим структурным изменениям. Реформирование здравоохранения по сути своей является как нормативным, так и экономическим и организационным видом деятельности [88].

В формировании законодательных актов, направленных на улучшение качества, доступности медицинской помощи, также были достигнуты определенные результаты: принята и утверждена стратегия «Цели устойчивого развития», «Закон об охране здоровья населения». Другой огромный пакет нормативно-правовых документов был направлен на совершенствование, внедрение прогрессивных форм и методов медицинской помощи матерям и детям, где в обязательном порядке брались во внимание такие проблемы и

вопросы, как национальные традиции, религиозные верования, культурное и историческое наследие народа [84, 148, 212, 213, 216, 217].

Большое внимание за истекший период уделялось вопросам здоровья и реабилитации детей, имеющих риски в антенатальном и интранатальном периодах развития, результаты которых сказывались на формировании их здоровья, физическом и интеллектуальном развитии в последующие годы жизни [6, 7].

За тридцатилетие независимости государства охрана здоровья населения стала одним из приоритетных направлений социальной политики Правительства Республики Таджикистан.

Вся деятельность сектора здравоохранения и социальной защиты населения страны строится на основе Конституции Республики Таджикистан, законов Республики Таджикистан, Кодекса здравоохранения Республики Таджикистан, Стратегии охраны здоровья населения РТ на период до 2030 года, достигла определенных результатов по обеспечению благоприятной инфраструктуры здравоохранения, социальной защиты населения, улучшения доступности и качества медицинских услуг [169, 170, 171].

Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан в 2017 году явилось инициатором разработки и принятия Кодекса здравоохранения Республики Таджикистан, который регулирует общественные отношения в области здравоохранения и направлен на реализацию конституционных прав граждан на охрану здоровья.

Правительством страны и руководителями подведомственных отраслей проведено усовершенствование нормативно-правовой базы управления состоянием здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения и социальной защиты населения. Огромная работа была проведена для разработки и внедрения модели ведения здорового образа жизни и создания системы снижения риска заболеваний, реализованы мероприятия по обеспечению безопасности пищевой продукции и др. [214].

В процессе реформирования сектора здравоохранения в Республике Таджикистан важным фактором в обеспечении доступа населения к качественным медицинским услугам является повышение качества подготовки, переподготовки и профессионализма медицинского персонала [201, 213].

Необходимый уровень охвата врачей системой повышения квалификации в последние годы достигается успешно, однако обеспечение всестороннего современного образования на постоянной основе медицинского персонала требует принятия дополнительных мер.

Развитие и совершенствование первичной медико-санитарной службы явилось основным и приоритетным направлением в рамках реализации Концепции реформирования здравоохранения в Республики Таджикистан, где в качестве основной модели определена форма семейной медицины.

Постановлением Правительства Республики Таджикистан № 317 от 27.07.2016 г. принята Стратегия развития первичной медико-санитарной помощи, основанной на принципах семейной медицины на 2016-2020 гг. Проведенные мероприятия в рамках данной стратегии способствовали развитию профилактической направленности деятельности учреждений первичной медико-санитарной помощи, тем самым улучшая доступ населения к качественной медицинской помощи [161].

В настоящее время разработана «Стратегия охраны здоровья населения Республики Таджикистан на период до 2030 г., в рамках которой также пересмотрены Национальные индикаторы здравоохранения в Республике Таджикистан [212, 216].

Известно, что младенческая смертность в последние годы сократилась в 2,2 раза, что непосредственно является показателем социально-экономического благополучия государства и эффективности деятельности учреждений здравоохранения. Если данный показатель в 2015 году составлял 34 смерти детей до 1 года на 1000 живорожденных, то данный показатель в 2019 году составил 14,9 [4].

Такой немаловажный показатель, как материнская смертность, по Республике Таджикистан за последние годы снизился в 1,2 раза. Если данный показатель в 2015 году составлял 32 на 100000 живорожденных, то в 2019 году данный показатель составил 24 на 100000 живорожденных [4, 243]. Эти показатели находятся под постоянным мониторингом руководителей государства и в данном направлении на постоянной основе ведется серьезная созидательная работа [4, 153].

В республике повсеместно начали строиться перинатальные центры (г. Душанбе), начал функционировать Перинатальный центр в г. Кулябе. Строится Перинатальный центр в г. Бохтаре; обеспечивается приобретение оборудования и медикаментов для детских медучреждений; осуществляется процесс повышения квалификации сотрудников медучреждений, совершенствуется график иммунизации детского населения в целях профилактики инфекционных заболеваний, контролируемых вакцинацией.

Медико-демографическое исследование 2019 года показало, что почти все маленькие дети в Таджикистане имели карту вакцинации (97% детей в возрасте 12-23 месяцев и 96% - в 24-35 месяцев) [153, 217].

Обеспечиваются поставки вакцин гарантированного качества в рамках сотрудничества Правительства Таджикистана с Всемирной Организацией Здравоохранения, ЮНИСЕФ.

На основании приказа Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 06.02.2020 года № 78 в Национальный календарь иммунизации были внесены изменения в связи с заменой коревой-краснушной вакцины на коревую-паротитно-краснушную (с октября 2020 г.) и с внедрением пневмококковой вакцины (ВПК) (с января 2022).

Разработана и принята к реализации Стратегия устойчивого развития школьного питания в Республике Таджикистан на период до 2027 года, реализуется межведомственный план мероприятий (2017). В 50 школьных столовых пилотных районов Хатлонской области, г. Рогуна и районов Раштской

зоны проведены ремонтные работы и они оснащены современным оборудованием.

В рамках реализации программ по улучшению качества медицинских услуг продолжается совершенствование и внедрение Программы государственных гарантий населению, целью которых является обеспечение доступа населения к медицинским услугам на уровне ПМСП, особенно уязвимых категорий населения, снижение потребности в затратных госпитальных услугах, снижение неформальных платежей населения. В период реализации ПСР 2016-2020 гг. в пилотных районах число амбулаторно-поликлинических посещений выросло с 4,0 до 4,4 посещений на 1 жителя в год, число госпитализации на 100 человек населения – с 10 до 9,2, среднее пребывание пациентов в стационаре – с 10 до 9 койко-дней [148].

Необходимо отметить, что на госпитальном уровне более 51,5% больных и на уровне ПМСП более 41,4% пациентов получили необходимые медицинские услуги бесплатно.

В целях внедрения программ по здоровому образу жизни совместно с Министерством образования и науки Республики Таджикистан разработаны и с 2006 года внедрены учебные программы для начальных и общеобразовательных школ, где учителям и преподавателям даны полномочия в обязательном порядке в рамках воспитательной учебной программы провести занятия по пропаганде формирования здорового образа жизни. В целях повышения культуры гигиенического поведения детей планируется внедрение программы по основным принципам формирования здорового образа жизни в детских дошкольных учреждениях [187, 188].

Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 27.05.2017 года № 260 была утверждена «Комплексная программа развития физической культуры и спорта в Республике Таджикистан на 2017-2021 годы» и в настоящее время осуществляется ее повсеместная реализация.

Вместе с тем, в ряде политических документов страны подчеркивается, что, в целом, системе здравоохранения страны необходимо сконцентрироваться



на достаточной укомплектованности и развитии ресурсов и возможностей, чтобы соответствовать потребностям населения, касаясь вопросов здоровья в целом и инфекционных заболеваний в частности. Это прежде всего:

- проблемы с инфраструктурой и оснащенностью современным оборудованием медицинских учреждений;
- приток молодых кадров с не совсем желаемым потенциалом в плане современного образования и обучения;
- отсутствие технико-информационной базы, электронных карт пациентов, что усложняет мониторинг лечения пациентов и его результатов;
- полипрагмазия, доступность и безрецептурное приобретение лекарственных препаратов, что также отражается и в высоких личностных расходах потребителей.

Таким образом, годы становления независимости нашего государства, а вместе с ним и судьбы таджикского народа прошли в сложных экономических и политических условиях.

В качестве основных причин высокого уровня потерь здоровья, роста психических расстройств, наркомании, венерических болезней, травм и отравлений определены проблемы, связанные с негативным воздействием экономических, социальных и экологических проблем.

Другая, не менее важная, проблема ухудшения состояния здоровья населения была связана не только и не столько с комплексом общих социально-экономических факторов, но в то же время и рядом негативных тенденций в самой системе здравоохранения. В качестве ключевых из них определены: отсутствие специально разработанной и максимально адаптированной концепции развития здравоохранения, ориентированной к реальным экономическим условиям; дефицитный бюджет сектора здравоохранения; несоответствие современным требованиям уровня управления системой охраны здоровья; сохранение структурных диспропорций в здравоохранении, когда на местах имеет место при имеющемся дефиците средств в отрасли

перераспределение средств на относительно дорогостоящие услуги. Самой главной причиной возникших проблем является остаточный принцип финансирования отрасли [91, 153, 161, 187, 272].

В качестве основных причин негативной тенденции развития здравоохранения были два основных фактора: несоответствие финансирования требованиям и отсутствие четкой продуманной стратегии реформирования сектора, направленной на наиболее рациональное использование скудных финансовых ресурсов, реструктуризацию коечного фонда, развитие стационар замещающих технологий, стремление к повышению роли и увеличения объемов оказания помощи амбулаторно-поликлиническим звеном, предпочтение именно профилактической направленности медицины, как наиболее рентабельной [91].

Рост нищеты и насилия оказал серьезное воздействие на самые уязвимые группы населения. Среди населения, в том числе и детского, выросли показатели заболеваемости, прежде всего инфекционной и, в том числе, управляемых (эпидемические вспышки брюшного тифа, малярии, дифтерии, туберкулеза, ВИЧ/СПИД и др.) и, как следствие, выросли показатели младенческой, детской и материнской смертности [153, 272].

Ограниченный доступ к качественной питьевой воде, дефицит микронутриентов в питании, стрессы способствовали росту эндокринной, инфекционной и др. соматической патологии среди населения, в том числе и детского. Системный кризис в республике и внутренний кризис здравоохранения потребовали изменения системы здравоохранения, включающей реструктуризацию сектора ПМСП, организации групп семейных врачей, внедрение новых форм финансирования и др. [91, 161].

Политика в области здравоохранения по достижению здоровья для всех приобретала все большее влияние, появлялись новые модели в области общественного здравоохранения, правительство интегрировало в свой политический курс более широкий подход к здравоохранению, придавая особое значение предупреждению болезней, укреплению здоровья.

Основываясь на реформировании сектора здравоохранения, принятые нормативно-правовые и законодательные акты, в стране принята обновлённая, с учетом современных требований, комплексная программа реформирования, которая ориентирована на усиление потенциала системы ПМСП.

Продолжена работа по реформированию системы финансирования сектора здравоохранения, очень большая работа проделана в вопросах совершенствования кадровых ресурсов, что, несомненно, приведет к повышению качества и доступности предоставляемых услуг, рациональному использованию стационарного сектора, наращиванию потенциала управления и принятию принципа личной ответственности за здоровье [91, 161, 242].

Правительством Республики Таджикистан разработан и реализован в жизнь огромный пакет серьезных и важных политических документов, которые способствуют оптимизации системы здравоохранения в целом, концентрируя внимание на механизмах максимального межотраслевого взаимодействия и реформирование системы предоставления услуг в области медицины, целью которых является увеличение ожидаемой продолжительности качественной жизни от рождения; координированных действий в области инфекционных и неинфекционных заболеваний; обеспечения гарантированного государством пакета льгот [238].

## Глава 2.

### Этапы, объём и методы исследования

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

Объектами исследования явились:

- городские центры здоровья г. Душанбе (№ 1-14);
- детские сады № 80, 133, 143, 147;
- частные медико-консультативные центры «Зангула», «Медиан».

В группы исследования были включены:

- детское население г. Душанбе – диспансеризацией было охвачено 272506 детей в возрасте от периода новорожденности до 18 лет: до 1 года – 23%, 1-3 лет – 21%, 3-6 лет – 21%, 6-12 лет – 17%, 12-18 лет – 18%;
- медицинские работники (врачи и средний медицинский персонал), работающие в городских центрах здоровья, родители детей или их официальные представители.

В процессе выполнения работы с учетом задач программа настоящего исследования была основана на нескольких этапах.

**Первый этап** исследования заключался в анализе научных достижений отечественных и зарубежных авторов касательно вопросов охраны здоровья детей, факторов риска и структуры заболеваемости, физического развития и качества жизни, а также организации амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению на современном этапе. Для выполнения этой задачи было использовано 435 литературных источника.

На основе анализа литературных источников, освещающих проблему многокомпонентной оценки состояния здоровья детей, была определена актуальность проводимого исследования, изучены методические подходы к оценке КЖ и физического развития данной когорты и далее, руководствуясь полученной информацией, был проведен отбор детей для исследования.

На *втором этапе* многокомпонентная оценка состояния здоровья детей была проведена, основываясь на Приказе Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 16 октября 2018 года № 954 «Об утверждении «Порядка проведения медицинского осмотра, постоянного диспансерного контроля и времени проведения прививок» [217].

При комплексной оценке состояния здоровья детей учитывались четыре базовых критерия.

1. Наличие или отсутствие функциональных нарушений и/или хронических заболеваний с учётом клинического варианта и фазы течения патологического процесса.
2. Уровень функционального состояния основных систем организма.
3. Степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям.
4. Уровень достигнутого развития и степень его гармоничности.

Основываясь на учёте всех вышеизложенных критериев, дети были определены в одну из групп здоровья по результатам собственных исследований, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, а также заключения узких специалистов.

Для проведения комплексной оценки исследуемых детей была проведена сплошная выкопировка данных из медицинской документации (формы № 112, 26, 30, 63, согласно Приказу Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики, Таджикистан от 27.03.2006 года № 98 «Об индикаторах, формах первичной медицинской документации и статистической отчётности учреждений здравоохранения Республики Таджикистан» [216]).

Обследовано 724 ребёнка, из них 315 – дети раннего и 409 – дети дошкольного возрастов. Параллельно с этим на каждого ребенка была заполнена специально разработанная анкета, в которой была собрана подробная информация о социально-экономическом положении семьи, «социально-психологический» портрет данной семьи и санитарно-гигиенические условия жилища, где растёт ребенок.

Наряду с этим составными частями анкеты была оценка материнских факторов риска (состояние здоровья, течение беременности и родов), включая также период новорожденности и раннего детства, вскармливание, сроки введения прикорма и коррекции питания, профилактические прививки, заболеваемость, режим дня, посещаемость городских центров здоровья и частного сектора медицинского обслуживания и др.

Практически все дети были осмотрены узкими специалистами – окулистом, ЛОР-врачом, кардиоревматологом, хирургом, неврологом, ортопедом, эндокринологом.

Были проведены все рутинные лабораторные методы исследования (общий анализ крови, кала, мочи, при необходимости биохимический анализ крови, бак. посевы кала, мочи, из носа и зева, иммунологический статус, аллергологическая панель и др.).

Также были проведены инструментальные методы исследования – УЗ исследование внутренних органов, тазобедренных суставов, ЭХО-КГ, нейросонография, фиброгастродуоденоскопия.

Далее дети, подлежавшие обследованию, были разделены в соответствующие группы здоровья (Громбах С.М.).

1. К I группе здоровья были отнесены здоровые дети, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, не имеющие анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных нарушений.
2. Ко II группе здоровья отнесены дети, у которых отсутствовали хронические заболевания, но имелись некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения; реконвалесценты, особенно перенесшие

инфекционные заболевания тяжелой и средней степеней тяжести; дети с общей задержкой физического развития при отсутствии заболеваний эндокринной системы (низкий рост, отставание по уровню биологического развития), с дефицитом массы тела или избыточной массой тела; часто и/или длительно болеющие острыми респираторными заболеваниями; с физическими недостатками, последствиями травм или операций, при сохранности функций органов и систем организма.

3. К III группе здоровья были отнесены дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохранёнными или компенсированными функциями органов и систем организма, при отсутствии осложнений основного заболевания; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации функций органов и систем организма, степень которой не ограничивала возможность обучения или труда.
4. К IV группе здоровья отнесены дети, страдающие хроническими заболеваниями в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с сохранёнными или компенсированными функциями органов и систем организма либо неполной компенсации функций.
5. К V группе здоровья были отнесены дети, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями с редкими клиническими ремиссиями, частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, выраженной декомпенсацией функций органов и систем организма, наличием осложнений и требующими назначения постоянного лечения; с физическими недостатками, последствиями травм и операций с выраженным нарушением функций органов и систем организма и значительным ограничением возможности обучения или труда; дети-инвалиды [232].

**Третий этап исследований.** Неотъемлемой частью общего врачебного осмотра и одним из отправных моментов заключения о состоянии здоровья ребёнка является оценка его физического развития. Поскольку последние работы

по разработке региональных стандартов и таблиц физического развития детей г. Душанбе от 2 до 14 лет были опубликованы в 2001 году и, учитывая отсутствие в отечественной литературе статистически обработанных показателей физического развития детей от 0 до 6 лет в течение последних 17 лет, мы поставили перед собой задачу разработать региональные оценочные таблицы физического развития детей данного возраста.

Основой для разработки оценочных таблиц физического развития послужили результаты обследования и наблюдения за 7319 детьми в возрасте от 0 до 6 лет таджикской национальности, из них 3908 (53,4%) составили мальчики и 3411 (46,6%) – девочки, коренные жители г. Душанбе. Группы детей были уравновешены в возрастном-половом аспекте, численность каждой составляла 100 и более человек. Из группы наблюдения были выведены дети, у которых имела место «неоднородность» по состоянию здоровья, т.е. дети, у которых выявлены хронические заболевания по причине серьезных нарушений в деятельности органов и систем организма, эндокринные заболевания, недоношенные, двойни, что соответствует необходимому объему требований, предъявляемым к документам, предназначенным для подготовки местных стандартов физического развития детей.

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

Для получения достоверных, соответствующих необходимым требованиям, результатов при оценке ФР был реализован ряд стандартных условий.

1. Замеры показателей физического развития производились согласно установленным требованиям, ребенок был без верхней одежды, в положении стоя. Необходимые измерения длины тела новорожденных и младенцев производились с применением горизонтального ростомера.



2. Все измерения были произведены в первую половину дня, это было связано с тем, что длина тела к концу дня имеет тенденцию к уменьшению до 2-х см по причине уплощения свода стопы, межпозвоночных хрящей, в то же время показатель массы тела может увеличиться до 1 кг.
3. Основываясь на требованиях к помещению, оно было теплым и светлым.
4. Необходимый набор инструментов был подвергнут специальной стандартизации и метрологическим замерам, легко подвергался санитарной обработке.
5. Полученные результаты исследования заносились в специальную карту, где имелись необходимые сведения о паспортных данных ребенка, название учреждения и др.

Для каждого признака вычислены соответствующие величины:

$M$  – средняя арифметическая величина;

$m$  – ошибка средней арифметической величины;

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

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

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

На основании полученных результатов нами были предложены два метода индивидуальной оценки физического развития [263]. Это метод сигмальных отклонений, когда показатели физического развития индивидуума (рост, масса тела, окружности груди и головы) сравниваются со средними арифметическими величинами соответствующих признаков для определенной возрастно-половой группы, для этих целей использовались таблицы стандартов. Полученные

данные выражались в долях сигмы ( $\sigma$ ). Интерпретация полученных данных производилась следующим образом:

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

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

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

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

Таблицы составлены таким образом: в первой графе таблицы расположены границы сигмальных отклонений по общей сигме ( $\pm\sigma$ ) роста; во второй графе внесены варианты роста с интервалом 1 см от минимальной до максимальной величины для данного возраста (варианты роста сгруппированы в 5 подгрупп (средние, выше средних, высокие, ниже средних, низкие) в зависимости от отклонения от средней арифметической величины  $-M$ ); в третьей и четвертой

графах приведены величины массы тела, окружности грудной клетки и головы, соответствующие каждой величине роста.

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

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

**Четвертый этап исследований.** В процессе реализации 4 этапа исследования была дана оценка динамики основных показателей антропометрических измерений у детей от 0 до 6 лет. Проведен сравнительный анализ полученных данных с параметрами ФР детей раннего и дошкольного возрастов и их сверстников, полученных в 2001 году.

На основании разработанных региональных стандартов следующим этапом работы явилась индивидуальная оценка физического развития исследуемой группы детей. Контингент детей формировался методом случайной выборки по данным обращаемости и целевого медицинского осмотра. В процессе проведения исследования было обследовано для оценки показателей физического развития 1566 детей, из них 836 (53,4%) составили дети раннего возраста (460 (55,0%) – мальчиков и 376 (45%) – девочек) и 730 (46,6%) – дети дошкольного возраста (410 (56,2%) – мальчиков и 320 (43,8%) – девочек).

На начальном этапе была произведена оценка с учетом настоящего календарного возраста каждого ребенка, что в дальнейшем послужило основанием к распределению детей по возрастным группам. Проведено

сопоставление полученных результатов физического развития ребёнка с региональными возрастными-половыми нормативами, в то же время проведено сопоставление с международными нормативами [222, 263].

В процессе выполнения работы произведено сравнение показателей гармоничности физического развития детей раннего и дошкольного возраста с использованием «Стандартов и таблиц по персональной оценке физического развития детей от 0 до 6 лет г. Душанбе Республики Таджикистан» методом оценки ФР по шкале регрессии [266].

Также проведена оценка зависимости взаимосвязи количественных показателей ФР с непрерывной изменчивостью с использованием параметрического метода Пирсона. Для оценки этой связи были использованы общепринятые критерии, согласно которым абсолютные значения  $r_{xy}$  до  $\pm 0,3$  свидетельствуют о слабой связи, значения  $r_{xy}$  от  $\pm 0,3$  до  $\pm 0,5$  – о связи умеренной тесноты, заметная связь – от  $\pm 0,5$  до  $\pm 0,7$  и высокая связь – от  $\pm 0,7$  до 1,0 соответственно.

На *пятом этапе работы* объектом изучения явилось исследование качества жизни детей для использования данного показателя как критерия оценки эффективности применяемых на современном этапе медицинских технологий на уровне ПМСП. Исследование КЖ детей раннего и дошкольного возрастов проведено совместно с сотрудниками специализированной лаборатории ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» МЗ РФ г. Москвы, под руководством д.м.н., профессора Винярской И.В. Объектами исследования явились 603 ребенка, из них 249 детей раннего и 354 – дошкольного возраста, и их законные представители.

В процессе проведения исследования предпочтение было отдано двум международным опросникам. Опросник QUALIN сформирован таким образом, что дает возможность учесть возрастные особенности детей, при помощи которых оцениваются психосоциальный и физический аспекты с учетом их функционирования. Опросник QUALIN предназначен для оценки КЖ здоровых и больных детей в возрасте от 3 месяцев до 1 года и от 1 до 3 лет, в опросник

включены вопросы как для родителей, так и отдельно для педиатров, которые ведут наблюдение за детьми. Указанный опросник предназначен для использования у детей до года, в который включены 33 вопроса, а для более старших детей от года до трех лет – 34. Каждый вопрос имеет по шесть вариантов ответа, что позволяет в дальнейшем произвести перекодировку ответов, для дальнейшего подсчета баллов по шестибалльной системе [386].

Опросник PedsQL 4.0 включает 23 вопроса. Применение данной шкалы для оценки КЖ производится по 4 шкалам: физическое функционирование (основан на 8 вопросах), эмоциональное функционирование (на 5 вопросах), социальное функционирование (также на 5 вопросах), жизнь в ребенка в школе/детском саду или школьное функционирование (с учетом возраста содержит 3 или 5 вопросов). На основании полученных результатов производится расчет суммарного (общего) балла. Охват возраста детей данным опросником достаточно широк – 5-7, 8-12, 13-18 лет. Кроме этого, могут быть применены при необходимости так называемые родительские и детские версии опросника, родительский вариант, который применим для оценки КЖ детей в возрасте 2-4 лет. Процесс шкалирования производился по специальной программе, где суммарное число составляло 100 баллов: результат считался позитивным при условии набора максимального числа баллов [426].

В процессе реализации опроса настоящий опросник заполняется самостоятельно одним из законных представителей и/или самим ребёнком (5-7 лет). Во избежание влияния на ответы друг друга процесс выполнения процедуры был раздельным, что являлось необходимым требованием к заполнению опросника.

Основным критерием исключения из процедуры исследования являлись: психические заболевания родителей, вовлеченных в процесс исследования и/или не владение достаточным уровнем знания русского языка, что могло негативно отразиться на процессе получения достоверных правильных ответов. Также исключались дети с выраженными психическими расстройствами и низкими интеллектуальными способностями. Обязательным аспектом проведения

исследования явилось то, что каждому респонденту перед началом предлагалось подписать информированное согласие.

На *шестом этапе исследования* был изучен показатель удовлетворённости законных представителей детей качеством оказываемой педиатрической помощи в городских центрах здоровья, а также показатель удовлетворённости самого медицинского персонала своей работой и экспертная оценка качества работы медицинских работников этих центров.

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

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

Специально для проведения опроса медицинских работников была разработана другая карта «Анонимная анкета медицинского персонала», которая содержит вопросы, ориентированные на уровень квалификации работника, его материальную обеспеченность, на выявление оценки качества медицинской помощи, оказываемой учреждением, микроклимат в коллективе и др.

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

В данном документе были освещены практически все направления деятельности медицинских работников – профилактическая, лечебно-диагностическая, диспансеризация. Основным способом сбора информации была выкопировка данных из медицинской карты пациента (ф. № 112/у), карты диспансерного наблюдения (ф. № 30/у), карты профилактических прививок (ф. № 63/у).

Экспертная оценка полученной информации осуществлялась путём сопоставления данных с утверждёнными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению больных на уровне амбулаторно-поликлинической помощи: приказ МЗиСЗН РТ от 19 июня 2020 г. № 456 «Об утверждении и введении в практику клинических рекомендаций по диагностике и оказанию помощи больным на уровне первичной медико-санитарной службы» [148].

**Седьмой этап исследования** заключался в научном обосновании необходимости внедрения современных медицинских технологий и высокой эффективности ряда лечебно-оздоровительных и медико-организационных мероприятий на уровне ПМСП здравоохранения.

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

Оценка возможностей применения показателей КЖ, как способа, позволяющего провести анализ и оценку эффективности профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий, была применена у 126 (ЧБД) часто и длительно болеющих детей.

Таким образом, на основе проведенного исследования и полученной информации разработаны основные направления оптимизации первичной медико-санитарной помощи детям.

Научная работа завершена формулировкой выводов исследования и практических рекомендаций по оптимизации первичной медико-санитарной помощи детскому населению.

Результаты исследования отражены в статьях, тезисах, докладах на съездах педиатров и хирургов (2010, 2015), акушеров-гинекологов (2010), детских хирургов и анестезиологов-реаниматологов (2020), Республиканских (2008) и международных конференциях (2014, 2015), Евроазиатском конгрессе педиатров (2011), Конгрессе педиатров стран СНГ (2019).

**Статистический анализ** полученных данных проводили на ПК с помощью прикладных статистических программ «Statistica 10» (StatSoft Inc.,

США) и «IBM SPSS Statistics 21» (IBM Corp., США). Абсолютные величины были представлены в виде средних значений и их стандартного отклонения ( $M \pm \delta$  или  $M \pm SD$ ). Некоторые абсолютные параметры были представлены в виде медианы с нижним и верхним квартилями ( $Me [25q; 75q]$ ). Относительные величины были представлены в виде долей (%). Сравнение абсолютных независимых величин проводили по критерию Манна-Уитни, а относительные величины – по критерию  $\chi^2$  ( $\chi^2$  с поправкой Йетса и по  $\phi$ -критерию Фишера в зависимости от количества наблюдений в ячейках четырёхпольных таблиц). Корреляционный анализ проводили по критерию Пирсона. Наряду с этим высчитывалось отношение шансов с 95% доверительным интервалом (OR 95% CI). Все полученные результаты по анализам были статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

Последовательность этапов, объём, содержание и методология проведенного научного исследования приведены в таблице 2.1.



**Таблица 2.1. – Этапы, содержание и объём исследования**

Этап исследования	Метод наблюдения и сбора информации	Источник полученных сведений и объём
2	3	4
1. Аналитический обзор литературных данных по изучению исследуемой проблемы	Библиометрический Аналитический	Массив центральных и специальных публикаций: <b>374</b> источников, из них 262 на русском и 112 на английском языках
2. Изучение основных демографических процессов и тенденций состояния здоровья детей раннего и дошкольного возрастов	Аналитический Графоаналитический Сравнительный	Ежегодные отчёты Республиканского Центра медицинской статистики и информации МЗиСЗН РТ (формы №№ 12, 31); отчёты Агентства по статистике при Президенте РТ (формы №№ 1, 2, 5, 12, 12-ИВБДВ, 25, 30, 31, 32) Диспансеризация <b>272506</b> детей от 0 до 18 лет г. Душанбе
3. Разработка региональных стандартов физического развития детей от 0 до 6 лет г. Душанбе	Статистический Графоаналитический	Индивидуально разработанные антропометрические карты детей: общее количество <b>7319</b> : <b>3908</b> – мальчиков, <b>3411</b> – девочек
4. Проведение комплексного изучения состояния здоровья и физического развития детей раннего и дошкольного возрастов	Статистический Аналитический Графоаналитический Сравнительный Анкетирование Интервьюирование	Выкопировка данных с медицинской документации (ф. № 112/у, ф. № 26/у, ф. № 63, ф. № 30), заполнение специально разработанных анкет: всего: <b>724</b> , из них ( <b>315</b> – дети раннего возраста, <b>409</b> – дети дошкольного возраста)

Продолжение таблицы 2.1.

<p>5. Оценка физического развития обследуемой группы детей</p>	<p>Статистический Аналитический Графоаналитический Сравнительный</p>	<p>Всего <b>1566</b>, из них <b>836</b> – ранний возраст, <b>730</b> – дети дошкольного возраста</p>
<p>6. Исследование качества жизни детей раннего и дошкольного возрастов. Применение показателя КЖ, как критерия оценки применения медицинских технологий</p>	<p>Социологический Анкетирование Статистический Аналитический</p>	<p>Всего опрошено <b>603</b> родителей/опекунов: <b>141</b> – от 3 месяцев до 1 года, опросник QUALIN; <b>108</b> – от 1 до 3-х лет, опросник QUALIN; <b>97</b> - от 2 до 4 лет, опросник PedsQL™ 4.0; <b>257</b> - от 5 до 7 лет, опросник PedsQL™ 4.0 <b>126</b> часто и длительно болеющие дети</p>
<p>7. Исследование удовлетворённости законных представителей детей качеством медицинской помощи на уровне первичного звена здравоохранения и удовлетворённости медицинского персонала своей работой. Экспертная оценка качества работы медицинского персонала амбулаторного звена здравоохранения. Тестирование уровня знания в области педиатрии врачей общей практики.</p>	<p>Социологический Анкетирование Статистический Аналитический Экспертный</p>	<p>Всего <b>266</b> анкет: - <b>88</b> анонимных анкет законных представителей детей; - <b>72</b> анонимных анкет медицинских работников - <b>106</b> карт экспертной оценки (ф. № 112, 30, 63) - <b>325</b> тестовых заданий</p>

**Окончание таблицы 2.1.**

8. Разработка и научное обоснование основных направлений по оптимизации амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению	Аналитический Обобщение материала	51 публикация по материалам исследования, в т. ч. 16 статей в изданиях, рекомендованных ВАК РФ и РФ, 1 монография
---	--------------------------------------	---

## **Глава 3.**

### **Оценка состояния здоровья детей от рождения до шести лет**

#### **г. Душанбе**

Главный показатель благосостояния государства – это здоровье населения. Общеизвестным является факт, когда определено, что начало, а именно процесс закладки здоровья взрослого поколения начинается в детстве и от того, каким оно было в детстве, зависит его будущее состояние [236, 255].

Следовательно, множество слагаемых могут существенно повлиять на данный процесс, в частности, это любые изменения социального и экономического характера [10, 306]. Становится очевидным, что необходим постоянный мониторинг и анализ основных показателей здоровья детского населения, что даст возможность в будущем иметь здоровое население посредством влияния на процесс мер, которые имеют организационный и профилактический характер [9, 20, 32, 34, 151].

### **3.1. Основные тенденции состояния здоровья детей в Республике**

#### **Таджикистан**

Для общей характеристики здоровья необходимо учитывать не только медицинские, но также и демографические показатели.

Одним из важнейших критериев жизнеспособности населения является такой демографический показатель, как рождаемость (*Приложение 1*). Как видно из таблицы, число родившихся живыми в г. Душанбе за период 2011-2021 годы сохраняло тенденцию к увеличению.

Очень важными показателями, которые характеризуют динамику естественного движения населения, являются показатели общего коэффициента рождаемости и общий коэффициент смертности и их оценка, т.к. они играют немаловажную роль в оценке социального, демографического и медицинского благополучия общества.

Так, анализ общего коэффициента рождаемости за исследуемый период выявил тенденцию к уменьшению данного показателя как по г. Душанбе с 23,8‰

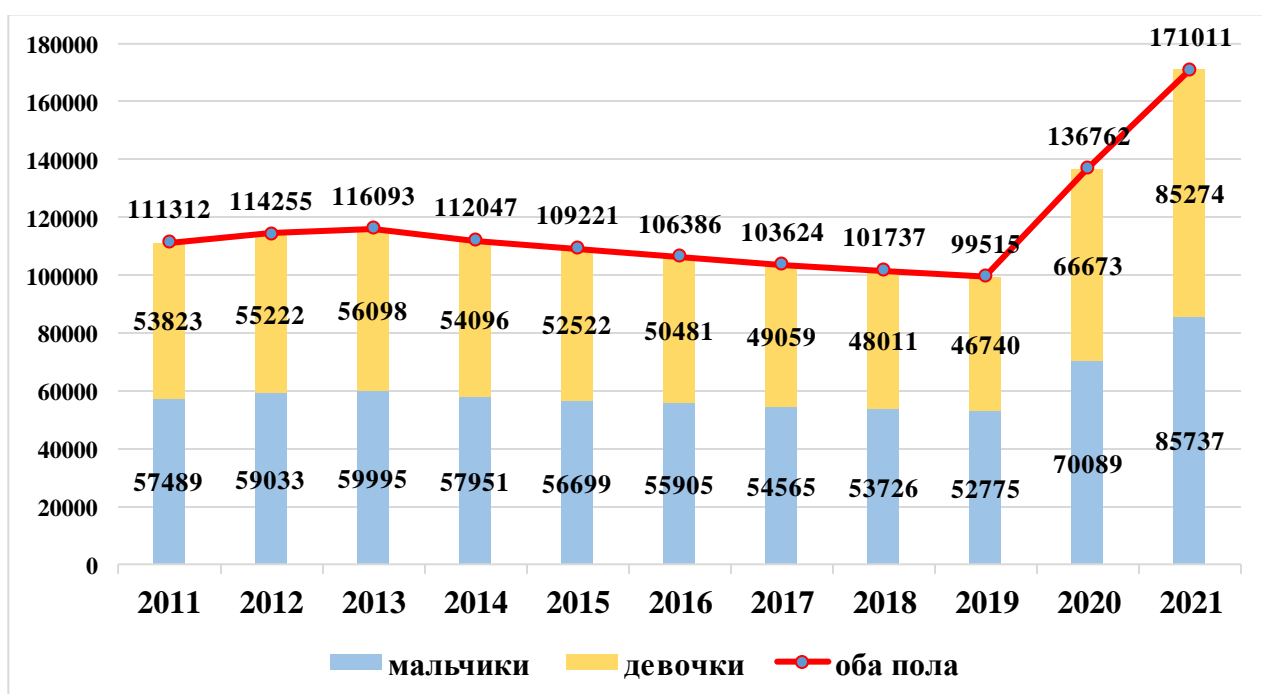
(2011 г.) до 16,1‰ (2021 г.) на 7,7‰, так и по всей Республике Таджикистан – с 28,7‰ (2011 г.) до 22,1‰ (2021 г.) на 6,6‰.

Соответственно, за прошедшее десятилетие (с 2011 по 2021 гг.) отмечалось некоторое уменьшение естественного прироста населения на 6,3‰ по РТ и 2,3‰ по г. Душанбе.

Проведенный анализ числа умерших и общего коэффициента смертности в г. Душанбе за исследуемые годы выявил их увеличение на 999 человек и на 0,5‰ соответственно. По всей республике увеличение данного показателя выявлено на 0,2‰, т.е. с 4,3‰ в 2011 г. до 4,5‰ в 2020 г.

Результаты наблюдения за общим коэффициентом смертности за исследуемый период (с 2011 по 2021 гг.) выявили уменьшение данного показателя на 0,3‰ по всей Республике Таджикистан и на 0,5‰ – по г. Душанбе.

Анализ численности детского населения в возрасте от 0 до 6 лет за 2011-2021 гг. выявил его увеличение на 59699 человек. Динамический рост количества детей данной возрастной группы отмечался с 2019 года (рисунок 3.1).



**Рисунок 3.1. – Динамика численного состава детского населения в возрасте от 0 до 6 лет по г. Душанбе**

Более детальный анализ особенностей возрастной структуры детей от 0 до 6 лет г. Душанбе показал, что наибольшая доля приходилась на детей первого года жизни (0–1 год), которые составили 30,5% от общей совокупности детей в 2011 г. и 27,2% в 2021 г. (*Приложение 2*). За исследуемый период произошло снижение указанной доли на 3,3%. Наименьшее количество детей в возрастной структуре приходилось на 4 года и 6 лет, которые в совокупности составили четверть всех детей – 26,5% в 2011 году, однако к 2021 году их удельный вес возрос до 30%. Тогда как в 2021 году наименьшее количество детей было выявлено в возрасте 2-3 года, которые составляли 27,4% от общего количества. Хотелось бы отметить, что, несмотря на вышеизложенные колебания в количественном отношении, численность детей от 0 до 6 лет за исследуемый период (с 2011 по 2021 г.) возросла в общем на 21,2%.

Проблемы, связанные со смертностью детского населения, имеют первостепенное государственное стратегическое значение для последующего сохранения и увеличения народонаселения страны. Очень много причин приводят к детским потерям, начиная с «социально-экономических» (детский травматизм, пороки развития, экологическое неблагополучие, материальное положение семьи и др.), завершая «медицинскими» (доступность, уровень и качество медицинской помощи, оказываемой матерям и детям).

На основании динамического наблюдения и системного мониторинга фетоинфантильных потерь, включающих два компонента – мертворождаемость и младенческую смертность, можно получить достоверные данные об истинных потерях плодов и младенцев [34, 236].

Проведенная оценка с последующим анализом причинно-следственных данных в г. Душанбе за анализируемый период дала возможность установить его снижение в 2 раза – с 34,3‰ в 2011 г. до 16,5‰ в 2021 г. (*Приложение 3*).

Основным фактором снижения фетоинфантильных потерь явился момент, указывающий на снижение одного из его компонентов за счёт снижения уровня мертворождаемости (на 11,9‰), хотя определенная тенденция снижения младенческой смертности (на 5,9‰) тоже имела место.

Проводимый системный мониторинг структуры потерь новорожденных и детей первого года жизни явился основанием установить преобладание перинатальных потерь (*Приложение 3*).

Многолетний проведенный системный анализ выявил снижение всех составных частей фетоинфантильных потерь. Так, значительная динамика выявлена в снижении показателей постнеонатальной смертности (в 4,5 раза), неонатальной (в 4,2 раза), далее поздней неонатальной (в 4 раза), ранней неонатальной смертности (в 3,6 раза). Также отмечается четкая тенденция снижения показателей перинатальной смертности (в 2,7 раза) и мертворождаемости (в 2,6 раза).

Необходимо указать на тот момент, что в стране сохраняется устойчивая тенденция к снижению младенческой смертности (от 0 до 1 года), динамика которой выглядит следующим образом: снижение в 1,7 раза (с 14,9‰ в 2011 году до 9‰ в 2021 году). Причиной тому явилось снижение неонатальной смертности с 30,5‰ (2011 г.) до 7,2‰ (2021 г.).

В структуре смертности в раннем неонатальном периоде лидирующее положение занимали отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, которые практически оставались на одном уровне – 4,69 в 2014 году и 4,25 на 1000 живорождённых в 2021 году. Далее второе и третье места занимали врожденные пороки развития (1,97 в 2014 и 1,20 на 1000 живорожденных в 2021 году) и асфиксия (1,01 в 2014 году и 1,24 на 1000 живорожденных в 2021 году).

В позднем неонатальном периоде основной причиной смертности в 2014 году являлись врождённые пороки развития – 0,66 на 1000 живорожденных, далее – различные инфекции – 0,55 на 1000 живорожденных, отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде – 0,50 на 1000 живорожденных.

В 2021 году структура смертности в данном периоде несколько изменилась: первое ранговое место занимали отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде – 0,26 на 1000 живорожденных, далее врожденные пороки развития – 0,13 на 1000 живорождённых.

Смертность младенцев в постнеонатальном периоде также имела тенденцию к снижению с 5,4‰ в 2014 году до 1,2‰ в 2021 году.

Снижение уровня МС за анализируемый период происходило, в основном, за счёт влияния следующих причин: снижение более чем в 5,8 раза частоты болезней органов дыхания, в 5,5 раза состояний, связанных с перинатальным периодом, в 3,4 раза инфекций, в 1,3 раза врождённых аномалий и пороков развития (*Приложение 4*).

В основном, структура младенческой смертности была определена инфекционными болезнями (1,36 на 1000 ж/р), далее следовали болезни органов дыхания (0,76 на 1000 ж/р) и заболевания нервной системы (0,50 на 1000 ж/р).

Хочется отметить, что, несмотря на значительное снижение причин, приводящих к летальному исходу, к 2021 году первое ранговое место продолжало оставаться за инфекционными заболеваниями – 0,40 на 1000 ж/р. На втором месте оказались врожденные аномалии и хромосомные нарушения – 0,26 на 1000 ж/р, тогда как заболевания органов дыхания уступили свои позиции и заняли третье ранговое место – 0,13 на 1000 живорождённых.

Основные препятствия были связаны с низким темпом внедрения современных прогрессивных функциональных методов исследований беременных женщин и младенцев. Резерв снижения показателей МС заключается в необходимости модернизации услуг оказания специализированной медицинской помощи матерям посредством интенсивного внедрения методов и способов мониторинга врожденной патологии, включая снижение доли от управляемых причин.

Таким образом, анализ статистических данных выявил тенденцию к снижению показателей фетоинфантильных потерь за период с 2011 г. по 2021 г. с 34,3 до 16,5 на 1000 родившихся живыми и мёртвыми. Это обстоятельство было обусловлено, в основном, снижением мертворождаемости. В структуре причин младенческой смертности лидирующее место занимали инфекционные болезни, врожденные аномалии и пороки развития, болезни органов дыхания.

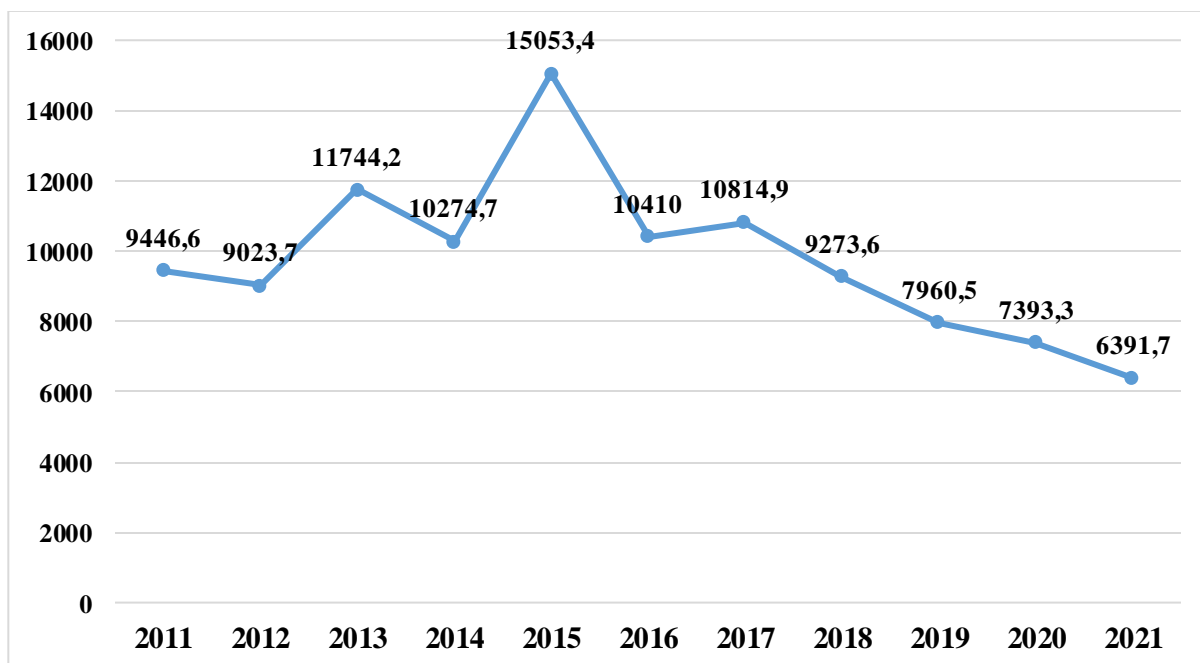


Что касается детской смертности, то за исследуемый период также отмечалось снижение данного показателя, характеризующегося периодами роста и стабильного снижения – с 16,7 в 2011 году до 10,4 на 1000 ж/р в 2021 году (в 1,6 раза) (*Приложение 1*).

Научный интерес представляло изучение структуры заболеваемости детей раннего возраста за исследуемый период.

Анализ структуры заболеваемости детей исследуемой группы за 2011 по 2021 гг. показал, что ведущее место занимали болезни органов дыхания, второе – инфекционные и паразитарные болезни за счёт кишечных инфекций, на третьем месте выявлялись отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, далее – болезни нервной системы, болезни уха и сосцевидного отростка (*Приложение 5*).

Вместе с тем, анализ проведенных исследований продемонстрировал достаточно стабильные темпы снижения показателей общей заболеваемости детей с 2017 года как в целом (в 1,5 раза), так и по классам заболеваний (рисунок 3.2).



**Рисунок 3.2. – Заболеваемость детей первого года жизни по данным формы № 31 статистической отчетности (на 100000 ж/р)**

Частота некоторых классов заболеваний, таких как нервной системы, болезней мочеполовой системы, состояний, связанных с перинатальным периодом, болезней органов дыхания, инфекционных и паразитарных болезней, снизилась в 1,2-1,4 раза; частота болезней органов пищеварения – в 2,2 раза; болезней глаза и его придаточного аппарата – в 2,8 раза; болезней крови и кроветворных органов – в 3,3 раза; травм, отравлений – в 3,5 раза. Особо значимое снижение частоты патологии среди детей выявлено в классе заболеваний эндокринной системы и расстройств питания (в 18 раз).

Исключение составили заболевания уха, сосцевидного отростка и врожденные аномалии, хромосомные нарушения, по которым за исследуемый период произошёл рост заболеваемости в 1,1 и в 2 раза соответственно (*Приложение 5*).

Таким образом, проведённое статистическое исследование за период 2011-2021 гг. позволило выявить следующие демографические особенности и показатели здоровья детей данной возрастной группы:

- увеличение количества численности детей от 0 до 6 лет, большая часть которых приходилась на детей в возрасте от 0 до 1 года;
- снижение фетоинфантильных потерь в 2 раза, преимущественно за счёт снижения уровня мертворождаемости;
- одним из ведущих факторов, приведших к уменьшению уровня МС, является снижение частоты болезней органов дыхания (снижение в 5,8 раз), отдельных состояний перинатального периода (в 5,5 раз), инфекций (в 3,4 раз), ВПР (в 1,3 раз);
- уровень младенческой смертности снизился в 1,7 раза;
- уровень детской смертности снизился в 1,6 раза;
- ведущее место, определяющее высокие показатели заболеваемости детей раннего возраста, обусловлены сохраняющимися на высоком уровне заболеваниями органов дыхания, далее следуют инфекционные заболевания и отдельные состояния, свойственные перинатальному периоду.

Очевидно, что весомая роль в снижении заболеваемости исследуемой возрастной группы детей принадлежит, прежде всего, комплексной многоотраслевой деятельности государства и правительства РТ по охране здоровья матери и ребенка, а также по принятию и реализации законов и национальных программ Республики Таджикистан по оказанию помощи детям («О защите естественного вскармливания детей», 22.12.2006 г. № 221 и др.).

Внедрение национальной стратегии интегрированного ведения болезней детского возраста (ИВБДВ, ВОЗ, 2000 г.) способствовало пропаганде естественного вскармливания, более дифференцированному подходу к различным заболеваниям детей раннего возраста, что в разы уменьшило показатели полипрагмазии. Данная стратегия привела к снижению детской смертности и заболеваемости путём совершенствования качества медицинской помощи детям при лечении наиболее распространенных заболеваний детского возраста на уровне ПМСП, которая способствовала решению задач по укреплению устойчивости системы здравоохранения в Таджикистане.

### **3.2. Состояние здоровья детей г. Душанбе по данным диспансеризации**

Последнее десятилетие XX века характеризовалось негативными тенденциями в состоянии здоровья детей Республики Таджикистан, обусловленное сохранением рождаемости, относительно стабильными показателями детской смертности, ростом показателей заболеваемости и распространенности соматической патологии, приводящей к инвалидности. Наряду с этим выявлена четкая тенденция роста и омоложения социально-значимых заболеваний у детей – туберкулез, наркомания, токсикомания, алкоголизм, ВИЧ/СПИД.

Необходимо отметить, что вплоть до 2010 года отмечалось ежегодное снижение охвата детей профилактическими осмотрами в декретированные сроки. Это означает, что не было соответствующей динамической оценки состояния здоровья детского населения и, естественно, это влияло на работу

профилактического характера, на эффективность реабилитационных мероприятий и, как следствие, на оздоровление детей в будущем.

В связи с вышесказанным для совершенствования деятельности службы охраны здоровья матери и ребенка, в рамках планирования деятельности здравоохранения в новых социально-экономических условиях Министерством здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан было принято решение о проведении в 2012-2013 гг. диспансеризации детей в возрасте от 0 до 18 лет в г. Душанбе.

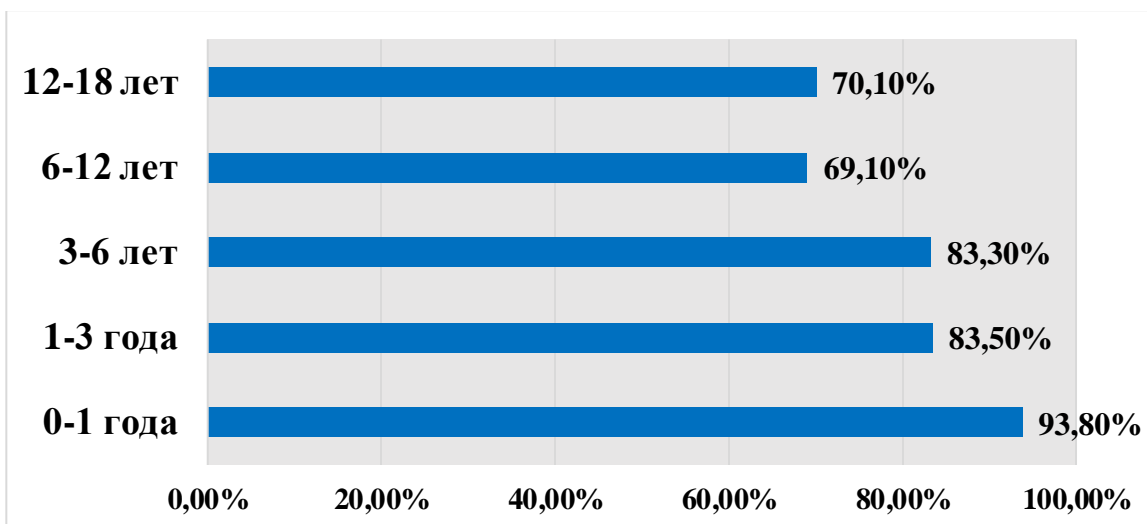
С целью оказания методической помощи в проведении данной работы сотрудниками Республиканского научно-клинического центра педиатрии и детской хирургии было разработано «Руководство по оценке группы здоровья детей», утвержденное приказом МЗиСЗН РТ от 21.05.2010 № 297, разработаны схемы, методология оценки группы здоровья детей [54].

Оценка состояния здоровья детей осуществлялась на основании специально разработанной карты с учетом места проживания, возрастно-половых особенностей, места воспитания и обучения.

С целью получения унифицированных данных в ГУ РНКЦПиДХ была разработана учетно-регистрационная форма и компьютерная программа ввода результатов диспансеризации.

В ходе проведения диспансеризации профилактическими осмотрами были охвачены дети, проживающие на территории 14 городских центров здоровья г. Душанбе, а также в образовательных учреждениях всех типов и видов.

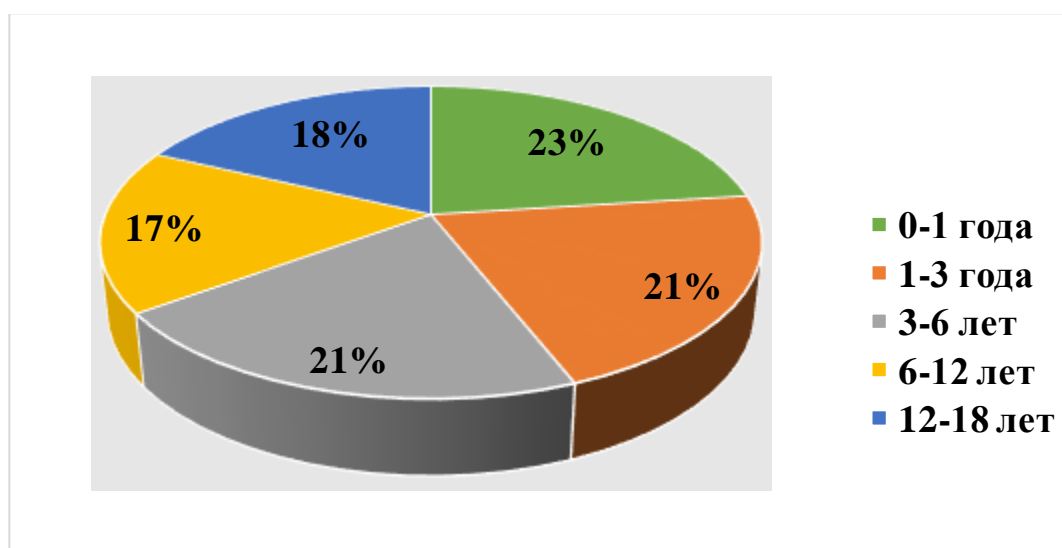
Диспансеризацией было охвачено 272506 детей (94,6% от числа подлежащих). Распределение детей по декретированным группам показало, что наибольшим количеством диспансеризацией от общего числа проживающих были охвачены дети до года (93,8%), от 1-3 лет - 83,3%, 83,5% - 3-6 лет и меньше, всего дети в возрасте от 6-12 лет (69,1%) и 70,1% из числа всех подростков (рисунок 3.3).



**Рисунок 3.3. – Полнота охвата детей медицинскими осмотрами**

Таким образом, от общего числа детей, проживающих в г. Душанбе, более 2/3 были охвачены диспансеризацией, из них большее число осмотренных составили дети в возрасте до 1 года. А к 12-18 годам показатель полноты охвата снижается: так, разница между охватом детей годовалого возраста и подростками составила 23,7%.

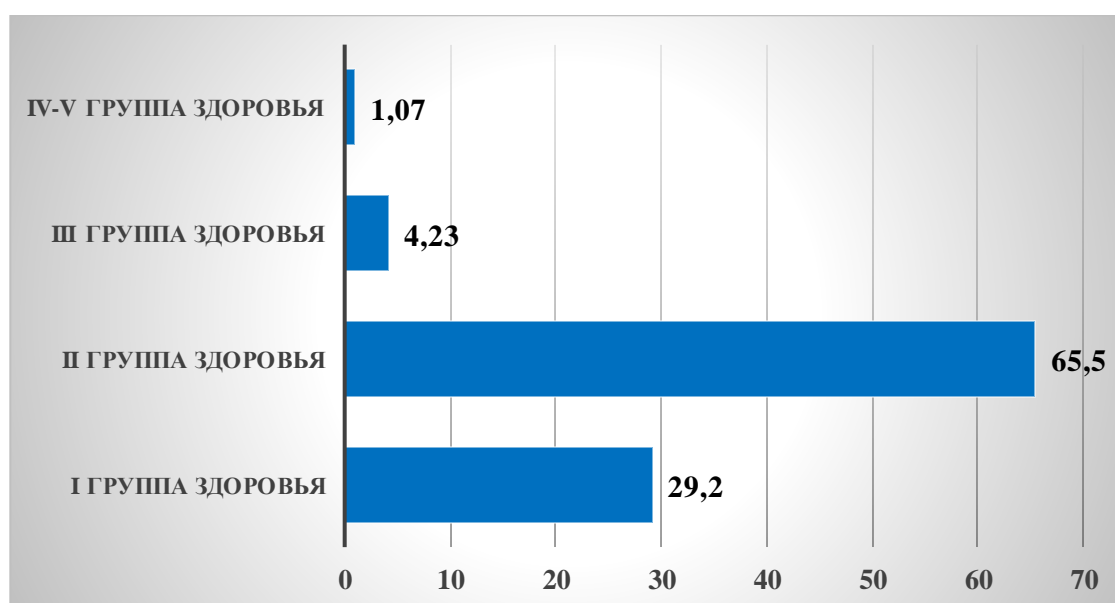
Анализ показателей диспансеризации детей г. Душанбе показал, что из общего количества обследованных 23% составили дети в возрасте до 1 года, 21% - от 1-3 лет, такое же количество (21%) – 3-6 лет, 17% - 6-12 лет и в 18% - дети-подростки (рисунок 3.4).



**Рисунок 3.4. – Распределение числа осмотренных детей по возрасту**

С внедрением в практику ПМСП должности врача общей практики на него возложена вся работа по проведению профилактических осмотров, согласно установленному протоколу, и комплексной оценки состояния здоровья ребенка, организация и проведение ряда действий, которые направлены на оформление индивидуального заключения о состоянии здоровья ребенка. Данный формуляр содержит и другую информацию, включающую диагноз, оценку физического и нервно-психического развития, определение группы здоровья и медицинской группы для занятий спортом, рекомендации по режиму дня, питанию, вакцинопрофилактике, направление на дополнительное обследование и восстановительное лечение при необходимости.

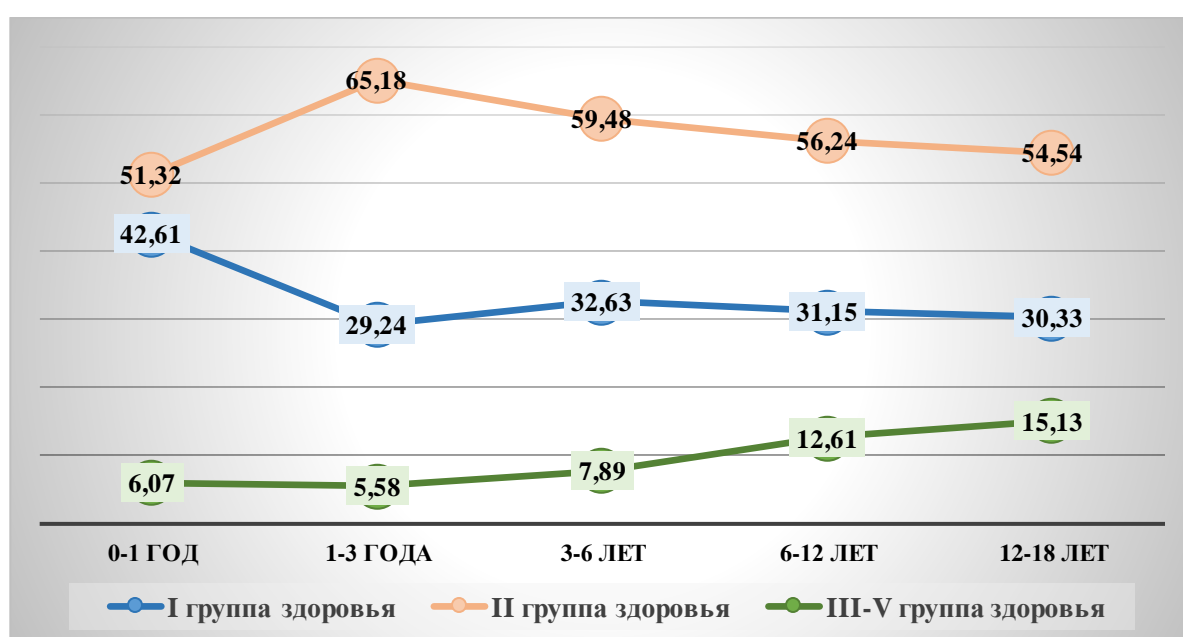
Проведенные еще в 2013 года специальные мероприятия по диспансеризации детей г. Душанбе еще раз акцентировали внимание на том, что тенденции в состоянии здоровья детей, сформировавшиеся за прошедший десятилетний период: снижение доли здоровых детей (с 45,5% до 29,2%) с одновременным увеличением удельного веса детей, имеющих хроническую патологию и инвалидность (5,3%), – сохраняются. Эти показатели свидетельствуют о качестве здоровья подрастающего поколения (рисунок 3.5).



**Рисунок 3.5. – Распределение обследованных детей г. Душанбе по группам здоровья (2012 г.)**

Проведенный комплексный анализ, характеризующий индивидуальное здоровье детей, дал возможность выделить критический возрастной период формирования различных морфофункциональных отклонений в состоянии их здоровья.

Итак, по результатам проведенной диспансеризации выявлено, что наибольшее количество здоровых детей отмечалось на первом году жизни (42,61%), более половины детей данной возрастной категории относились ко II группе (51,32%) и 6,07% - к III-V группам здоровья (рисунок 3.6).



**Рисунок 3.6. – Возрастная динамика распределения детей по группам здоровья (%)**

Установлен тот факт, что к завершению периода раннего развития, т.е. к 3 годам, продолжается процесс неблагоприятной динамики, заключающийся в уменьшении числа детей I группы здоровья (29,24%), в то время, когда имеет место рост численности детей, у которых определено наличие морфофункциональных отклонений (65,18%) и неизменным остается только число детей с хронической патологией (5,58%).

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

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

В результате диспансеризации было выявлено, что 92% детей в возрасте от 0 до 18 лет имеют нормальные параметры физического развития. У 8% осмотренных детей выявлены отклонения в показателях физического развития: у 4,3% отмечен дефицит, 2,1% - избыток массы тела, 1,6% - низкий рост.

Показатели ФР юношей призывного возраста вызывали тревогу, так как среди них отмечался дефицит массы тела в 6,16%. Отмеченная тенденция снижения данного показателя свидетельствует о том, что в последние годы стало уделяться более серьезное внимание вопросам здоровья юношей.

Показатель общей заболеваемости детей всех возрастных групп составляет 32865,16 на 100000 детского населения.

На состояние здоровья детей особого влияния факт проживания в семье или посещения дошкольного образовательного учреждения не оказывал, более половины детей были здоровы: в семьях - 53%, в детских садах - 54,77%.

Проведенная диспансеризация детей дала возможность уточнить наиболее адаптированный показатель часто и длительно болеющих детей, было выявлено, что их число составляет 6,06% случаев. Более высокие цифры – 9,63% - имели место среди девочек в возрасте 4-х лет, а у мальчиков - 10,64%.

Отмечались отличия в состоянии здоровья детей в зависимости от типа учебного заведения: патология выявлена у 59,24% детей, обучающихся в общеобразовательных учреждениях (школы, лицеи и пр.), 49,79% - в учреждениях начального или среднего профессионального образования.

По результатам проведенной диспансеризации была определена структура болезней детей от 0 до 18 лет.

Как видно из рисунка, ведущей патологией среди осмотренных детей являются болезни органов дыхания (рисунок 3.7).





**Рисунок 3.7. – Структура выявленных болезней у детей от 0 до 18 лет**

В результате проведенной диспансеризации среди всех осмотренных детей доля с впервые выявленной и взятой на учет патологией составила 22% от всей группы больных, поставленных на диспансерный учет с данным заболеванием.

Лидирующее место среди впервые выявленной патологии занимают болезни крови и кроветворных органов - 32%, далее следуют болезни эндокринной системы - 31%, в основном за счет болезней щитовидной железы (34%) и ожирения (25%), болезни костно-мышечной системы - 26,5%, органов пищеварения - 24,7%.

Впервые поставленных на диспансерный учёт детей с патологией ЖКТ, новообразованиями, атопическим дерматитом и мочекаменной болезнью стало в 1,5 раза, а с ревматическими болезнями сердца в 2 раза больше, чем до проведения диспансеризации.

Установлено, что 51,8% детей нуждаются в лечебно-профилактических мероприятиях в условиях ПМСП, а лечебно-коррекционные мероприятия в условиях стационара необходимы 10,74% детям. В условиях санатория в проведении лечебно-коррекционных мероприятиях нуждаются 15,9% детей. С возрастом к 15-17 годам потребность в этих услугах увеличивается до 19,53%.

Таким образом, диспансеризация позволила сформировать необходимую базу по оценке состояния здоровья детей, тогда как результаты наблюдения составили основу для планирования развития материально-технической базы сектора здравоохранения. Итог данной работы даст возможность на государственном уровне сформировать основу для адекватного финансирования лечебной, профилактической, реабилитационной и оздоровительной работы, что позволит предоставить высокотехнологичную помощь детскому населению.

## **Глава 4.**

### **Комплексная оценка состояния здоровья, медико-социальной характеристики и качества жизни детей раннего и дошкольного возраста г. Душанбе**

Для любого государства наиболее приоритетной задачей была и остается охрана здоровья детей и подростков, её рассматривают как фактор национальной безопасности [21, 255].

Эффективность оказания медицинской помощи детям является ключевым показателем благополучия общества. Именно поэтому немаловажной представляется проблема сохранения и укрепления здоровья детей раннего и дошкольного возрастов, т.к. две трети заболеваемости (67,9%) приходится на детей в возрасте от 0 до 7 лет, причем большая её часть встречается у детей дошкольного возраста (35%). Ввиду того, что состояние здоровья данного контингента детей определяется влиянием множества социально-гигиенических и медико-биологических факторов, изучение воздействия данных факторов на детский организм является особенно актуальным [5, 28, 56, 75, 78, 81, 115, 184, 198, 281].

#### **4.1. Медико-социальная характеристика детей раннего и дошкольного возраста**

Образ жизни и социальное окружение человека во многом определяют его здоровье в будущем. Для оценки определения влияния комплекса биологических и медико-социальных факторов риска на становление здоровья детей были обследованы 724 ребенка. Из их числа дети раннего возраста составили 315 (43,5%) и 409 (56,5%) были дети дошкольного возраста, из них мальчиков было 58% и 42% - девочек.

Оценка социального статуса показала, что там, где воспитываются дети раннего и дошкольного возрастов, более чем в 3/4 (93,7%) случаев семьи были полными и только в 6,3% мать воспитывала ребенка одна.

Оценка состава семьи показала, что 39,1% детей родились от второй беременности, 29,6% от первой, каждый пятый – 17,4% - ребенок родился от третьей беременности, от четвертой и последующей – 13,9%. Каждая третья (34,7%) семья имела ребенка и раннего, и дошкольного возрастов.

Среди матерей обследованных детей были женщины различных возрастных категорий: 8,6% составили юные – 16-18 лет; от 19 до 34 лет – 62,4%; 20% - от 34 до 40 лет и 9% - старше 41 года.

В процессе исследования выявлено, что единственным ребенком в семье был каждый третий ребенок (32,2%). Численный состав семей выглядел следующим образом: 40% имели двоих детей, 17,4% - троих и в 10,4% случаях детей было четверо и более.

Образование родителей было на достаточно высоком уровне. Так, 34,7% матерей и 57% отцов имели высшее образование, 19,2% матерей и 10,4% отцов получили средне-специальное образование, в остальных случаях родители имели среднее (35,7% матерей и 19,1% отцов) и неполное среднее образование (10,4% матерей и 3,5% отцов).

Трудовая занятость родителей была неполной, работу имели 33% матерей и 96,5% отцов. 22,6% матерей являлись служащими, 10,4% - рабочими и 2/3 из них (67%) не имели дохода (домохозяйки, учащиеся и безработные). Число отцов, занятых предпринимательством, составило 35,7%, немного меньше было служащих 33% и 27,8% - рабочих.

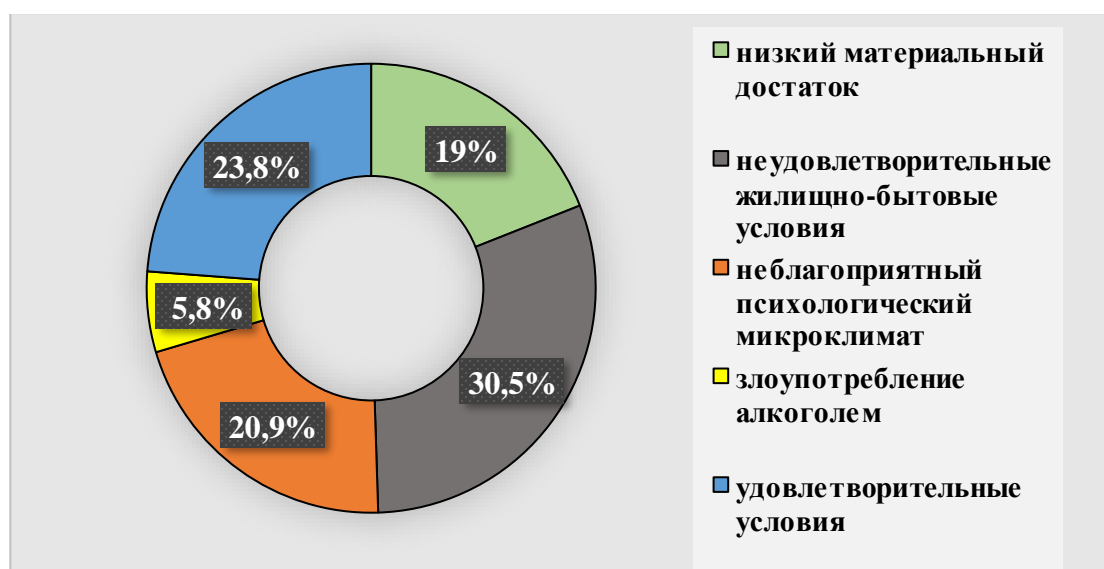
В ходе опроса родителей было выяснено, что в 86,4% семьях основные функции по уходу за детьми возлагались на матерей, хотя в составе семьи были и мужчины, но в большинстве случаев они вынуждены были выезжать на заработки за границу, чаще в Российскую Федерацию, в качестве трудовых мигрантов.

Представляло интерес получение более конкретной картины о социальных и материально-бытовых условиях жизни семей, воспитывающих детей раннего и дошкольного возраста. Для этих целей были определены: статус типа жилья – (наличие собственного благоустроенного жилья или отдельной комнаты для

ребенка), материальная обеспеченность семьи – оценивали по уровню среднемесячного дохода на одного члена семьи, также дана оценка психологического статуса семьи и наличию вредных привычек у родителей.

Проживание на съемной квартире, общежитии, с родственниками, где имела место большая «скученность» людей, были определены как неблагоприятные материально-бытовые факторы, кроме этого, к ним было отнесено экономическое благосостояние семьи, соответствующее ниже прожиточного минимума. В качестве неблагоприятных социальных показателей учитывались неблагоприятный микроклимат в семье и наличие вредных привычек, в частности, злоупотребление алкоголем.

Итак, с учетом вышеизложенного, семьи, воспитывающие детей раннего и дошкольного возраста, были распределены на группы с удовлетворительными и неудовлетворительными материально-бытовыми и социальными показателями (рисунок 4.1).



**Рисунок 4.1. – Распределение семей обследованных детей по уровню материально-бытовых и социальных показателей**

Ведущее место среди обследуемых, согласно полученным данным, занимают семьи с неудовлетворительными показателями жилищно-бытовых условий (30,5%). Из них 88,5% семей жили с родственниками и 11,5% снимали

квартиру, где отмечалась большая скученность и, как следствие этого, дети своей отдельной комнаты не имели.

Далее по частоте встречаемости неудовлетворительных социальных показателей были семьи с неблагополучным психологическим микроклиматом. Так, в каждой пятой семье (20,9%) семейные отношения были конфликтными, где имели место рукоприкладство и ссоры. Оценивая время, которое родители проводят с детьми, было установлено, что всего лишь 38% родителей проводят достаточно времени с ребенком, в то же время остальные родители отметили, что на общение и прогулки отводят мало времени по причине того, что большее время заняты на работе или по хозяйству.

Следует отметить, что более половина матерей (52%) не уделяют достаточного внимания воспитанию детей более старшего возраста, не достаточно прививают им элементарные санитарно-гигиенические навыки (мытью рук после туалета, использования для питья некипяченой воды или использования ее из открытых источников). У данной группы детей недостаточно развивающих игрушек, книг и других средств, используемых для развития ребенка.

Далее, по результатам опроса, следуют семьи с низким материальным достатком (19%). Семьи, в которых были установлены случаи злоупотребления алкоголем хотя бы одним из родителей, встречались в 5,8% случаев.

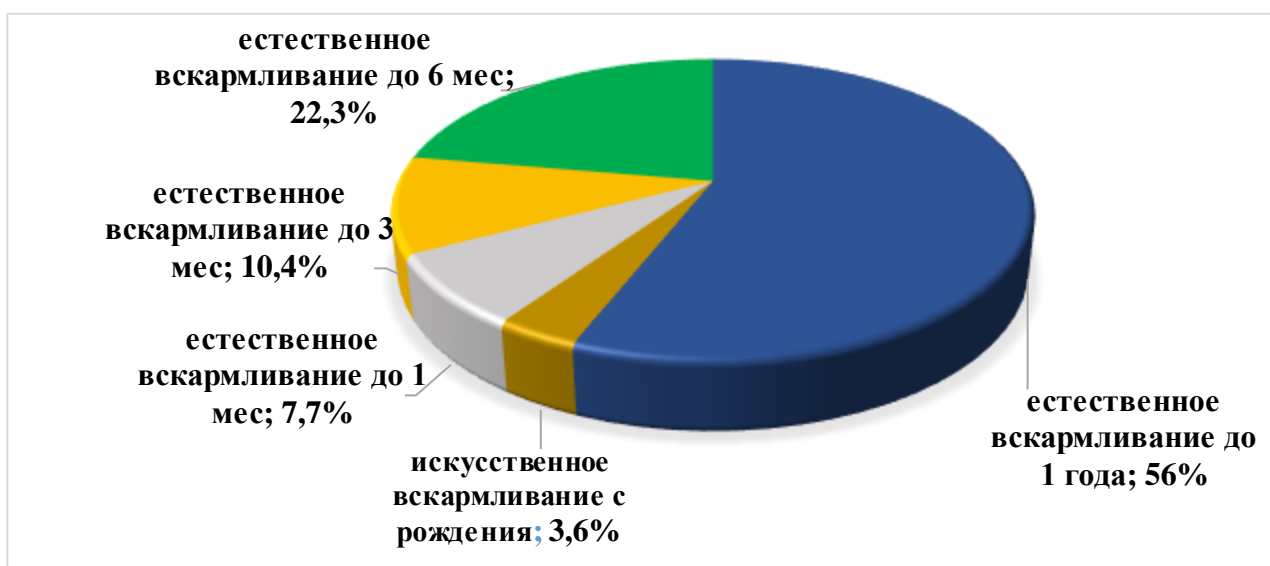
Наличие одного из выше перечисленных неблагоприятных показателей имели 33% семей, в 27% случаев встречалось сочетание двух негативных показателей и реже всего встречалось сочетание трех (12,4%) и четырех (3,8%) показателей.

Как видно из рисунка, семьи, имеющие удовлетворительные материально-бытовые и социальные условия жизни, занимали второе место среди опрошенных и составляли почти четверть случаев – 23,8%.

В результате опроса было выявлено, что 43,5% семей проживали в отдельной квартире, 26% имели собственный дом. 79,1% родителей, отметили спокойные доброжелательные взаимоотношения в подавляющем большинстве

случаев. Более половины родителей – 60% - обследованных детей указали на отсутствие вредных привычек. Хотя в 34,2% случаев выявлено табакокурение одним из родителей.

Подавляющее большинство матерей (96,4%) указали на факт нахождения детей первого года жизни на естественном вскармливании. Более половины из них продолжали грудное вскармливание до 1 года (56%), только до шести месяцев каждый пятый ребенок – 22,3%, до трех месяцев жизни – 10,4% и до одного месяца жизни – всего 7,7% детей (рисунок 4.2).

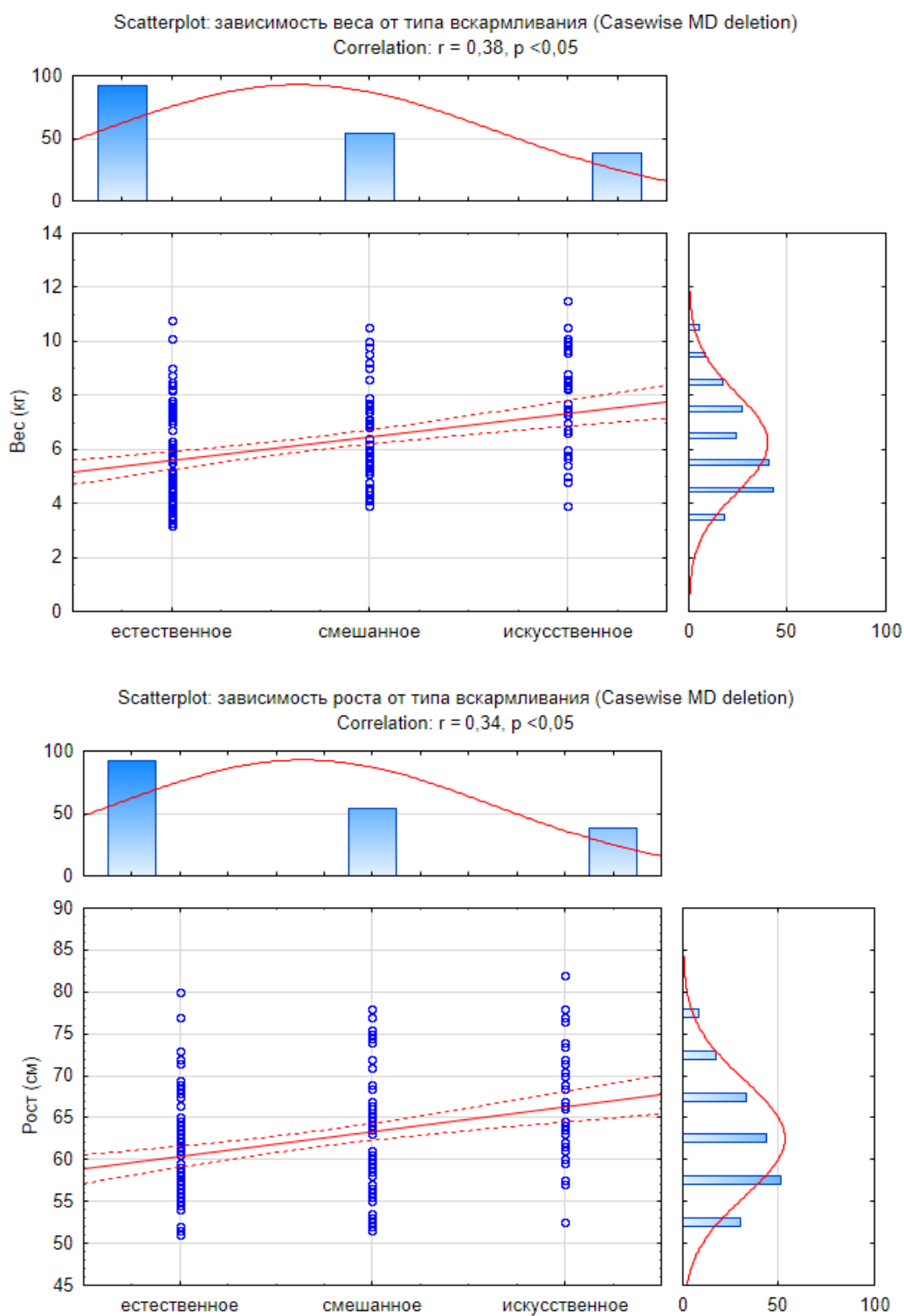


**Рисунок 4.2. – Характер вскармливания обследованных детей**

Хотелось бы отметить, что только треть из обследованных детей (36,4%) находилась на исключительно грудном вскармливании до 6 месяцев жизни.

Искусственное вскармливание с момента рождения получали 3,6% детей. К годовалому возрасту грудное молоко получали больше половины детей (56%), на смешанном вскармливании находились 24,8% и почти каждый пятый ребенок (19,2%) – на искусственном. На втором году жизни грудное вскармливание сохранялось почти у каждого четвертого ребенка (23,4%).

В результате проведенного анализа была выявлена прямая взаимосвязь весо-ростовых показателей обследованных детей от типа вскармливания, что свидетельствует о преимуществе грудного вскармливания (рисунок 4.3).



**Рисунок 4.3. – Взаимосвязь весо-ростовых показателей обследованных детей от типа вскармливания**

В рекомендуемые сроки (6 мес.) первый прикорм был введен детям в 57,4% случаев, до 6 месяцев – 24,3%, после семи месяцев – 18,3%. Разнообразие вводимого прикорма соответствовало рекомендуемому всего лишь в четверти



случаев (24,3%). Хотя, согласно анкетированию родителей, питание детей характеризовалось как регулярное, полноценное, соответствующее возрасту в 81,4% случаев, а в 18,6% - рацион считался однообразным.

Рост и развитие ребенка в последующие этапы развития в значительной степени зависят от характера питания. Проведенный анализ режима и качества питания детей дошкольного возраста показал разнообразие продуктов питания (таблица 4.1).

**Таблица 4.1. – Продукты, входящие в рацион питания детей дошкольного возраста**

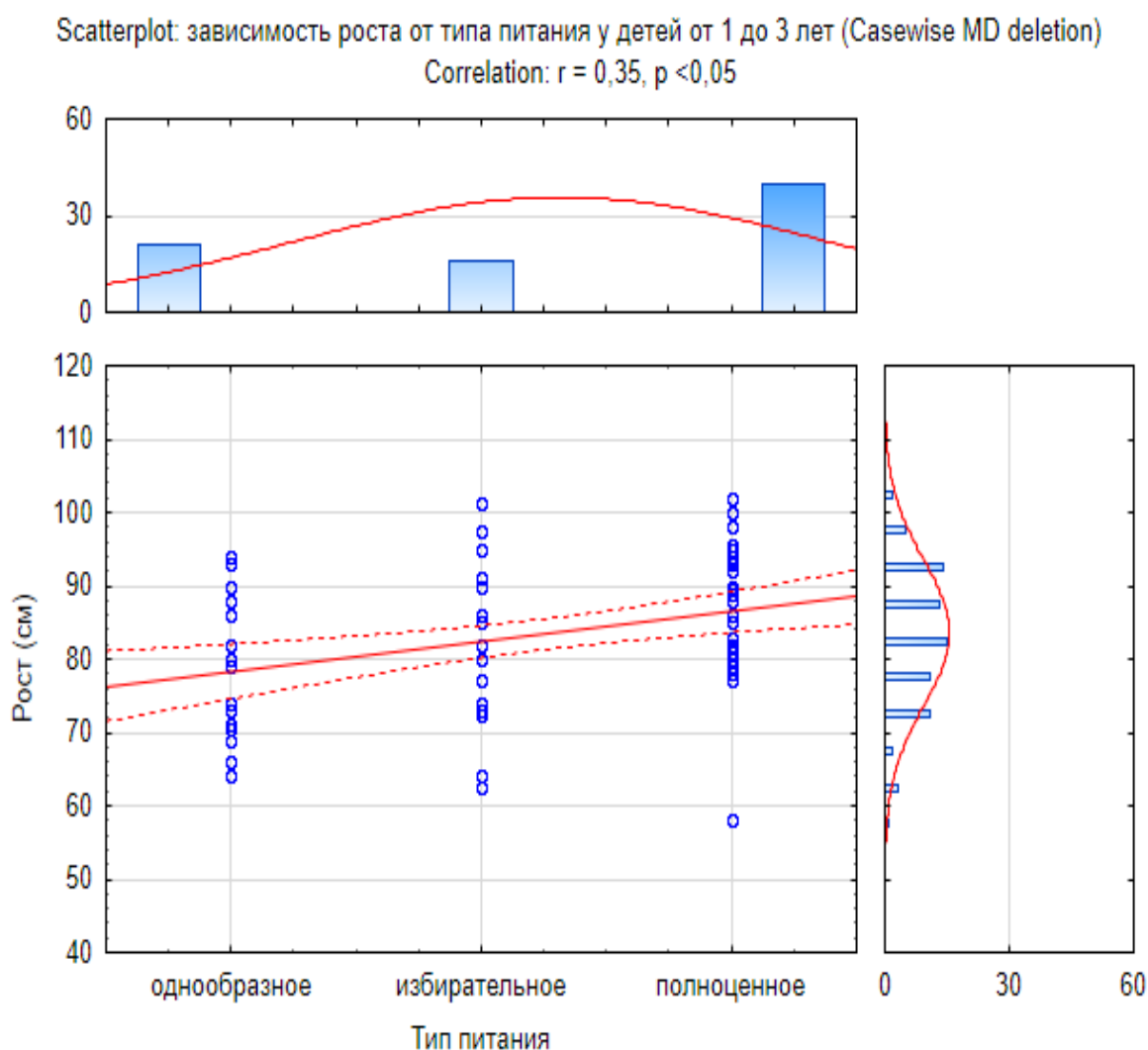
Наименование продукта	Частота потребления продуктов питания (%)			
	Ежедневно	Несколько раз в неделю	Несколько раз в месяц	Реже одного раза в месяц
Мясо и мясные продукты	47,2	31,3	11,3	10,2
Рыба и рыбопродукты	-	24,2	35,6	40,2
Молоко и молочные продукты	54,8	35,3	8,5	1,4
Яйца	53,5	36,7	9,8	-
Сливочное масло	42,2	24,4	29,5	3,9
Овощи и фрукты	62	35,2	2,8	-
Макароны, крупы	50,7	36,6	11,3	1,4

Необходимый регламент и режим питания в большинстве случаев соблюдался в связи с тем, что большинство из них посещали детские сады и ясли.

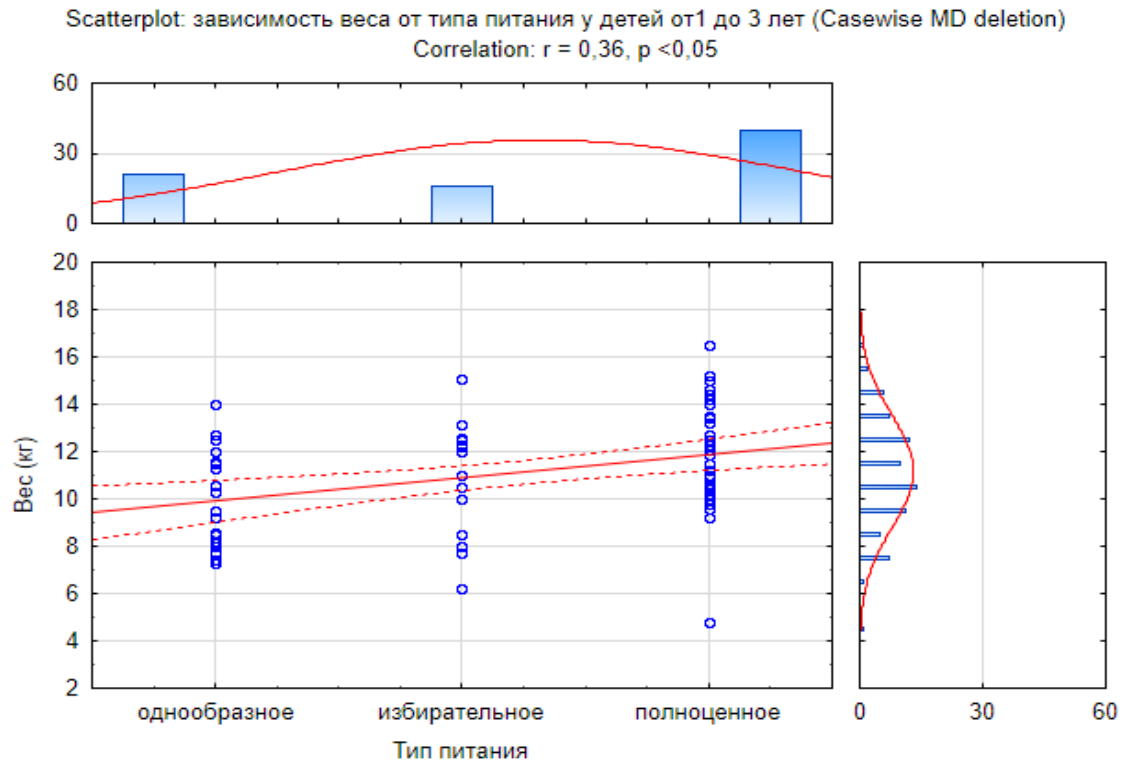
Так, 71,4% детей питались 4 и более раз в день, каждый четвертый ребенок 3 раза в день получал пищу (26,8%) и только в 1,8% случаев – 2 раза в день. По данным анкетирования родителей, ежедневный рацион питания почти каждого второго ребенка состоял из мяса, молочных продуктов, яиц, каш, овощей и фруктов, но блюда из рыб и рыбопродуктов в меню включались несколько раз в неделю только у четверти обследованных детей.

Достаточно значительное число семей 82,6% указали на тот факт, что питание детей организовано на регулярном уровне и полноценно. Нерегулярный прием пищи и/или однообразный рацион выявлен у 17,4% обследованных детей.

Также была установлена прямая зависимость весо-ростовых показателей этих детей от рациона и характера питания. Итак, дети, находившиеся на полноценном и рациональном питании, имели нормальные показатели физического развития в раннем возрасте (рисунок 4.4).

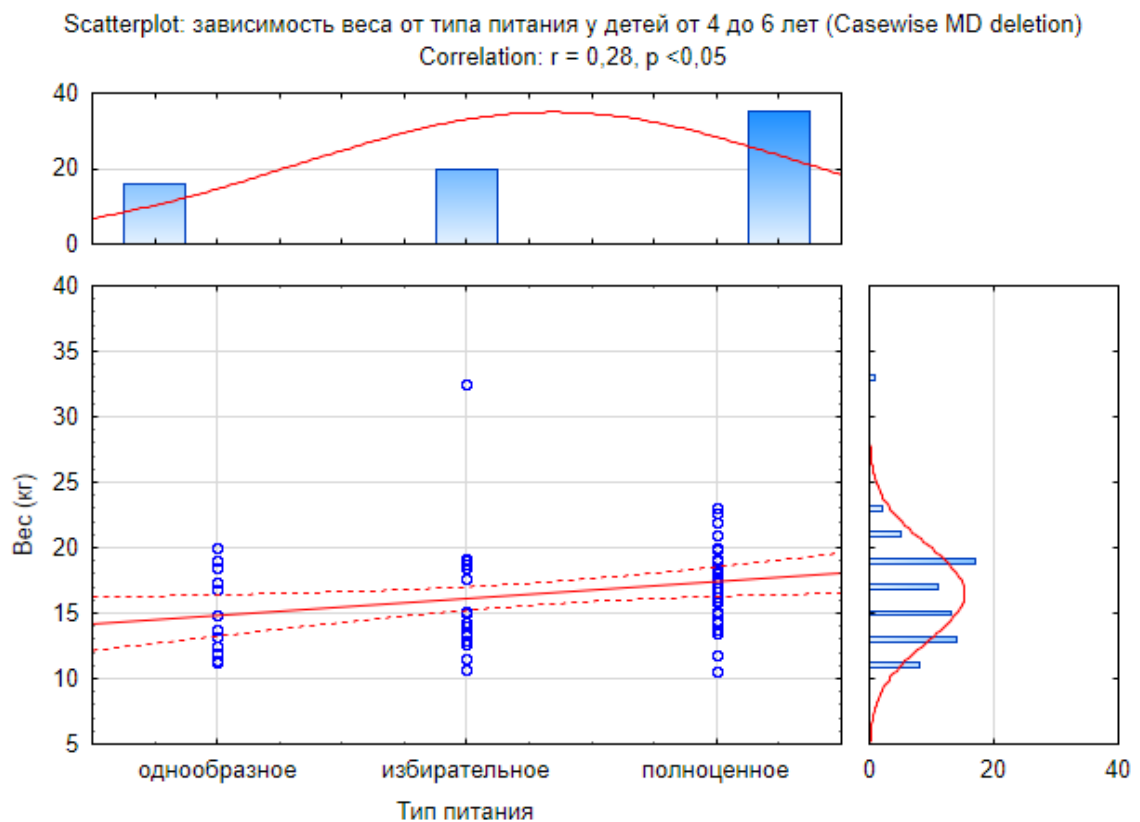


## Продолжение рисунка 4.4.

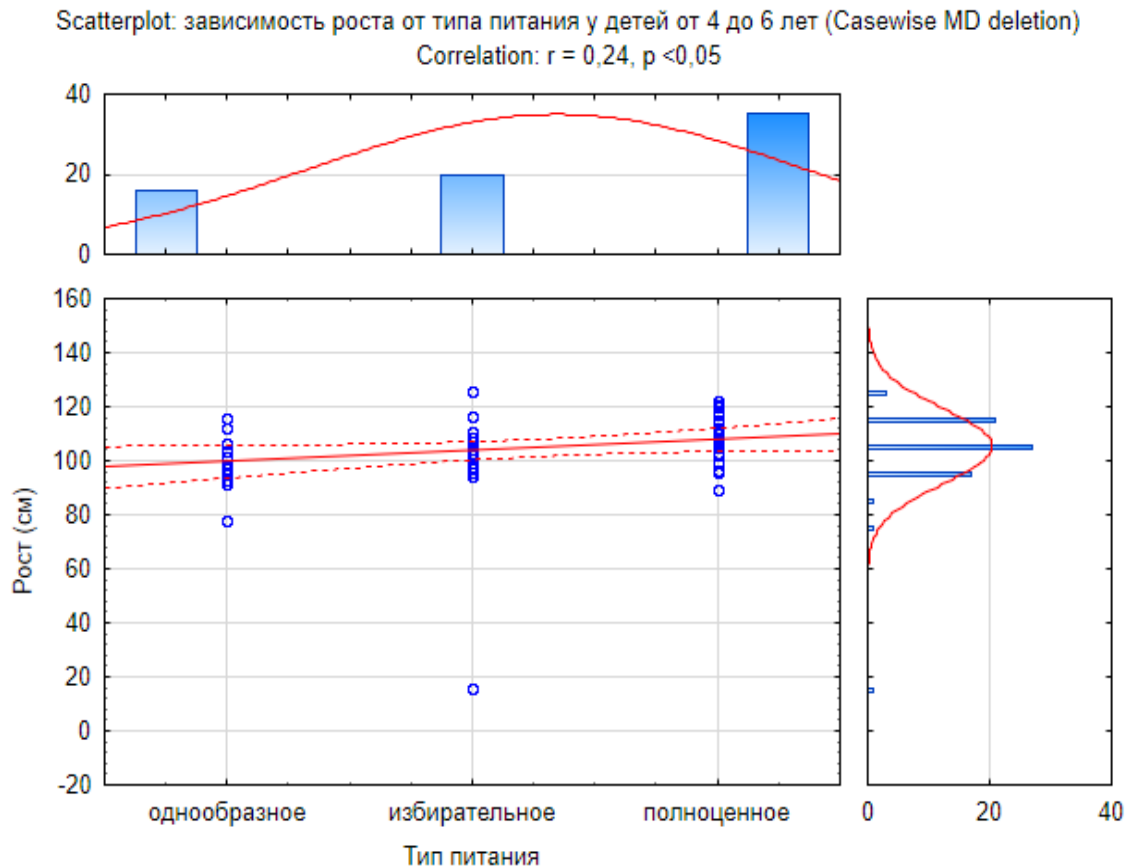


**Рисунок 4.4. - Взаимосвязь весо-ростовых показателей детей раннего возраста от рациона и характера вскармливания**

Данная тенденция сохранялась и в дошкольном периоде (рисунок 4.5).



## Продолжение рисунка 4.5.



**Рисунок 4.5. – Взаимосвязь весо-ростовых показателей детей дошкольного возраста от рациона и характера вскармливания**

Оценка статуса питания семей показала, что недостаточно и нерегулярно потребляют мясомолочные продукты - мясо (10,2%), рыбу (40,2%), сливочное масло (3,9%), молочные продукты (творог, сыр, сметана – 1,4%), из зерновых продуктов - макаронные изделия и различные крупы (гречка, овсянка, пшено, ячневая крупа – 1,4%). Неполноценность и нерегулярность приема полноценного питания оказывает существенное влияние на нормальный рост и развитие детского организма.

В результате опроса родителей было выявлено, что только каждый третий ребенок (34,7%) дополнительно посещает различные кружки (рисование, танцы, балет) и дополнительные занятия (подготовка к школе, рисование, робототехника), всего лишь 14,6% детей занимаются спортом (плавание, каратэ, легкая атлетика, шахматы). 21,2% матерей высказывали свою обеспокоенность

занятиями детей компьютерными играми и чрезмерным просмотром телевизора, что сказывалось на состоянии их здоровья (нервозность, психозы, нарушение зрения).

Общеизвестно, что отношение к своему здоровью, медицинская активность формируются с детства. Под медицинской активностью семьи подразумевается характер поведения родителей в период заболевания ребенка, т.е. своевременность обращения за медицинской помощью и комплаентность.

Итак, анализ медицинской активности показал на достаточно высокую профилактическую активность родителей – 73% своевременно посещали центры здоровья для проведения профилактических прививок своим детям согласно национальному профилактическому календарю.

Более 42% опрошенных матерей говорили, что их дети перенесли за последние 3 месяца жизни какое-либо заболевание, а в некоторых случаях и не одно.

В ходе анкетирования было выявлено, что в случае заболевания у ребенка 57,8% семей обращались за медицинской помощью в городские центры здоровья или в частные медицинские центры на начальном этапе заболевания. 32,2% семей обратились за медицинской помощью на 2 или 3 сутки от начала заболевания, только в тех случаях, когда состояние ребенка продолжало ухудшаться. При этом большинство из них не знают, как оценивать болезнь их детей, в результате чего медлят с решением, когда и куда обратиться к врачу, как лечить и как кормить ребенка при заболевании.

При опросе каждый второй родитель указывает на то, что выполняет назначения врача частично (53,2%). Необходимо отметить, что 10% семей практически не обращались за врачебной помощью, занимались «самолечением», нередко применяя при этом антибиотики и противовирусные препараты.

В результате опроса большинство семей считают, что состояние здоровья ребенка зависит от самих родителей (63,5%), медицинские работники в 31,8%

случаях оказывают влияние на здоровье детей и всего лишь 4,7% приходится на наследственность.

Таким образом, медико-социальная характеристика исследуемой выборки была представлена детьми в возрасте от 0 до 6 лет, родившихся в большинстве случаев в полных, не многодетных семьях, у женщин детородного возраста (20 - 34 лет), имеющих, зачастую, высшее или средне специальное образование.

Анализируя совокупность влияния негативных факторов риска, получено представление о влиянии социальных и материально-бытовых условий жизни семей, воспитывающих детей раннего и дошкольного возрастов. Наиболее неблагоприятными из них оказались неудовлетворительные показатели жилищно-бытовых условий - каждый третий ребенок проживал на съёмной квартире с высокой скученностью, с ограниченным отоплением комнат в зимнее время, не имея отдельной комнаты, кровати. Низкий материальный достаток семьи, отсутствие санитарно-гигиенических навыков относительно использования питьевой воды и пользования туалетом способствовали росту заболеваний у детей.

Каждый пятый ребенок из исследуемой группы проживал в неблагополучном психологическом микроклимате (частые семейные конфликты), где детям в большинстве случаев не уделялось достаточного внимания и времени на уход, воспитание и достаточную заботу со стороны родителей из-за занятости их по хозяйству или на работе.

Вместе с тем, следует отметить достаточно высокую профилактическую активность родителей в проведении профилактических прививок. За последние годы выросла частота своевременного обращения родителей за медицинской помощью в случаях заболеваемости их детей, хотя процент «самолечения» или позднего обращения остается достаточно высоким.

Несмотря на то, что большинство обследуемых детей получали до года грудное молоко, каждый четвертый ребенок оставался на смешанном и каждый пятый – на искусственном вскармливании, попадая при этом в группу риска по развитию кишечной инфекции, в основном в жаркое время года.

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

Установлена прямая взаимосвязь показателей физического развития от типа и характера вскармливания как в раннем, так и в дошкольном периодах детства.

В более половине семей недостаточно внимания уделяется спортивным мероприятиям и, соответственно, процедурам закаливания, а также дополнительным занятиям, несущим развивающий характер. Избыточное увлечение детей компьютерными играми и чрезмерным просмотром телевизора способствуют развитию раздражительности у детей, гиподинамии, задержке развития, а также пагубно влияют на орган зрения ребенка.

#### **4.2. Состояние здоровья детей раннего и дошкольного возраста**

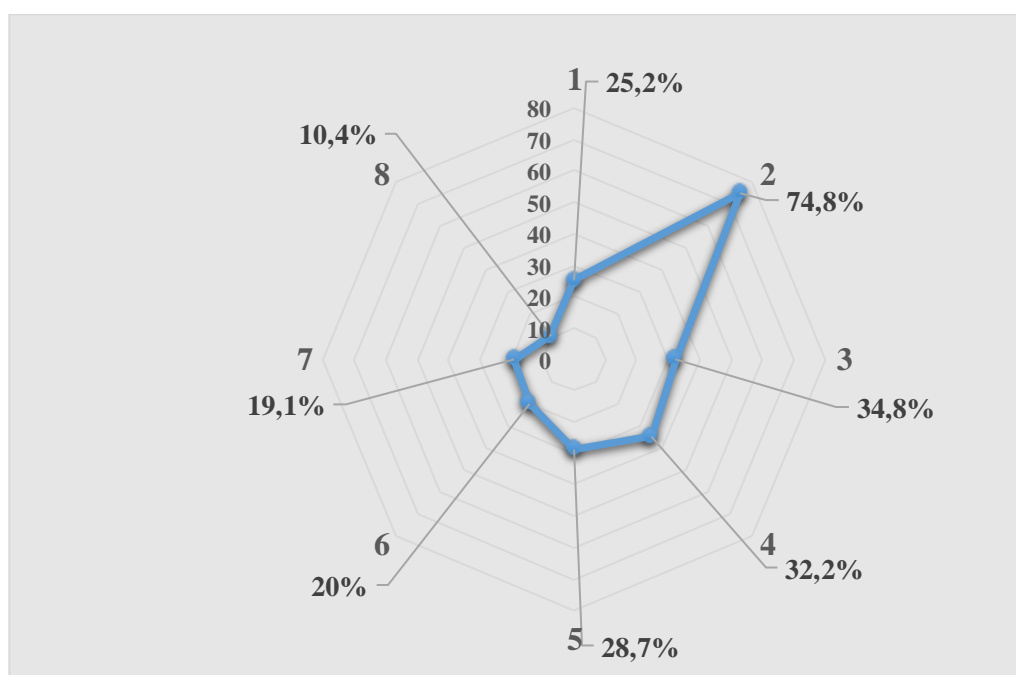
Общеизвестно, что на процессы формирования роста и развития детей непосредственное негативное влияние оказывают неблагоприятные наследственно-биологические факторы.

Соответственно, для того, чтобы оценить состояние здоровья ребенка, необходимо углубленное изучение непосредственного влияния различных медико-биологических факторов антенатального, интра- и перинатального периодов [3, 7, 10, 13, 14, 15, 66, 85, 95, 98, 119, 149, 154].

Учитывая значимое влияние вышеизложенных факторов на формирование здоровья, нами был проведен анализ материнского анамнеза, особенностей течения беременности и родов матерей обследованных детей.

Анализ заболеваемости женщин исследуемой группы показал, что только четверть обследованных женщин были здоровыми (25,2%). У большей части женщин наблюдалась экстрагенитальная патология (74,8%), ведущее место среди которой занимала патология эндокринной системы – 34,8% (заболевания щитовидной железы, сахарный диабет) и несколько меньше – патология

сердечно-сосудистой системы (32,2%). У каждой четвертой матери встречалась патология мочеполовой системы (28,7% - пиелонефрит, цистит и др.), у каждой пятой – патология дыхательной (20% - бронхит, пневмония) и пищеварительной (19,1% - гастрит, панкреатит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки) систем. Каждая третья обследуемая женщина (33,2%) имела сочетание 2-х и более нозологических форм. У 10,4% женщин отмечалось наличие различной хронической патологии (рисунок 4.6).



1 – здоровые матери; 2 – наличие какого-либо заболевания; 3 – патология эндокринной системы; 4 – патология сердечно-сосудистой системы; 5 – патология мочеполовой системы; 6 – патология дыхательной системы; 7 – патология органов пищеварительной системы; 8 – наличие хронических заболеваний.

**Рисунок 4.6. – Особенности материнского анамнеза обследованных детей**

Однозначно, что при условии, если состояние здоровья матери во время беременности имело какие-либо отклонения, то вероятность того, что это может негативно повлиять на течение и характер беременности и родов, высока. Так, токсикоз первой половины осложнил течение беременности у 31,7% женщин. По поводу гестоза второй половины беременности наблюдались 22,4% женщин (нефропатия отмечалась почти у каждой третьей из них – 32,4% и в 9,4% случаев – преэклампсия). У 41% обследуемых матерей



течение беременности осложнилось угрозой ее прерывания. Хочется отметить, что почти в половине случаев (46,3%) эти женщины получали стационарное лечение во время беременности (рисунок 4.7).



**Рисунок 4.7. – Состояние здоровья и особенности течения беременности матерей обследованных детей**

Результаты проведенного анализа показали, что данная беременность протекала на фоне разнообразной соматической патологии, среди которой превалировала анемия беременных – 62,4%, заболевания почек и мочевого пузыря – 32,7%, эндокринная патология – 24,8%. Дефицит массы тела отмечался у 16,2% матерей. Следует отметить, что у каждой третьей беременной (34,2%) имело место сочетание 2-х и более нозологических форм экстрагенитальной патологии.

Гинекологические заболевания отмечались в 25,4% случаев.

Необходимо отметить высокий инфекционный индекс во время беременности, который составлял 40,3% случаев (из них: ОРВИ – 93,5% брюшной тиф и гепатит – 6,5%).

Обострение хронических заболеваний во время беременности отмечалось у каждой третьей матери и составляло 34,2% случаев.

Следует отметить, что каждая вторая женщина (57,8%) в период беременности применяла лекарственные препараты, из них 20,8% принимали антибиотики без назначения врача, т.е. занимались «самолечением».

Нормальное течение беременности отмечалось в 24% случаев.

Интранатальный период является очень важным и ответственным этапом в формировании здоровья ребенка. Нормальное течение родов отмечено в 61,8% случаев. Нередко данный период характеризовался патологическим течением (38,2%): быстрое течение родов (29,6%), дискоординация родовой деятельности (32,8%), преждевременная отслойка плаценты (7,5%), несвоевременное отхождение околоплодных вод (19,4%), применение акушерских пособий (7,3% - стимуляция родовой деятельности, наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция) и оперативное вмешательство (3,4%).

Все обследуемые дети родились в срок. Более 2/3 из них родились здоровыми, оценку по шкале Апгар 8 – 10 баллов из них имели 76,4% новорожденных. Каждый четвертый ребенок из обследуемой группы детей (28,5%) родился в асфиксии легкой и средней степеней тяжести (5 – 7 баллов), всего 4,9% - в тяжелой асфиксии (3 – 4 баллов). Показатели роста и массы у большинства детей были в пределах нормы. Так, масса тела у мальчиков была равна –  $3400 \pm 0,72$  гр., у девочек –  $3154 \pm 0,53$  гр., длина тела мальчиков –  $51,4 \pm 0,22$  см, девочек –  $51,0 \pm 0,14$  см, окружность грудной клетки –  $34,0 \pm 0,24$  см и  $32,8 \pm 0,18$  см и окружность головы  $35,5 \pm 0,15$  см и  $34,2 \pm 0,12$  см соответственно.

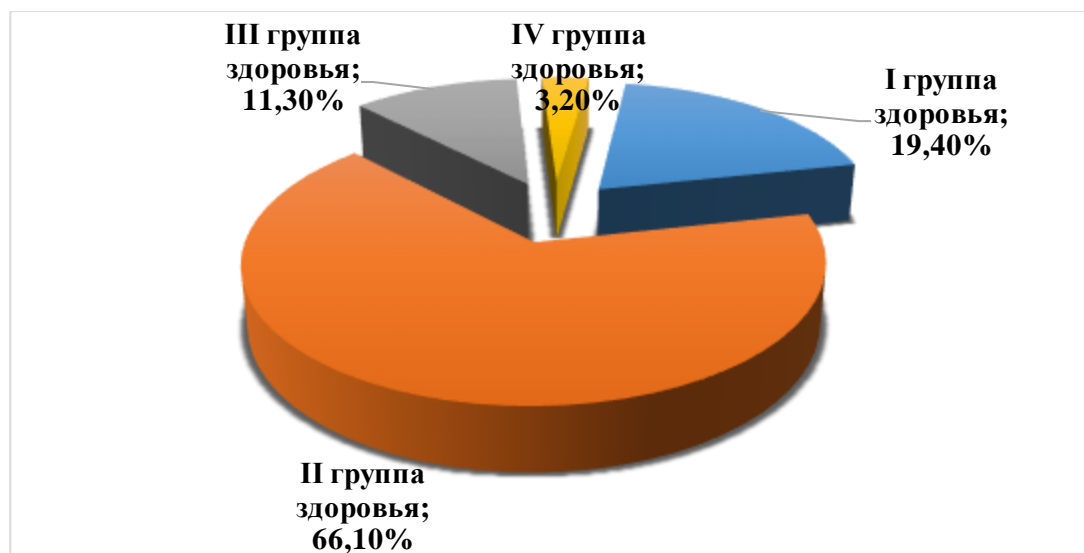
В периоде новорожденности у половины детей (47,7%) была отмечена патология центральной нервной системы (гипоксически-ишемические энцефалопатии различной степени тяжести), в 10,2% случаев отмечалась родовая травма (кефалогематомы, родовая опухоль, перелом ключицы), признаки внутриутробного инфицирования отмечались в 28,7% случаев (представленная цитомегаловирусной, герпетической инфекцией, микстинфекцией, реализовавшиеся в виде локальных и генерализованных форм). Задержка внутриутробного роста и развития имелась у каждого четвертого ребенка (24,8%) с преобладанием диспластических вариантов развития.

Настораживает достаточно высокий процент выявленной врожденной патологии – 10,2% (врожденные пороки сердца, атрезия ануса, атрезия пищевода, заячья губа, врожденная патология костно-суставной системы, пупочные и паховые грыжи).

Достаточно высоким оказался процент детей, нуждающихся во втором этапе выхаживания – 13% новорожденных.

Представляло большой интерес более углубленное изучение состояния здоровья этих детей в дальнейшем. Для этого была проведена доскональная оценка состояния здоровья детей указанных возрастных групп. С этой целью проводились осмотры педиатра, с обязательным включением в процесс обследования узких специалистов – окулиста, невролога, хирурга, ЛОР-врача, ортопеда, по показаниям – эндокринолога, кардиолога, аллерголога, гематолога. В итоге у каждого ребенка были проведены дополнительные лабораторно-инструментальные исследования.

По результатам углубленного осмотра все обследованные дети были распределены с учетом группы здоровья (рисунок 4.8).



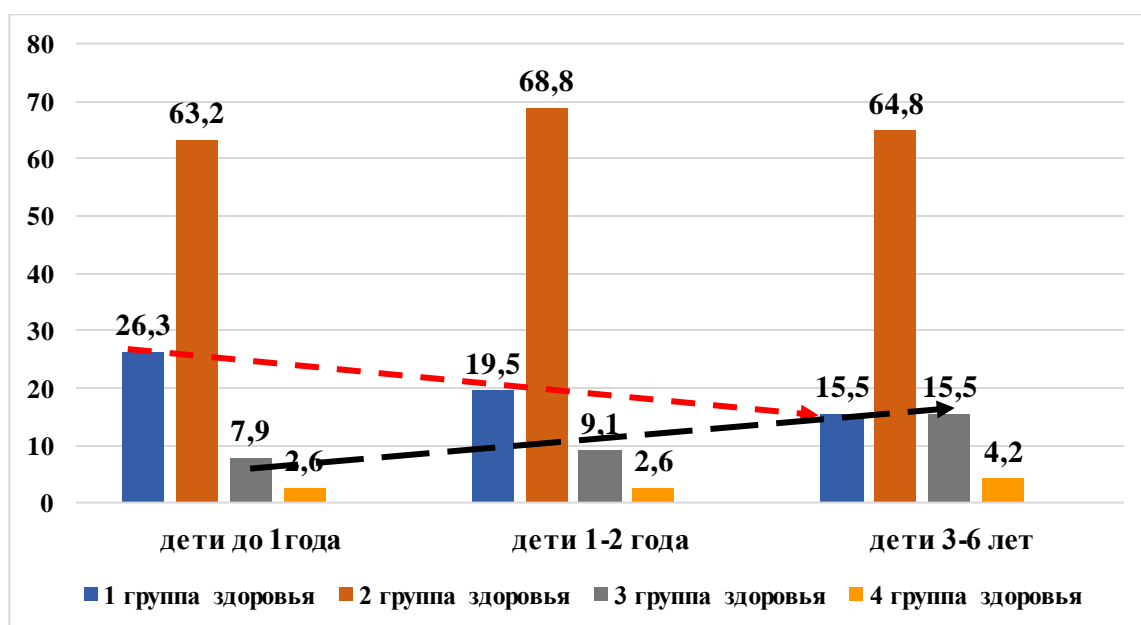
**Рисунок 4.8. – Распределение обследованных детей по группам здоровья**

Итак, на основании проведенных исследований было установлено, что среди обследованных 19,4% детей были здоровыми.

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

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

Установлено влияние возраста на распределение детей по группам здоровья, отразившее негативную тенденцию (рисунок 4.9).

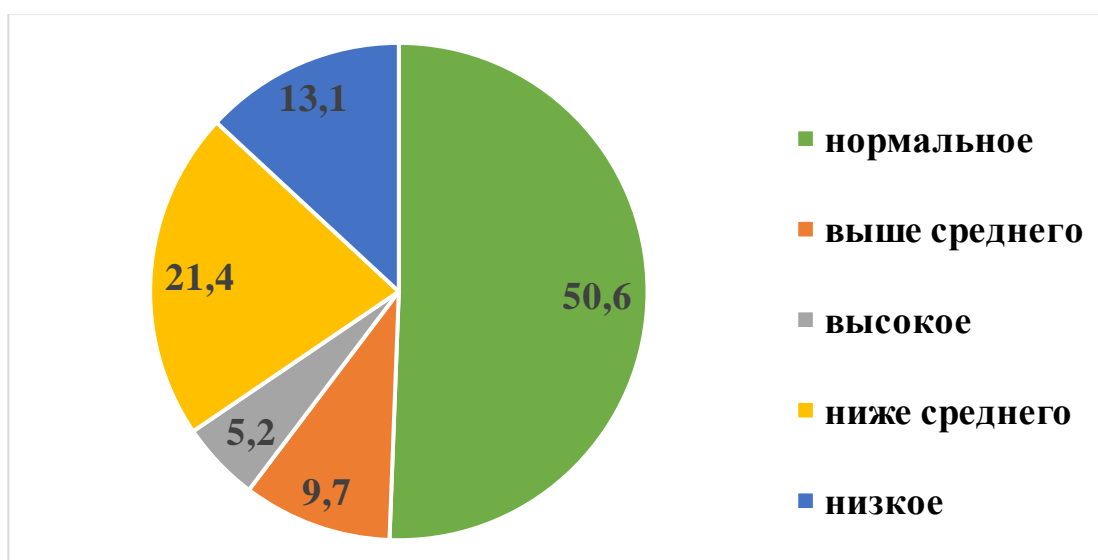


**Рисунок 4.9. – Распределение обследованных детей по группам здоровья в зависимости от возраста (%)**

Количество детей с I группой здоровья встречалось значительно чаще среди детей первого года жизни (26,3%) в сравнении с детьми более старшего возраста (дети 1-2 года - 19,5%, 3-6 лет - 15,5%,  $p < 0,05$ ). Тогда как в последующие годы жизни значительно чаще отмечался рост детей уже с III-IV

группами здоровья (до года – 10,5% и 3-6 лет – 19,7%,  $p < 0,05$ ). Количество детей, составляющих группу риска по формированию различной хронической патологии (II группа здоровья), в исследуемых группах статистически значимых различий не имело.

Анализ антропометрических данных обследованных детей показал, что каждый второй ребенок (50,6%) имел средние (нормальные) параметры физического развития. Остальные дети имели различные отклонения антропометрических показателей. Наиболее распространенное отклонение от средних параметров физического развития было направлено в сторону ниже средних (21,4%) и низких (13,1%) величин (рисунок 4.10).



**Рисунок 4.10. – Распределение обследованных детей по уровню физического развития (%)**

Оценка нервно-психического развития у 78,9% детей раннего возраста продемонстрировало соответствие календарному возрасту. 15,8% детей были определены в группу риска по задержке психомоторного развития, однако у 5,3% детей имелись явные признаки.

Увеличение возраста приводило к явной тенденции роста доли детей, у которых имело место соответствие возрасту нервно-психического развития. Первой группе развития по уровню нервно-психического развития

соответствовали 87,6% детей дошкольного возраста, у 12,4% детей выявлено отставание на один-два эпикризных срока.

Как было изложено выше, с возрастом количество здоровых детей неуклонно падает, в то же время отмечено, что число детей, страдающих хроническими заболеваниями, имеет тенденцию к росту.

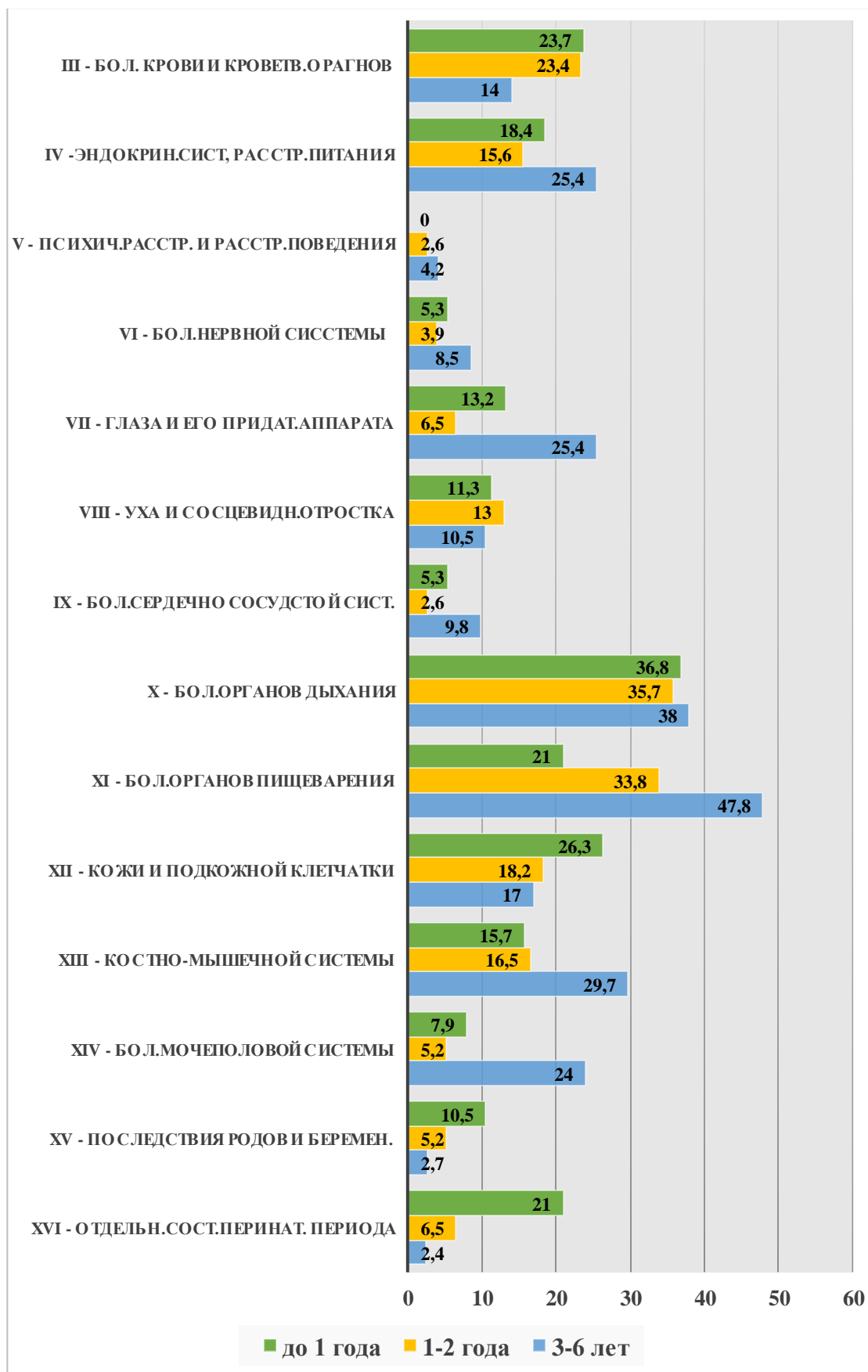
В процессе исследования проведен структурный анализ морфофункциональных отклонений и хронических заболеваний среди детей раннего и дошкольного возрастов. Выявленная патология в состоянии здоровья ребенка по классам заболеваний представлена на рисунке 4.11.

Как видно из представленного рисунка, в структуре заболеваемости детей наиболее часто отмечались заболевания органов дыхания и пищеварения. Причем, доминирующей патологией среди детей раннего возраста являются заболевания органов дыхания (до 1 года – 36,8%, 1-2 года – 35,7%). Тогда как у детей дошкольного возраста значительно чаще отмечалась патология органов пищеварения – 47,8%.

Болезни органов дыхания у обследованных детей были представлены преимущественно за счет патологии верхних дыхательных путей – 57,4% (риниты, фарингиты, гипертрофия миндалин, тонзиллиты, аденоидиты), на острые бронхиты приходилось 25,4%, пневмония отмечалась значительно реже – 17,2%.

Большой интерес представляло определение удельного веса детей, которые были чаще подвержены острым респираторным инфекциям, чем определено для среднестатистического ребенка данного возраста. Так, группу часто болеющих детей составил практически каждый третий (31,6%) ребенок от общего числа обследованных детей раннего возраста и в 43,8% случаев – дети дошкольного возраста.

У детей раннего возраста патология органов пищеварения формировалась в основном за счет дисбиоза кишечника (52,4%), энтероколитов различной этиологии (22,7%) и пупочных грыж (24,9%).



**Рисунок 4.11. – Структура заболеваемости детей раннего и дошкольного возраста (%)**

В дошкольном периоде детства значительно чаще отмечались кариес (80,4%), почти у каждого третьего ребенка был выявлен гастродуоденит (32,8%), дисфункция билиарного тракта (21,7%), функциональные нарушения желудка и кишечника (33,7%).

Ведущей причиной формирования различных болезней кожи и подкожной клетчатки у (26,3%) детей первого года жизни явились в 62,8% атопический и в 37,2% контактный аллергический дерматит.

Поводом для наблюдения за 24,8% детей первого года жизни был экссудативно-катаральный диатез. Присутствие такой фоновой патологии, как рахит, играло немаловажную роль в формировании хронической патологии в последующие годы жизни ребенка. Так, рахит у детей раннего возраста был выявлен практически у каждого третьего ребенка – 32,4%.

Причиной развития класса болезней крови и кроветворных органов в основном была анемия различной степени тяжести. Так, у детей раннего возраста она была выявлена почти у каждого четвертого ребенка (23,7%), а у детей дошкольного возраста отмечалась в 1,5 раза меньше (14%).

Достаточно частой патологией в раннем возрасте было расстройство питания (18,4%), представленное недостаточным весом – в 43,6% случаев и в 12,4% - избыточным. В дошкольном периоде заболевания эндокринной системы у детей (25,4%) были представлены в основном патологией щитовидной железы (диффузный нетоксический зоб, тиреоидиты).

Поражение центральной нервной системы у 2/3 (67,7%) детей различной степени тяжести имели гипоксический генез и относились к состояниям, возникающим в перинатальном периоде, у 24,3% выявлена неонатальная желтуха и у 8% определена инфекция, специфичная для перинатального периода.

Причиной формирования синдрома двигательных расстройств в 54,8% была патология нервной системы, внутричерепная гипертензия – 31,3%, гипертензионно-гидроцефальный синдром – 2,7% и вегето-висцеральные расстройства определены у 11,2%. У детей в более старшем возрасте данная



патология была представлена в основном астено-невротическим синдромом (18,3%), минимальной мозговой дисфункцией (9,6%), задержкой и расстройствами речи (дислалия, дизартрия, заикание – 8,5%).

Достаточно часто у обследованных детей были выявлены отклонения со стороны органа зрения. Так, в раннем возрасте у детей преимущественно отмечались воспалительные заболевания глаза и его придаточного аппарата (24,8%), косоглазие (13,8%), а у детей уже дошкольного возраста патология органа зрения была в основном представлена миопией различной степени тяжести (41,3%), нарушением аккомодации (10,8%), гиперметропией слабой степени (9,3%).

Заболевания почек и мочевыводящих путей отмечались у каждого четвертого ребенка в дошкольном периоде (24%), представленные в основном циститом, пиелонефритом, дизметаболической нефропатией. В раннем возрасте данная патология встречалась значительно реже (6,3%,  $p < 0,01$ ).

Патология костно-мышечной системы в два раза чаще встречалась среди детей дошкольного возраста в сравнении с детьми раннего возраста (29,7% и 15,7% соответственно,  $p < 0,05$ ). Данная группа заболеваний была представлена в виде дисплазии тазобедренных суставов, вальгусной установки стоп, мышечной кривошеи, нарушения осанки, плоскостопия, уплощения стопы, сколиоза.

Значительно реже у обследованных детей наблюдались болезни уха и сосцевидного отростка, которые встречались примерно с одинаковой частотой на протяжении раннего (12%) и дошкольного (10,5%) возрастов.

Врожденные аномалии развития были представлены в основном ВПС – 75,5% (ДМПП, ДМЖП, открытый артериальный проток), пороками развития мочевой системы – 11,3% (пиелэктазия), пищеварительного тракта – 3,5% (атрезия ануса, болезнь Гиршпрунга), костно-мышечной системы – 9,7% (косолапость, полидактилия, дисплазия тазобедренных суставов).

Таким образом, анализ факторов риска раннего детства выявил, что три четверти (74,8%) матерей обследованных детей имели различную

экстрагенитальную патологию, более трети (40,3%) – высокий инфекционный индекс. Период внутриутробного развития детей был осложнен более чем в половине случаев анемией различной степени тяжести (62,4%), у каждой третьей матери – угрозой прерывания беременности (41%), заболеваниями почек и мочевого пузыря (32,4%) и почти у каждой пятой – гестозами (22,4%).

Интранатальный период был осложнен более чем в трети случаев патологическим течением (38,2%). Период новорожденности протекал почти в половине случаев на фоне патологии центральной нервной системы (47,7%), каждый четвертый ребенок был с внутриутробной инфекцией (28,7%) и задержкой внутриутробного развития (24,8%).

Проведенное исследование показало, что только половина обследованных детей раннего и дошкольного возрастов имеют нормальные показатели физического развития. Тогда как физическое развитие каждого третьего ребёнка (34,5%) оценивалось как низкое и ниже среднего. Параметры физического развития, соответствующие выше нормы, имели 14,5% обследованных детей.

Доля детей, имеющих соответствующее возрасту нервно-психическое развитие, с возрастом имела тенденцию к росту (с 78,9% до 87,6%). Задержка психомоторного развития к дошкольному периоду диагностирована у 12,4% детей.

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

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

Степень резистентности организма к острым респираторным заболеваниям зависела от возраста ребенка – чем старше становился ребенок, чем чаще был подвержен острым респираторным заболеваниям. Часто и длительно болеющие дети в раннем возрасте выявлены в каждом третьем случае - 31,6%, а в дошкольном периоде – в 43,8% случаев. Возможно, это связано с длительностью грудного вскармливания детей первого года жизни и с ранней социализацией детей, в частности, посещением детских дошкольных учреждений.

Исследованием установлено, что отмечается четкая тенденция ухудшения состояния здоровья детей с четкой закономерностью формирования морфофункциональных отклонений.

Так, на первом году жизни здоровым считался каждый четвертый ребенок (26,3%). В последующие годы жизни отмечалась негативная тенденция и количество здоровых детей становилось меньше (1-3 года – 19,5% и 3-6 лет – 15,5%).

Преобладающая часть детей относилась ко II группе здоровья (66,1%). К периоду поступления в школу и, соответственно, началу увеличения умственной, эмоциональной и физической нагрузок на организм ребёнка у 64,8% детей были выявлены различные морфофункциональные отклонения, несомненно, повышающие риски формирования хронизации патологического процесса. При этом почти каждый пятый ребенок (19,7%) страдал хроническим заболеванием или врожденной патологией в стадии компенсации или субкомпенсации.

Таким образом, при регулярных динамических профилактических медицинских осмотрах с обязательным включением в рабочий процесс специалистов смежных профессий станет возможным проведение индивидуальной коррекции как основной, так и сопутствующей патологии детей ещё до поступления и/или в период пребывания ребенка в детском дошкольном учреждении.

### **4.3. Показатели качества жизни обследованных детей и влияние на него комплекса факторов**

Важной составляющей частью современной медицины является разработка и использование критериев качества жизни (КЖ).

Для оценки основных функций человека, включающих физическое, психологическое, социальное и духовное функционирование, основанное на субъективном восприятии, впервые был создан интегральный показатель.

На основании шкалы физического функционирования оценивают физический компонент КЖ ребенка - физическую активность, подвижность, утомляемость, боль, самостоятельность в быту.

Такие шкалы, как эмоциональное, социальное и ролевое функционирование, являются отражением психологического и социального компонента КЖ ребенка. Для этих целей применяются шкала эмоционального функционирования, позволяющая оценить наличие страха, чувство грусти, злости, тревоги.

Взаимоотношения со сверстниками можно оценить при помощи шкалы «социальное функционирование» (дружба, участие в играх, способность самостоятельно выполнять задания).

Ролевое функционирование представляется возможным установить по шкале жизнь в саду (когнитивные проблемы при выполнении заданий в детском саду, пропуски занятий в детском саду по болезни или необходимости посетить врача).

#### **4.3.1. Параметры качества жизни детей от 3 месяцев до 1 года**

При помощи международного опросника QUALIN был обследован 141 ребенок первого года жизни, из которых 66,2% были мальчики и 33,8% - девочки.

Указанный опросник составлен из двух частей - родительского и врачебного компонентов, которые позволяют оценить КЖ детей в возрасте от 3 месяцев до 1 года (1 блок, 33 вопроса).

Результаты оценки параметров КЖ детей по ответам родителей и педиатров, под наблюдением которых находились эти младенцы, представлены в таблице 4.2.

**Таблица 4.2. – Параметры КЖ детей 3 месяцев – 1 года (по ответам родителей и педиатров)**

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

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

Как видно из таблицы, почти по всем шкалам КЖ были получены достаточно значимые различия в ответах родителей и педиатров. Мнение врачей было единым в том, что средние показатели КЖ у обследованных детей были значительно ниже.

Следовательно, суммарный балл КЖ детей первого года жизни был не очень высок как по оценкам родителей, так и врачей, хотя более высокая оценка имела место все-таки со стороны родителей в сравнении с педиатрами ( $p < 0,001$ ).

Значительно выше были оценены компоненты КЖ как «поведение и общение» и «семейное окружение», тогда как более низкую оценку получили компоненты – «нервно-психическое развитие и физическое здоровье». Самая сниженная оценка наблюдалась по шкале «способность оставаться одному».

Результаты наших наблюдений по низкому значению шкалы «способность оставаться одному» перекликаются с данными некоторых исследователей (Рыбкиной Н.Л., Винярской И.В., Нечаевой Н.В.) и, скорее всего, причиной тому являются возрастные особенности детей данного возрастного ценза [37, 177, 234].

Представляло интерес изучение КЖ в зависимости от половой принадлежности детей (таблица 4.3).

**Таблица 4.3. – Параметры КЖ детей 3 месяцев – 1 года в зависимости от половой принадлежности Me [25q; 75q]**

Аспект КЖ	Родители			Педиатры		
	мальчики	девочки	p	мальчики	девочки	p
ПиО	4,1 [3,6; 4,7]	4,3 [3,9; 4,6]	=0,224 (>0,05; Z=-1,2)	3,8 [3,2; 4,2]	3,7 [3,3; 4,3]	=0,786 (>0,05; Z=-0,3)
СОО	3,2 [2,6; 3,8]	3,3 [2,9; 4,0]	=0,105 (>0,05; Z=-1,6)	2,6 [2,2; 2,8]	2,7 [2,4; 2,8]	=0,608 (>0,05; Z=-0,5)
СО	4,0 [3,5; 4,7]	3,6 [3,1; 4,3]	=0,063 (>0,05; Z =1,9)	3,7 [3,0; 4,0]	3,4 [3,2; 3,7]	=0,985 (>0,05; Z =0,0)
НПРиФЗ	3,4 [3,0; 4,5]	3,9 [3,6; 4,5]	=0,131 (>0,05; Z=-1,5)	3,2 [2,7; 3,7]	3,1 [2,9; 3,6]	=0,758 (>0,05; Z=-0,3)
ОБ	3,7 [3,5; 4,4]	3,7 [3,6; 4,3]	=0,534 (>0,05; Z=-0,6)	3,5 [3,2; 3,7]	3,2 [2,8; 3,8]	=0,169 (>0,05; Z=-1,4)

**Примечание:** p – статистическая значимость различий показателей между данными мальчиков и девочек (по U-критерию Манна-Уитни).

По результатам опроса респондентов каких-либо статистически значимых различий по половым признакам установлено не было. Мнение родителей о КЖ мальчиков и девочек по общему баллу оказалось одинаковым. В то же время родители считают, что КЖ девочек несколько выше, по сравнению с мальчиками, по таким аспектам, как «поведение и общение», «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» и «способность оставаться одному».

По мнению врачей, КЖ мальчиков по сумме общего балла выше в сравнении с девочками, однако выявленная разница была статистически не достоверна ( $p > 0,05$ ).

Установленные различия касались также таких аспектов КЖ мальчиков, как «поведение и общение», «семейное окружение», «нервно-психическое развитие и физическое здоровье».

В то же время респонденты оказались едины во мнении только при оценке такого аспекта КЖ, как «способность оставаться одному», где средние показатели данного критерия немного выше были у девочек.

По всем аспектам КЖ определены статистически значимые различия в ответах родителей и педиатров при оценке КЖ мальчиков и девочек (таблица 4.4).

**Таблица 4.4. – Параметры КЖ мальчиков от 3 мес. до 1 года (Ме [25q; 75q])**

Аспект КЖ	Родители (Ме [25q; 75q])	Педиатры (Ме [25q; 75q])	p
ПиО	4,1 [3,6; 4,7]	3,8 [3,2; 4,2]	=0,010 (<0,01; Z = 2,6)
СОО	3,2 [2,6; 3,8]	2,6 [2,2; 2,8]	=0,000 (<0,001; Z = 4,5)
СО	4,0 [3,5; 4,8]	3,7 [3,0; 4,0]	=0,001 (<0,001; Z = 3,4)
НПРиФЗ	3,4 [3,0; 4,5]	3,2 [2,7; 3,7]	=0,005 (<0,01; Z = 2,8)
ОБ	3,7 [3,5; 4,4]	3,2 [2,8; 3,8]	=0,000 (<0,001; Z = 4,0)

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

По ответам педиатров, показатели КЖ мальчиков было значительно ниже по всем его аспектам в сравнении с оценкой родителей. Как видно из таблицы, общий балл КЖ мальчиков – 3,7 по оценкам родителей, что достоверно выше, по сравнению с оценкой педиатров ( $p < 0,001$ ). Наряду с этим значительная часть опрошенных достаточно высоко оценивала такие аспекты КЖ, как «поведение и общение» и «семейное окружение», в то же время максимально низкие значения имела шкала «способность оставаться одному».

Идентичная картина была свойственна параметрам КЖ среди обследованных девочек. По оценкам родителей, выявленный общий балл КЖ был значительно больше – 3,7 ( $p < 0,01$ ). Значительно высокие оценки КЖ были выявлены по шкалам «поведение и общение» как родителями, так и педиатрами. Такие компоненты КЖ, как «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» достоверно выше были оценены родителями. Шкала «способность оставаться одному» имела низкие значения как по мнению родителей, так и педиатров. Статистических различий по шкале «семейное окружение» выявлено не было (таблица 4.5).

**Таблица 4.5. – Параметры КЖ девочек от 3 мес. до 1 года (Me [25q; 75q])**

Аспект КЖ	Родители (Me [25q; 75q])	Педиатры (Me [25q; 75q])	p
ПиО	4,3 [3,9; 4,6]	3,7 [3,3; 4,3]	=0,001 (<0,001; Z = 3,1)
СОО	3,3 [2,9; 4,0]	2,7 [2,4; 2,8]	=0,000 (<0,001; Z = 4,7)
СО	3,7 [3,1; 4,3]	3,4 [3,2; 3,7]	=0,560 (>0,05; Z = 0,6)
НПРиФЗ	3,9 [3,6; 4,5]	3,1 [2,9; 3,6]	=0,000 (<0,001; Z = 4,1)
ОБ	3,7 [3,6; 4,3]	3,5 [3,2; 3,7]	= 0,004 (<0,01; Z = 2,9)

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

Таким образом, по мнению педиатров, КЖ детей по всем его аспектам было значительно ниже, в сравнении с ответами родителей. По половым



признакам по родительскому и по врачебному вариантам опросников КЖ статистически значимых различий не выявлено.

Внутригрупповое исследование установило, что КЖ мальчиков значительно выше по мнению родителей в сравнении с педиатрами. По мнению родителей, у девочек показатели КЖ по всем компонентам были значительно выше, за исключением шкалы «семейное окружение». Установлено, что родители дают более высокую оценку КЖ детей первого года жизни, по сравнению с педиатрами.

Большой интерес представляет процесс изучения воздействия состояния здоровья детей на КЖ.

Интегральным показателем состояния здоровья ребенка является его физическое и нервно-психическое развитие (таблица 4.6).

**Таблица 4.6. – Показатели КЖ детей первого года жизни в зависимости от уровня физического развития (Me [25q; 75q])**

Аспект КЖ	Родители			Педиатры		
	Среднее ФР	Отставание ФР	р	Среднее ФР	Отставание ФР	р
ПиО	4,1 [3,8; 4,7]	3,9 [3,6; 4,6]	=0,231 (>0,05; Z=1,2)	3,8 [3,4; 4,2]	3,3 [3,2; 3,7]	<b>=0,011</b> ( <b>&lt;0,05</b> ; <b>Z =2,5</b> )
СОО	3,2 [2,6; 3,8]	3,1 [2,7; 3,9]	=0,930 (>0,05; Z= -0,1)	2,6 [2,4; 2,8]	2,4 [2,2; 2,7]	<b>=0,009</b> ( <b>&lt;0,01</b> ; <b>Z =2,6</b> )
СО	3,7 [3,5; 4,2]	3,9 [3,3; 4,5]	=0,973 (>0,05 Z= -0,0)	3,7 [3,2; 3,8]	3,3 [3,0; 3,7]	<b>=0,031</b> ( <b>&lt;0,05</b> ; <b>Z =2,2</b> )
НПР и ФЗ	3,6 [3,2; 4,2]	3,4 [2,9; 4,4]	=0,671 (>0,05; Z=0,4)	3,2 [3,1; 3,7]	2,7 [2,4; 2,9]	<b>=0,000</b> ( <b>&lt;0,001</b> <b>Z =5,0</b> )
ОБ	3,7 [3,4; 4,2]	3,7 [3,6; 4,3]	=0,919 (>0,05; Z=0,1)	3,4 [3,2; 3,7]	2,9 [2,8; 3,3]	<b>=0,000</b> ( <b>&lt;0,001</b> <b>Z =3,7</b> )

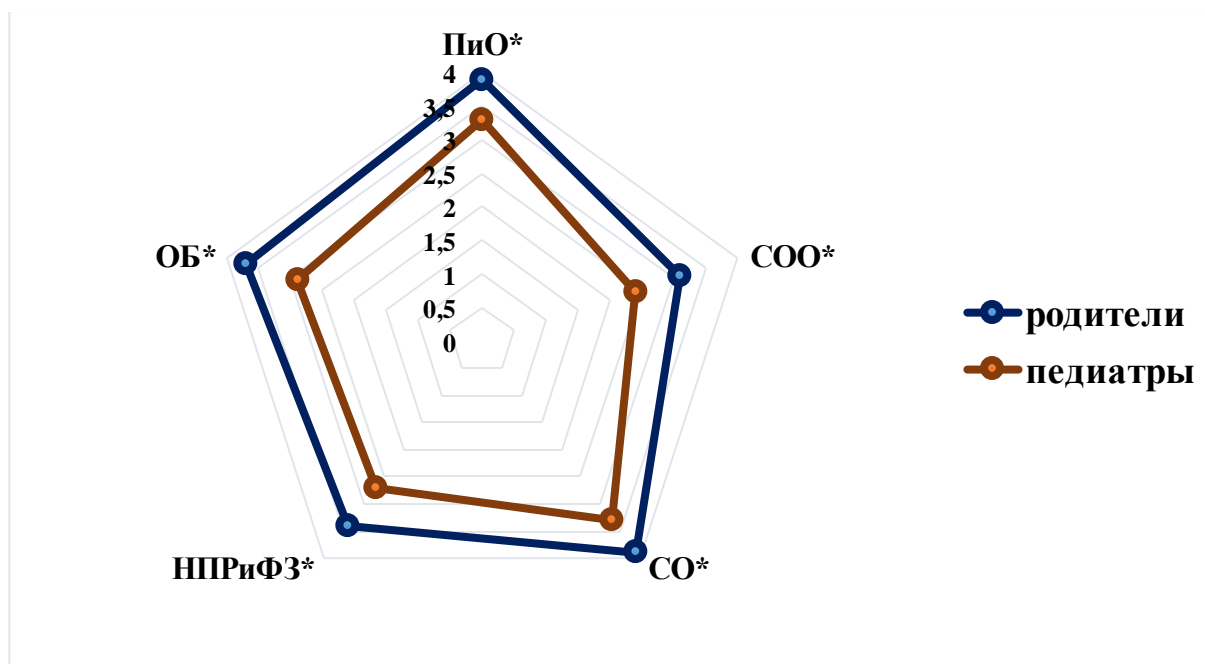
**Примечание:** р – статистическая значимость различий показателей между данными нормального ФР и отставания ФР (по U-критерию Манна-Уитни).

Результаты исследования показали, что как по оценкам родителей, так и педиатров, независимо от параметров физического развития ребенка, более высокие показатели имели аспекты «поведение и общение» и «семейное окружение», наиболее низкие – аспект «способность оставаться одному».

Родительский вариант опросника у детей с нормальным физическим развитием и его отставанием не показал статистически значимых различий. Однако, по мнению педиатров, КЖ детей с нормальными показателями ФР были статистически значимы по всем его аспектам в сравнении с детьми, имеющими низкие значения физического развития.

Сравнительная оценка КЖ в группе детей с отставанием физического развития показала несоответствие между ответами родителей и педиатров.

Так, по мнению родителей, оценка КЖ по всем его шкалам была достоверно выше в сравнении с аналогичными данными педиатров (рисунок 4.12).



**Рисунок 4.12. – Показатели КЖ детей с низкими показателями физического развития по ответам родителей и педиатров (\* – статистическая значимость различий показателей между данными родителей и педиатров по U-критерию Манна-Уитни)**

Достаточно высокую оценку дали родители шкале «поведение и общение» (3,9 [3,6; 4,6] и 3,3 [3,2; 3,7],  $p < 0,05$ ) и «семейное окружение» (3,9 [3,3; 4,5] и 3,3 [3,0; 3,7],  $p < 0,05$ ), несколько ниже - «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» (3,4 [2,9; 4,4] и 2,7 [2,4; 2,9],  $p < 0,001$ ), в то же время достаточно низкую оценку имели по шкале «способность оставаться одному» (3,1 [2,7; 3,9] и 2,4 [2,2; 2,7],  $p < 0,01$ ). Соответственно, и общий балл по оценке родителей был значительно выше в сравнении с оценкой педиатров (3,7 [3,6; 4,3] и 2,9 [2,8; 3,3],  $p < 0,001$ ).

Между ответами родителей и педиатров практически значимых различий в оценке аспектов КЖ и общего балла у детей с нормальным уровнем физического развития не выявлено, за исключением шкалы «способность оставаться одному» (3,2 [2,6; 3,8] и 2,6 [2,4; 2,8],  $p < 0,01$ ).

Следовательно, было определено, что показатели физического развития, соответствующие ниже средним и низким величинам, снижают КЖ ребенка.

Анализ оценки воздействия уровня нервно-психическое развития показал, что его отставание в дальнейшем может привести к снижению КЖ ребенка.

Как видно из таблицы, в группе младенцев с соответствующим и отстающим в ННР практически по всем шкалам КЖ были выявлены статистические различия в ответах респондентов. В то же время, по данным родителей, в обеих сравниваемых группах показатели КЖ по всем шкалам были значительно выше, по сравнению с данными педиатров (таблица 4.7).

**Таблица 4.7. – Показатели КЖ детей первого года жизни в зависимости от уровня нервно-психического развития (Me [25q; 75q])**

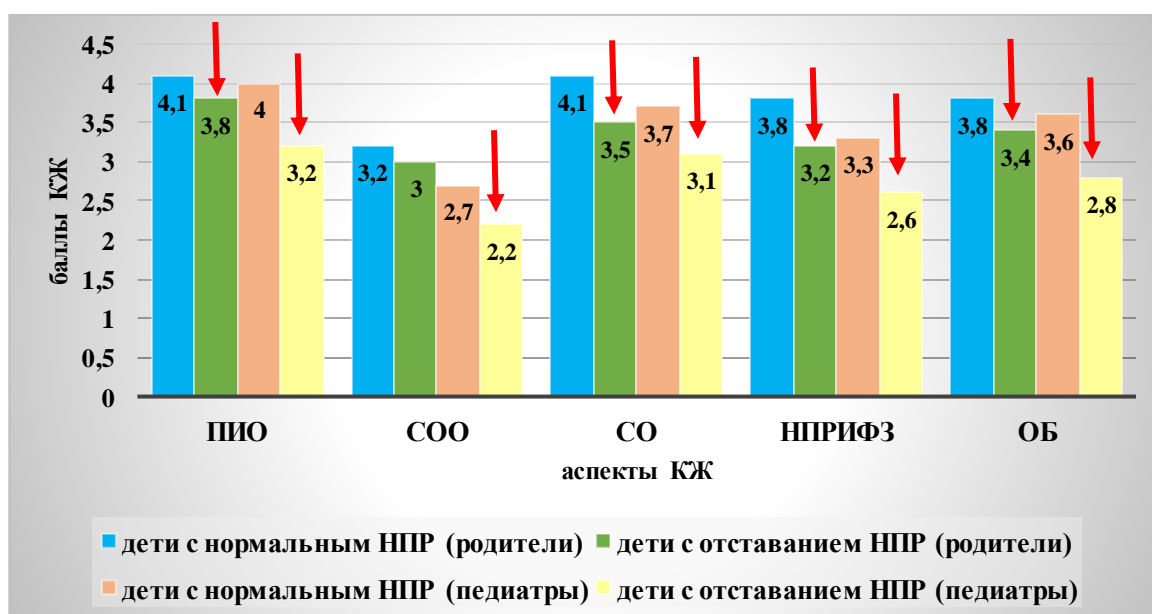
Аспект КЖ	Оценка показателя КЖ		p
	родители	педиатры	
	<b>ННР соответствует возрасту</b>		
ПиО	4,1 [3,9; 4,7]	4,0 [3,5; 4,3]	=0,007 (<0,01; Z=2,7)
СОО	3,2 [2,6; 3,9]	2,7 [2,5; 3,0]	=0,000 (<0,001; Z=4,3)
СО	4,1 [3,7; 4,7]	3,7 [3,3; 4,0]	=0,000 (<0,001; Z=4,0)

Продолжение таблицы 4.7.

НПРиФЗ	3,8 [3,2; 4,5]	3,3 [3,1; 3,8]	=0,000 (<0,001; Z=3,7)
ОБ	3,8 [3,6; 4,4]	3,6 [3,2; 3,9]	=0,000 (<0,001; Z=4,0)
<b>НПР отстает от возраста</b>			
ПиО	3,8 [3,4; 4,2]	3,2 [3,1; 3,5]	=0,003 (<0,01; Z=2,9)
СОО	3,0 [2,6; 3,2]	2,2 [2,2; 2,6]	=0,001 (<0,001; Z=3,3)
СО	3,5 [3,1; 3,7]	3,1 [2,7; 3,5]	=0,042 (<0,05; Z=2,0)
НПРиФЗ	3,2 [2,4; 3,6]	2,6 [2,3; 2,7]	=0,002 (<0,01; Z=3,0)
ОБ	3,4 [3,1; 3,6]	2,8 [2,8; 2,9]	=0,000 (<0,001; Z=3,5)

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

Оценка родительского варианта опросника показала, что у детей с отставанием НПР показатели КЖ почти по всем компонентам шкал - «поведение и общение» ( $p=0,004$  (<0,01;  $Z=2,8$ )), «семейное окружение» ( $p=0,000$  (<0,001;  $Z=3,4$ )), «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» ( $p=0,000$  (<0,001;  $Z=3,5$ )), а также по суммарной шкале ( $p=0,000$  (<0,001;  $Z=3,9$ )) были значительно ниже в сравнении с младенцами, имеющими нормальное НПР, за исключением шкалы «способности оставаться одному» (рисунок 4.13).



**Рисунок 4.13. – Параметры КЖ детей в зависимости от уровня НПР по ответам родителей и педиатров**

(стрелками указаны значимые различия в ответах родителей и педиатров)

Таким образом, мнение всех респондентов было единым в том, что у детей с отставанием НПР КЖ значительно хуже, по сравнению со сверстниками, у которых имел место нормальный уровень НПР по всем его аспектам.

Основным моментом исследования было выявление возможного воздействия показателей состояния здоровья ребенка на КЖ.

В этой связи, основываясь на поставленной задаче, была проведена сравнительная оценка показателей КЖ здоровых и детей, имеющих какие-либо морфофункциональные отклонения.

Представленная таблица свидетельствует, что показатели КЖ здоровых детей значительно выше практически по всем аспектам (таблица 4.8).

**Таблица 4.8. – Параметры КЖ здоровых детей младенческого возраста и детей, имеющих отклонения в состоянии здоровья (Me [25q; 75q])**

Аспект КЖ	Родители			Педиатры		
	Здоров. дети	Дети с отклон.	р	Здоров. дети	Дети с отклон.	р
ПиО	4,1 [3,6; 4,7]	3,6 [3,4; 4,2]	=0,017 ( <b>&lt;0,05</b> ; Z=2,3)	4,2 [3,5; 4,6]	3,3 [2,8; 3,7]	=0,000 ( <b>&lt;0,001</b> ; Z=4,0)
СОО	4,3 [3,6; 4,7]	3,6 [3,0; 4,0]	=0,007 ( <b>&lt;0,01</b> ; Z=-2,6)	3,6 [3,2; 4,7]	2,6 [2,4; 3,0]	=0,000 ( <b>&lt;0,001</b> ; Z=-4,6)
СО	4,0 [3,5; 4,5]	3,0 [2,2; 3,4]	=0,000 ( <b>&lt;0,001</b> ; Z=4,2)	3,7 [3,5; 4,2]	2,4 [2,2; 2,6]	=0,000 ( <b>&lt;0,001</b> ; Z=5,3)
НПР и ФЗ	4,0 [3,5; 4,0]	3,7 [3,3; 4,4]	=0,541 ( <b>&gt;0,05</b> ; Z=-0,6)	3,7 [3,1; 4,1]	3,2 [3,0; 3,7]	=0,049 ( <b>&lt;0,05</b> ; Z=2,0)
ОБ	3,8 [3,6; 4,5]	3,3 [3,1; 4,2]	=0,041 ( <b>&lt;0,05</b> ; Z=2,0)	3,9 [3,2; 4,0]	2,9 [2,6; 3,2]	=0,000 ( <b>&lt;0,001</b> ; Z=4,1)

**Примечание:** р – статистическая значимость различий показателей между данными детей 1 и 2 групп здоровья (по U-критерию Манна-Уитни).

Статистически значимое различие было свойственно для здоровых детей по общему баллу, а также по шкалам «поведение и общение», «способность оставаться одному» и «нервно-психическое развитие и физическое здоровье», аспект «семейное окружение» статистических различий не имел.

Педиатры едины в том, что у здоровых детей все параметры КЖ были значимо выше, по сравнению с детьми, у которых имели место морфофункциональные отклонения, более того, степень снижения КЖ у детей с установленными отклонениями в состоянии здоровья была более выражена, по сравнению с ответами родителей, выявленные особенности согласовываются с результатами некоторых исследователей [37].

Установлено, что при оценке КЖ здоровых детей существенных разногласий в ответах родителей и педиатров не было выявлено. У детей с отклонениями в состоянии здоровья педиатры оценили КЖ значительно ниже, в сравнении с родителями, практически по всем аспектам, кроме шкалы «поведение и общение».

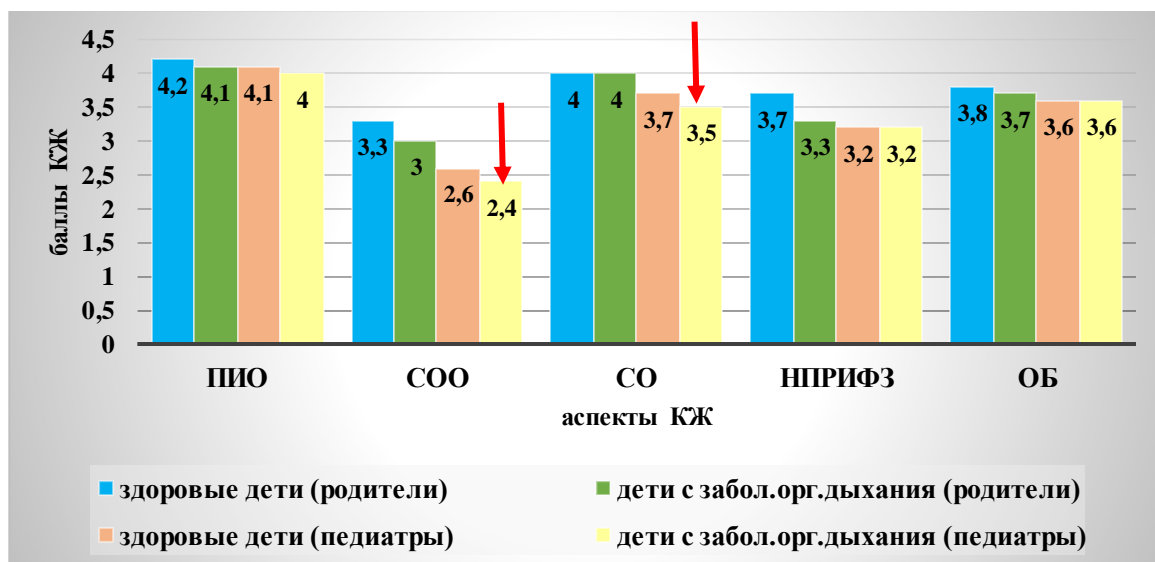
Определенный интерес представлял сравнительный анализ показателей КЖ здоровых младенцев и детей, у которых имело место наличие определенных отклонений в состоянии здоровья, для установления влияния разных заболеваний на КЖ ребенка.

Болезни бронхолегочной системы оказались наиболее распространёнными отклонениями.

Результаты сравнения КЖ детей здоровых и, имеющих болезни органов дыхания, представлены на рисунке 4.14.

Анализ полученных данных показывает, что в родительском и врачебном вариантах статистических различий в ответах между здоровыми и детьми, имеющими заболевания органов дыхания, установлено не было.

В то же время среди детей, имеющих патологию органов дыхания, врачами КЖ оценивалось ниже, по сравнению с родителями, по шкалам «способность оставаться одному» ( $p < 0,001$ ) и «семейное окружение» ( $p < 0,01$ , рисунок 4.14).



**Рисунок 4.14. – Параметры КЖ здоровых детей 3 мес. – 1 года и детей, имеющих болезни органов дыхания (по ответам родителей и педиатров)**  
(стрелками указаны статистические различия в ответах родителей и педиатров)

Интерес представило изучение КЖ часто и длительно болеющих детей острыми респираторными заболеваниями (таблица 4.9).

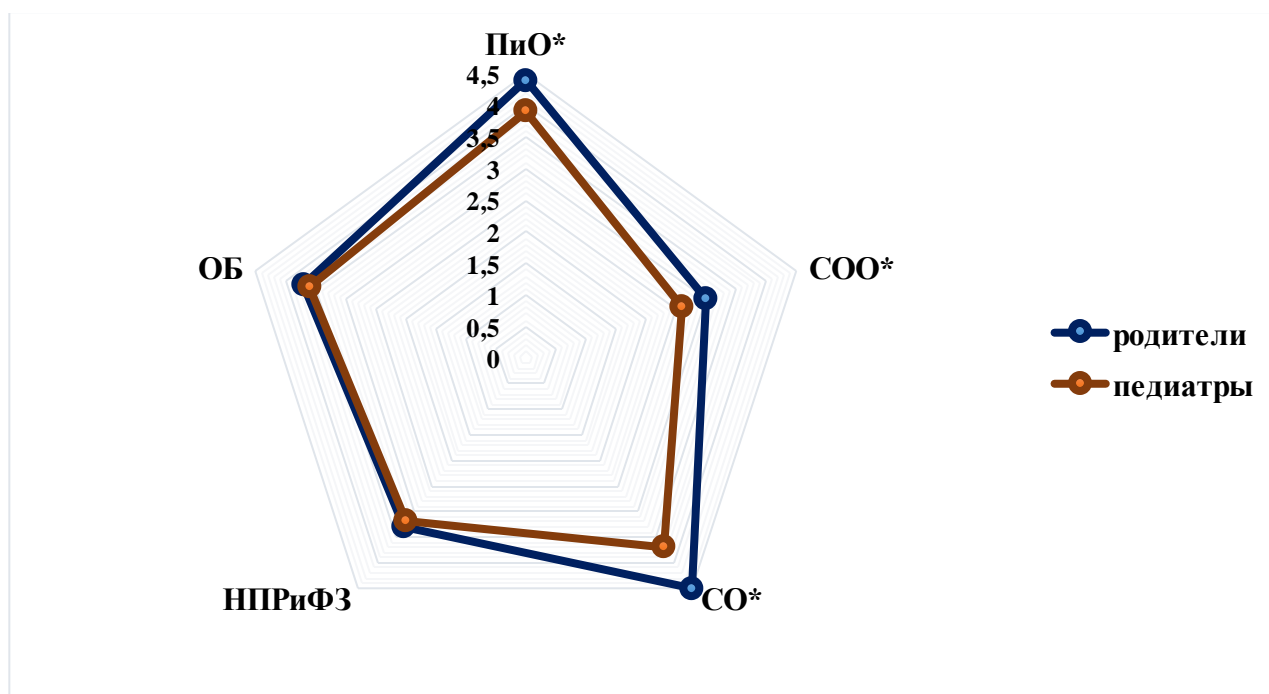
**Таблица 4.9. – Показатели КЖ детей первого года жизни эпизодически и часто болеющих острыми респираторными заболеваниями (по ответам родителей и педиатров, Ме [25q; 75q])**

Аспект КЖ	Оценка показателя КЖ		р
	ЭБД	ЧБД	
	<b>Родители</b>		
ПиО	4,7 [4,5; 4,8]	4,4 [3,8; 4,8]	<b>=0,016 (&lt;0,05; Z=2,4)</b>
СОО	3,0 [2,6; 3,6]	2,9 [2,6; 3,0]	<b>=0,042 (&lt;0,05; Z=2,1)</b>
СО	4,5 [3,7; 5,0]	4,5 [3,7; 5,0]	=0,577 (>0,05; Z=0,6)
НПРиФЗ	4,4 [3,3; 4,7]	3,3 [3,0; 4,2]	<b>=0,012 (&lt;0,05; Z=2,5)</b>
ОБ	4,4 [3,9; 4,5]	3,7 [3,6; 4,1]	<b>=0,009 (&lt;0,01; Z=2,6)</b>
	<b>Педиатры</b>		
ПиО	4,1 [3,9; 4,8]	3,9 [3,5; 4,2]	<b>=0,005 (&lt;0,01; Z=-2,8)</b>
СОО	2,6 [2,4; 3,0]	2,6 [2,2; 2,8]	=0,327 (>0,05; Z=1,0)
СО	3,7 [3,2; 4,0]	3,7 [3,5; 3,7]	=0,755 (>0,05; Z=-0,3)
НПРиФЗ	3,5 [2,8; 3,8]	3,2 [3,1; 3,3]	=0,302 (>0,05; Z=1,0)
ОБ	3,7 [3,5; 3,8]	3,6 [2,8; 4,0]	=0,493 (>0,05; Z=-0,7)

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

Очевидно, что КЖ детей, часто подверженных острым респираторным заболеваниям, ниже, чем у детей, эпизодически болеющих ОРЗ. Особенно четко это было подмечено родителями, по мнению которых КЖ часто болеющих детей было значительно ниже по всем его аспектам, кроме шкалы «семейное окружение». Анализ педиатрического опросника показал статистические различия только по шкале «поведение и общение», остальные аспекты КЖ детей ЭБД и ЧБД достоверно не отличались.

Было установлено, что педиатры дают гораздо более низкие оценки КЖ больным детям, чем их родители (рисунок 4.15).



**Рисунок 4.15. – Профили КЖ часто болеющих детей по ответам родителей и педиатров** (\* – статистическая значимость различий показателей между данными родителей и педиатров по U-критерию Манна-Уитни)

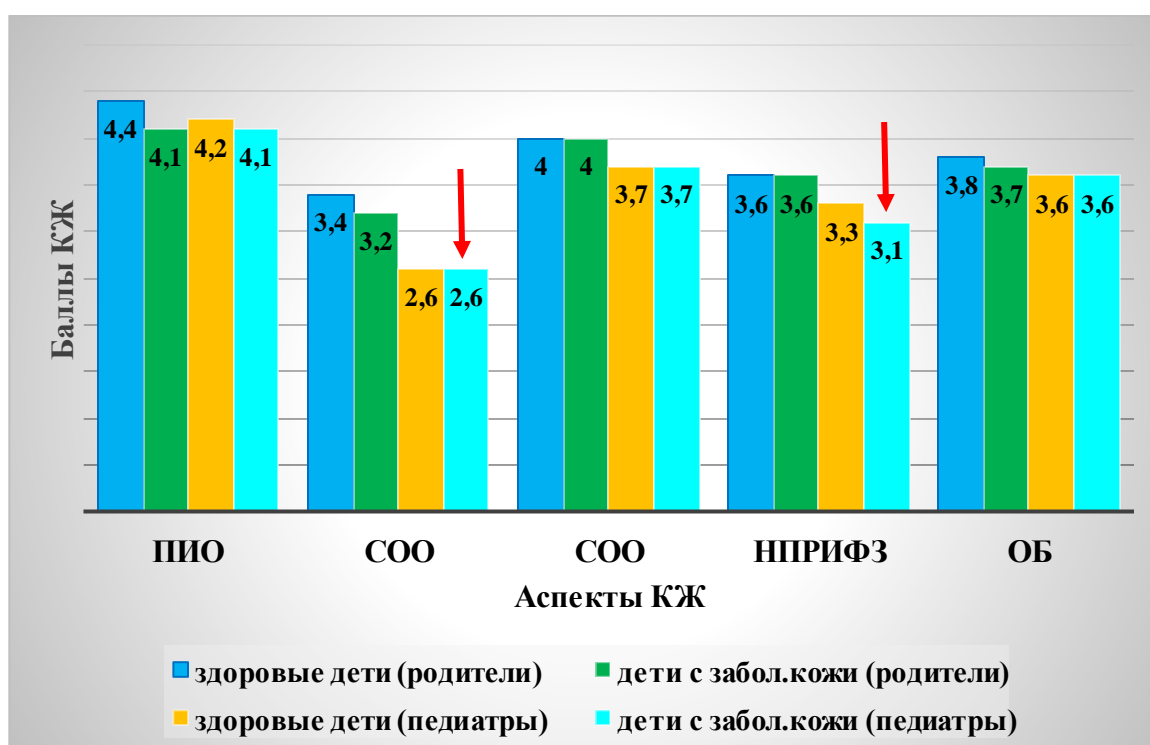
Наиболее низкие оценки были выявлены по шкале «способности оставаться одному» как по оценке педиатров, так и по мнению родителей (2,6 [2,4; 3,0] – педиатры, 3,0 [2,6; 3,6] – родители,  $p=0,002$  ( $<0,01$ ;  $Z=3,2$ )). Несколько выше были оценены шкалы «семейное окружение» (4,5 [3,7; 5,0] – родители, 3,7 [3,2; 4,0] – педиатры,  $p=0,000$  ( $<0,001$ ;  $Z=4,2$ )) и «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» (3,2 [3,1; 3,3] – педиатры, 3,3 [3,0; 4,2] – родители).



Высокие оценки были даны по шкале «поведение и общение» (3,9 [3,5; 4,2] – педиатры, 4,4 [3,8; 4,82] – родители,  $p=0,000$  ( $<0,001$ ;  $Z=6,0$ )).

Изучено КЖ здоровых детей и детей, страдающих болезнями кожи и подкожной клетчатки (преимущественно представленные атопическим дерматитом).

Результаты сравнения представлены на рисунке 4.16. При сравнении результатов анкетирования особенностей нарушения КЖ детей как по мнению родителей, так и педиатров не было.



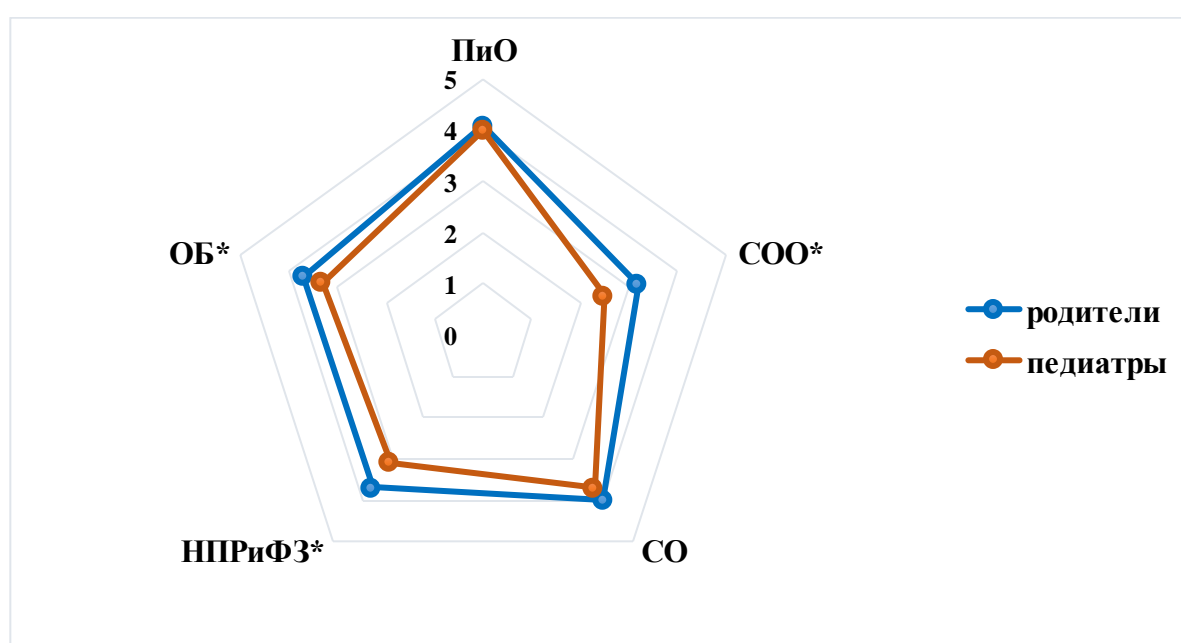
**Рисунок 4.16. – Параметры КЖ здоровых детей младенческого возраста и детей с заболеваниями кожи (по ответам родителей и педиатров)**

(стрелками указаны различия в ответах родителей и педиатров)

Однако при сравнении КЖ здоровых и детей с заболеваниями кожи достоверные различия между ответами респондентов были установлены по таким компонентам КЖ, как «способность оставаться одному» и «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» ( $p<0,001$ ). Очевидно, это было связано с зудом и беспокойством, вызванными заболеваниями кожи.

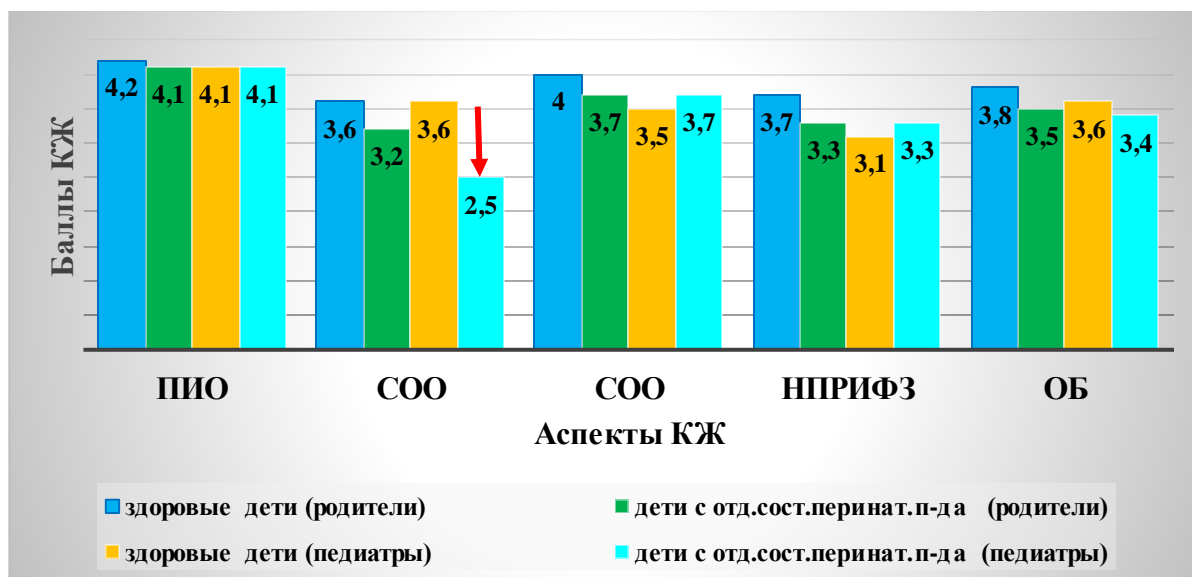
Показатели КЖ детей грудного возраста, имеющих заболевания органов пищеварения, представленные на рисунке, выявили статистически значимые различия в ответах респондентов, установленные при сравнении шкал «способность оставаться одному» ( $p < 0,001$ ), «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» ( $p < 0,001$ ) и суммарному баллу ( $p < 0,05$ ).

Очевидно, что частые заболевания желудочно-кишечного тракта непосредственно влияли на физическую активность и нервно-психическое развитие младенца (рисунке 4.17).



**Рисунок 4.17. – Профили КЖ детей, имеющих заболевания органов пищеварения, по ответам родителей и педиатров (\* – статистическая значимость различий показателей между данными родителей и педиатров по U-критерию Манна-Уитни)**

В процессе сравнения ответов респондентов в зависимости от класса патологии, относящейся к классу «отдельные состояния перинатального периода», достоверных разногласий выявлено не было, кроме шкалы «способность оставаться одному», где, по мнению педиатров, данный аспект КЖ был значительно ниже ( $p < 0,001$ , рисунок 4.18).



**Рисунок 4.18. – Параметры КЖ здоровых детей младенческого возраста и имеющих «отдельные состояния перинатального периода»**

Анемия различной степени тяжести в большинстве случаев способствовала формированию класса болезней крови и кроветворных органов. Учитывая тот факт, что почти каждый четвертый ребенок младенческого возраста имел анемию различной степени тяжести, представляло большой интерес изучение КЖ данной когорты детей.

Качество жизни детей с анемией значительно ниже, чем у здоровых детей по итогам ответов как родителей, так и педиатров. Основываясь на результатах родительского опросника, статистические различия имели место по шкале «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» и общему баллу. Педиатрами отмечено, что КЖ детей с анемией достоверно ниже по шкалам «способность оставаться одному», «семейное окружение» и «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» (таблица 4.10).

**Таблица 4.10. – Показатели КЖ здоровых детей первого года жизни и детей с анемией (по ответам родителей и педиатров, Me [25q; 75q])**

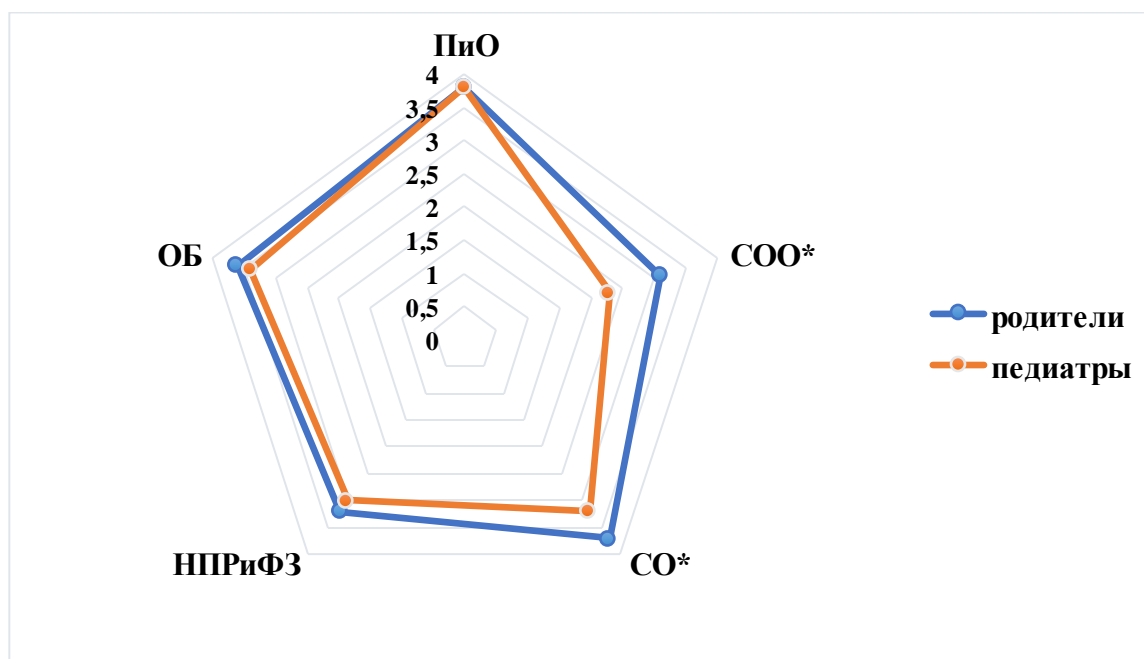
Аспект КЖ	Оценка показателя КЖ		p
	Здоровые дети	Дети с анемией	
	<b>Родители</b>		
ПиО	4,2 [3,8; 4,7]	3,8 [3,4; 4,6]	=0,088 (>0,05; Z =1,7)
СОО	3,4 [3,0; 3,9]	3,1 [2,3; 3,5]	=0,134 (>0,05; Z =1,5)

Продолжение таблицы 4.10.

СО	4,0 [3,5; 4,5]	3,7 [3,2; 4,0]	=0,068 (>0,05; Z=1,8)
НПРиФЗ	3,7 [3,3; 4,6]	3,2 [3,1; 3,7]	=0,025 (<0,05; Z=2,2)
ОБ	3,8 [3,6; 4,5]	3,6 [3,4; 3,8]	=0,023 (<0,05; Z=2,2)
<b>Педиатры</b>			
ПиО	4,2 [3,5; 4,4]	3,8 [3,2; 4,8]	=0,788 (>0,05; Z=-0,3)
СОО	2,6 [2,4; 3,0]	2,3 [2,0; 2,6]	=0,011 (<0,05; Z=2,5)
СО	3,7 [3,5; 4,0]	3,2 [3,0; 3,7]	=0,031 (<0,05; Z=2,2)
НПРиФЗ	3,5 [2,7; 3,8]	3,0 [2,3; 3,1]	=0,003 (<0,01; Z=2,9)
ОБ	3,6 [3,0; 4,0]	3,4 [2,7; 3,7]	=0,068 (>0,05; Z=1,8)

**Примечание:** p – статистическая значимость различий показателей между данными здоровых детей и детей с анемией (по U-критерию Манна-Уитни).

У детей с анемией КЖ со стороны врачей оценивалось ниже, чем родителями, по шкалам «способность оставаться одному» ( $p < 0,001$ ) и «семейное окружение» ( $p < 0,01$ , рисунок 4.19).



**Рисунок 4.19. – Показатели КЖ детей с анемией по ответам родителей и педиатров (\*– статистическая значимость различий показателей между данными родителей и педиатров по U-критерию Манна-Уитни).**

Таким образом, состояние здоровья детей первого года жизни существенно влияет на показатели КЖ.

Отрицательное влияние на КЖ оказывают некоторые факторы, такие как низкий уровень физического и нервно-психического развития, частые эпизоды респираторных заболеваний на фоне морфофункциональных отклонений.

Представляло большой интерес установление взаимосвязи различных медико-социальных факторов на КЖ детей младенческого возраста.

Корреляционный анализ показал, что на аспект «поведение и общение» влияют (как по оценкам родителей, так и педиатров):

- физическое развитие ( $r = 0,61, p < 0,001$ );
- интергравидарный интервал ( $r = 0,39, p < 0,05$ );
- группа здоровья ( $r = 0,41, p < 0,05$ ).

На аспект «способность оставаться одному» больше всего влияют такие факторы, как:

- физическое развитие ( $r = 0,27, p < 0,05$ );
- группа здоровья ( $r = -0,39, p < 0,05$ );
- позднее введение прикорма ( $r = -0,32, p < 0,05$ );
- взаимоотношения в семье ( $r = 0,29, p < 0,05$ ).

Аспект «семейное окружение» коррелирует с такими факторами, как:

- группа здоровья ( $r = -0,48, p < 0,05$ );
- образование матери ( $r = -0,38, p < 0,05$ );
- количество детей ( $r = 0,41, p < 0,05$ ).

На параметр «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» влияли:

- физическое развитие ( $r = 0,37, p < 0,05$ );
- интергравидарный интервал ( $r = 0,38, p < 0,05$ );
- группа здоровья ( $r = 0,56, p < 0,05$ );
- образование матери ( $r = -0,34, p < 0,05$ );
- уровень нервно-психического развития ( $r = 0,43, p < 0,05$ ).

Существует тесная взаимосвязь между состоянием здоровья, уровнем ФР и НПР ребенка на качество его жизни, включая комбинацию таких социальных

факторов, как образование матери, количество детей, психологический климат в семье и питание.

#### 4.3.2. Параметры качества жизни детей от 1 года до 2 лет

В процессе исследования качества жизни детей от 1 года до 2 лет применялся международный опросник QUALIN (2 блок, 34 вопроса) у 108 детей, из числа обследованных 54 (50%) были мальчики и равное число девочек – 54 (50%).

Ответы родителей и педиатров, полученные в результате оценки показателей КЖ детей 1–2 года, приведены в таблице 4.11.

**Таблица 4.11. – Параметры КЖ детей от 1 года до 2 лет**

Аспект КЖ	Родители (Me [25q; 75q])	Педиатры (Me [25q; 75q])	p
ПиО	4,2 [3,7; 4,6]	3,2 [2,8; 3,4]	=0,000 (<0,001; Z=4,5)
СОО	3,6 [3,2; 4,0]	3,1 [2,9; 3,8]	=0,000 (<0,001; Z=6,0)
СО	4,4 [3,5; 4,5]	3,5 [3,0; 4,0]	=0,000 (<0,001; Z=4,3)
НПРиФЗ	3,5 [3,0; 4,0]	3,0 [2,6; 3,5]	=0,000 (<0,001; Z=3,4)
ОБ	3,8 [3,5; 4,3]	3,1 [2,8; 3,6]	=0,000 (<0,001; Z=5,2)

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

Результаты проведенных исследований, приведенные в таблице, указывают на то, что из показателей КЖ обследованных детей, наиболее высоко были оценены аспекты «семейное окружение» и «поведение и общение», тогда как наиболее низкую оценку получили шкалы «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» и «способность оставаться одному». Полученные результаты оказались идентичными с результатами, полученными при обследовании КЖ детей младенческого возраста.

По мнению педиатров, средние показатели КЖ детей по всем его аспектам было значительно ниже в сравнении с оценками родителей, что более близко к результатам, полученным у более младших детей.

Проведен сравнительный анализ возрастных особенностей КЖ детей первого года жизни и 1–2 лет. Установлено, что у детей первых двух лет достоверно выше результаты по шкале «способность оставаться одному» относительно детей первого года жизни, по ответам педиатров ( $p < 0,05$ ).

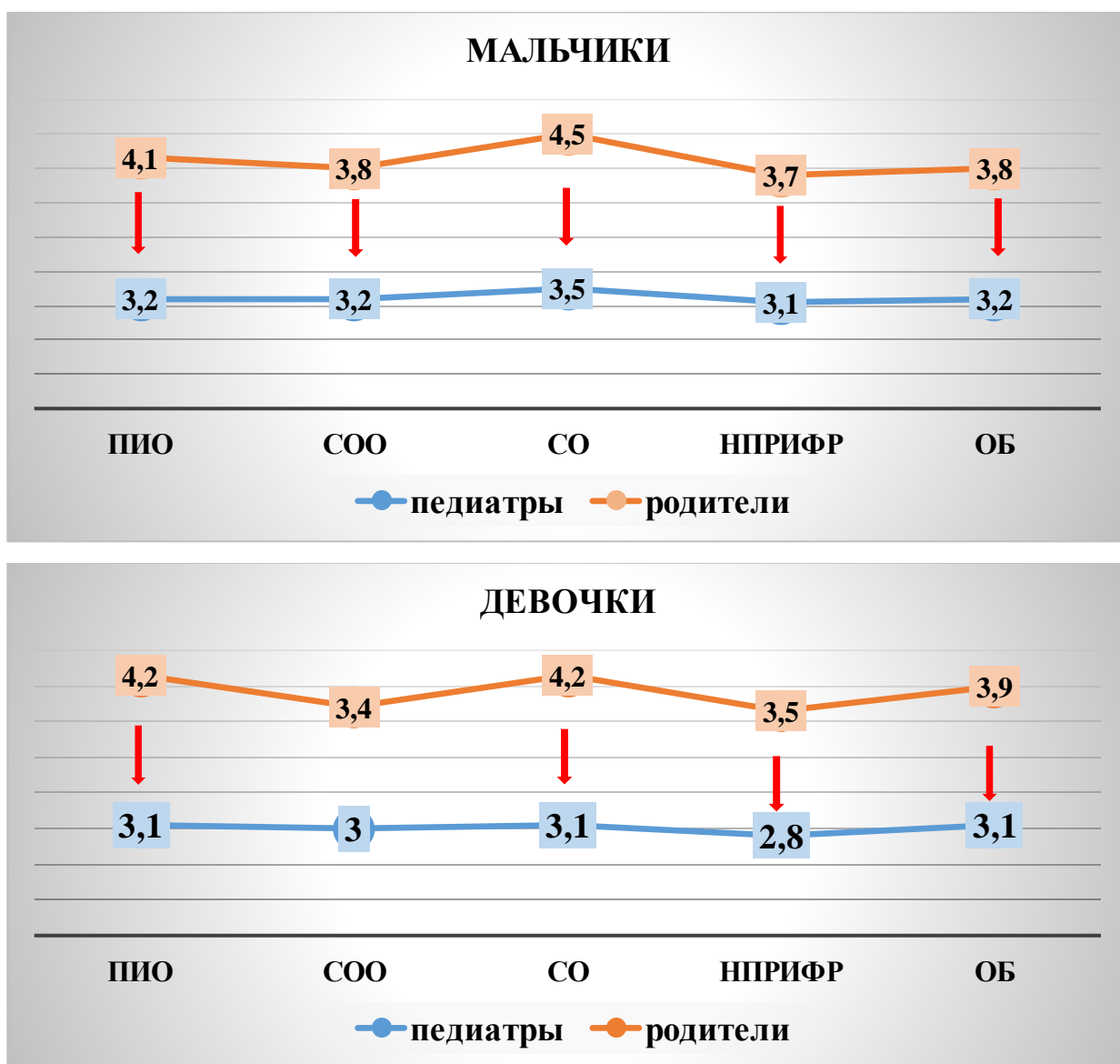
Анализ результатов КЖ детей по гендерным аспектам данного возраста каких-либо достоверных различий ни по ответам родителей, ни по ответам педиатров не выявил, причем также, как и при изучении гендерных особенностей детей первого года жизни (таблица 4.12).

**Таблица 4.12. – Параметры КЖ детей 1 года – 2 лет в зависимости от половой принадлежности, Me [25q; 75q]**

Аспект КЖ	Родители			Педиатры		
	Мальчики	Девочки	p	Мальчики	Девочки	p
ПиО	4,1 [3,5; 4,6]	4,2 [3,9; 4,5]	=0,770 ( $>0,05$ ; Z = -0,3)	3,2 [3,0; 3,8]	3,1 [2,6; 3,8]	=0,439 ( $>0,05$ ; Z = 0,8)
СОО	3,8 [3,4; 4,2]	3,4 [3,2; 4,0]	=0,281 ( $>0,05$ ; Z = 1,1)	3,2 [3,0; 3,4]	3,0 [2,8; 3,4]	=0,113 ( $>0,05$ ; Z = 1,6)
СО	4,5 [3,5; 4,7]	4,2 [3,5; 4,5]	=0,450 ( $>0,05$ ; Z = 0,8)	3,5 [3,2; 4,0]	3,1 [2,5; 3,8]	=0,087 ( $>0,05$ ; Z = 1,7)
НПРиФЗ	3,7 [3,0; 4,2]	3,5 [2,8; 3,8]	=0,265 ( $>0,05$ ; Z = 1,1)	3,1 [2,7; 3,7]	2,8 [2,6; 3,4]	=0,265 ( $>0,05$ ; Z = 1,1)
ОБ	3,8 [3,5; 4,3]	3,9 [3,5; 4,1]	=0,651 ( $>0,05$ ; Z = 0,5)	3,2 [3,0; 3,6]	3,1 [2,6; 3,7]	=0,450 ( $>0,05$ ; Z = 0,8)

**Примечание:** p – статистическая значимость различий показателей между данными мальчиков и девочек (по U-критерию Манна-Уитни).

Однако при изучении соответствия ответов респондентов при оценке КЖ в группе мальчиков и девочек данного возраста отмечалась иная картина (рисунок 4.20).



**Рисунок 4.20. – Профиль КЖ мальчиков и девочек (по ответам родителей и педиатров)** (стрелками указаны различия в ответах родителей и педиатров)

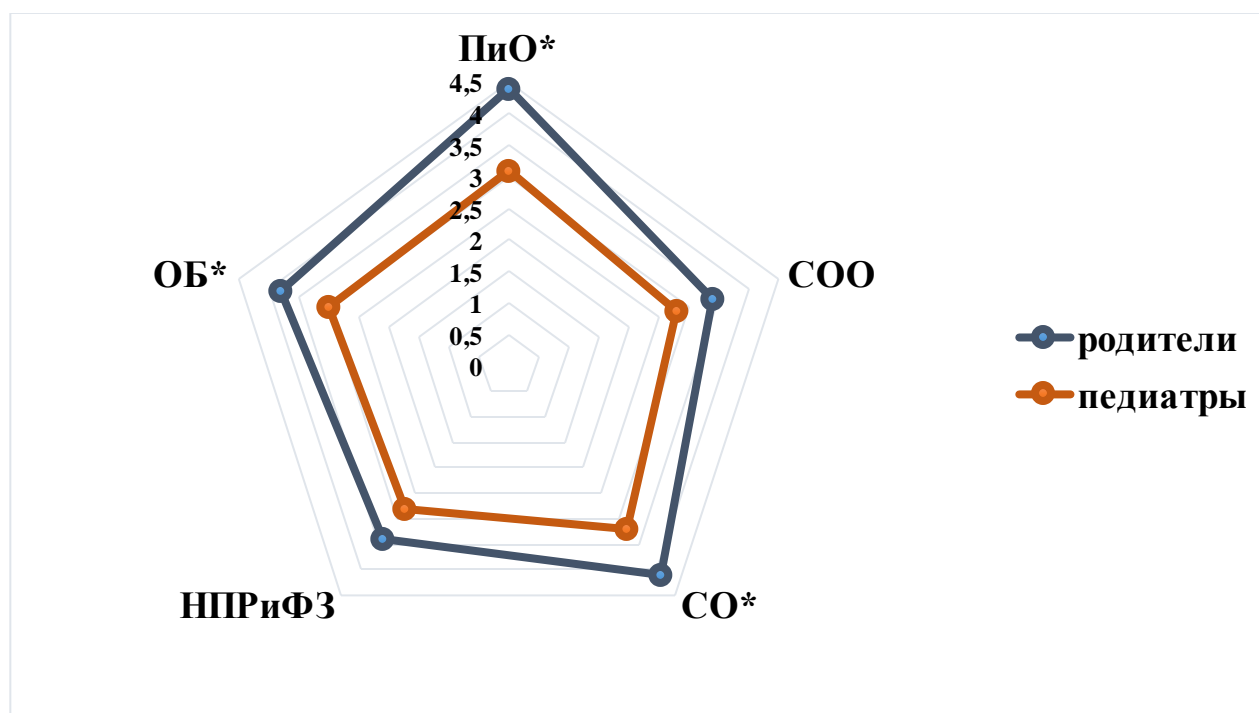
Итак, как видно из рисунка, КЖ мальчиков, по мнению педиатров, значительно ниже, по сравнению с мнением родителей, по всем его аспектам. В группе девочек также отмечаются более низкие оценки КЖ по мнению педиатров в сравнении с оценками родителей почти по всем его аспектам, за исключением шкалы «способности оставаться одному».



Установлено, что в процессе сравнительного анализа опроса родителей и педиатров с учетом пола ребенка педиатры значительно ниже оценивают КЖ детей 1-2 лет, что сопоставимо с данными, полученными при исследовании детей первого года жизни.

Изучено влияние состояния здоровья на КЖ детей данного возрастного ценза. Физическое развитие ребенка является одним из важных показателей его здоровья.

Итак, сравнение КЖ детей 1-2 лет с разным уровнем физического развития показало, что как в родительском, так и во врачебном варианте опросника, не было выявлено достоверных различий, за исключением ФР ниже среднего (рисунок 4.21).



**Рисунок 4.21. – Показатели КЖ детей с низкими показателями физического развития (\*– статистическая значимость различий показателей между данными родителей и педиатров по U-критерию Манна-Уитни)**

Педиатры считали, что в группе детей с отставанием физического развития КЖ было хуже по общему баллу ( $p < 0,01$ ) по шкалам «поведение и общение» ( $p < 0,001$ ) и «семейное окружение» ( $p < 0,001$ ).

Таким образом, полученные данные соответствуют данным, полученным при исследовании детей от 3 мес. до 1 года, которые доказывают влияние отставания в физическом развитии ребенка на снижение его КЖ.

Исследование нервно-психического развития детей 1-2 лет показало, что отставание в этом направлении также способствует снижению КЖ детей (таблица 4.13).

**Таблица 4.13. – Показатели КЖ детей первого года жизни в зависимости от уровня нервно-психического развития (Ме [25q; 75q])**

Аспект КЖ	Родители			Педиатры		
	Норм. НПР	Отставание НПР	p	Норм. НПР	Отставание НПР	p
ПиО	4,3 [3,8;4,6]	4,1 [3,9;4,5]	=0,768 (>0,05; Z=0,3)	3,1 [3,0;3,8]	2,9 [2,6;3,1]	=0,002 (<0,01; Z=3,1)
СОО	3,6 [3,2;3,8]	3,8 [3,2;4,0]	=0,457 (>0,05; Z=-0,7)	3,2 [2,8;3,6]	3,0 [2,8;3,2]	=0,107 (>0,05; Z=1,6)
СО	4,2 [3,5;4,7]	4,3 [3,7;4,6]	=0,768 (>0,05; Z=-0,3)	3,5 [3,0;3,8]	3,5 [3,0;3,5]	=0,513 (>0,05; Z=0,7)
НПР и ФЗ	3,7 [3,2;4,0]	3,5 [2,9;3,9]	=0,365 (>0,05; Z=0,9)	3,1 [2,6;3,7]	2,6 [2,2;2,9]	=0,002 (<0,01; Z=3,1)
ОБ	3,9 [3,3;4,3]	3,8 [3,5;4,1]	=0,992 (>0,05; Z=0,0)	3,1 [3,0;3,5]	2,8 [2,7;3,1]	=0,004 (<0,01; Z=2,8)

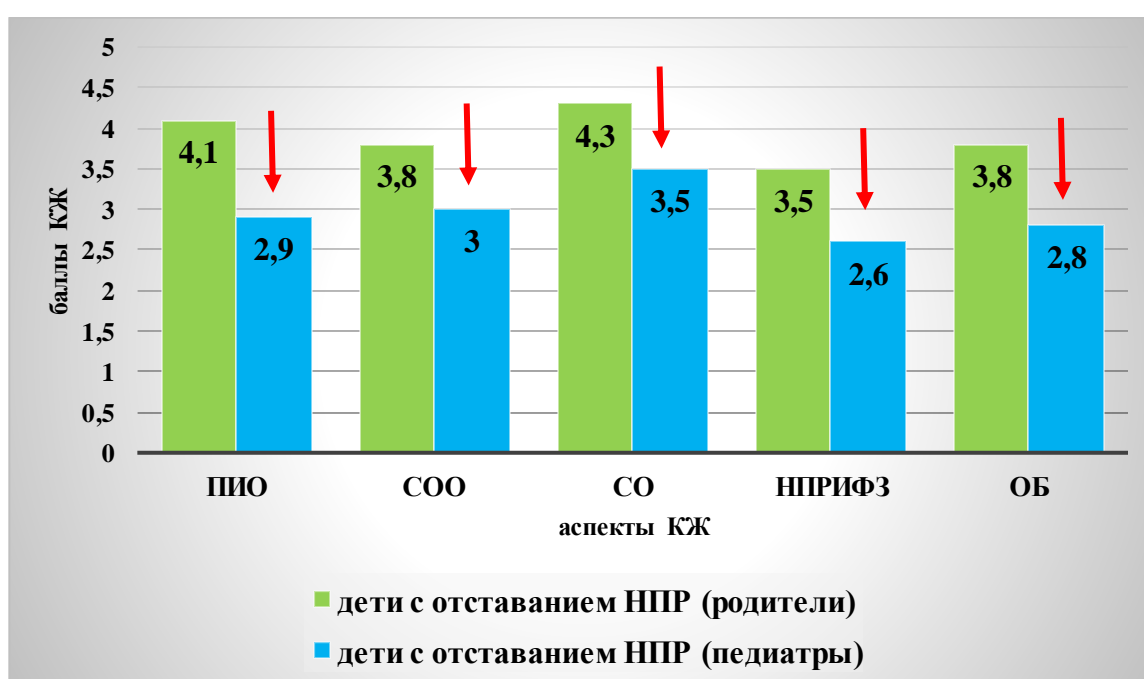
**Примечание:** p – статистическая значимость различий показателей между данными родителей и педиатров (по U-критерию Манна-Уитни)

Мнение родителей не выявило различий при оценке КЖ у детей с нормальным и отстающим НПР. Родители считали, что данный фактор оказывал менее негативное влияние на КЖ детей старше года, по сравнению с детьми младшего возраста. Педиатры склонны к мнению о том, что дети с отставанием в

НПР имеют более худшие показатели КЖ по шкалам «поведение и общение», «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» и по общему баллу.

Ответы родителей и педиатров при оценке КЖ детей 1-2 лет с отставанием в НПР было различными. Педиатры указывают на то, что эти дети имеют худшие показатели по всем его аспектам.

Очевидно, что педиатры в силу своей профессии более реалистично оценивают КЖ детей с отставанием в НПР как на первом году жизни, так и в более старшем возрасте (рисунок 4.22).

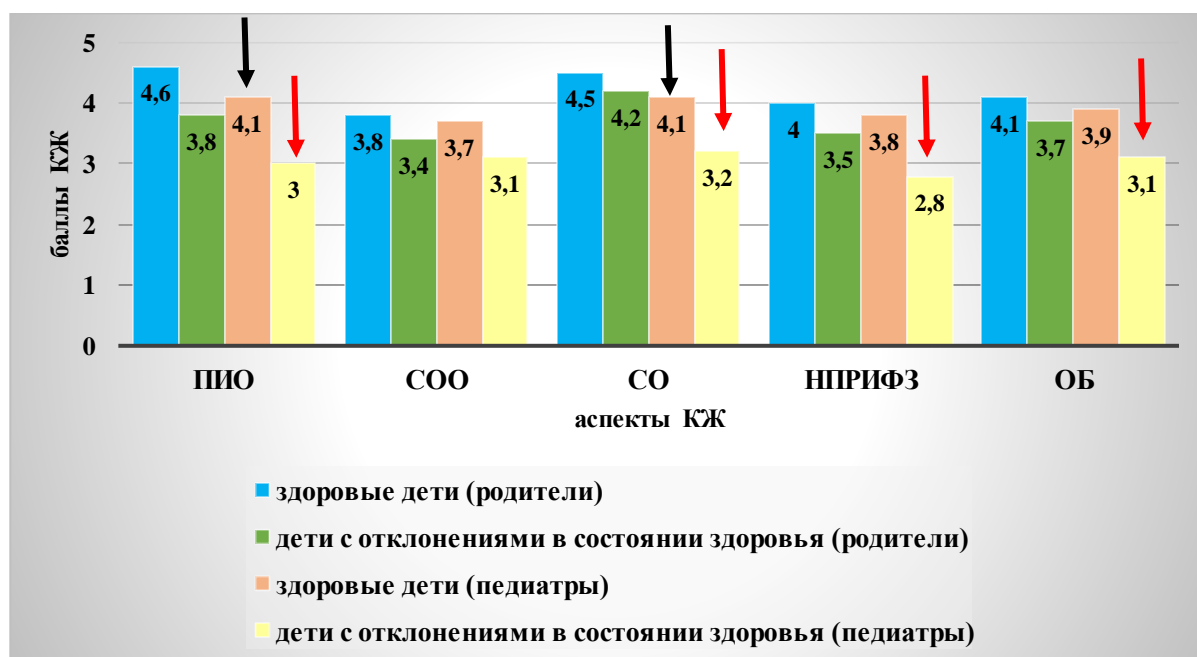


**Рисунок 4.22. – Параметры КЖ детей с отставанием в НПР по ответам родителей и педиатров (стрелками указаны различия в ответах родителей и педиатров)**

В процессе выполнения работы был проведен сравнительный анализ КЖ здоровых детей и детей, имеющих отклонения в состоянии здоровья.

Необходимо указать, что по ответам родителей и педиатров при оценке КЖ здоровых детей разногласий выявлено не было, кроме шкал «поведение и общение» (4,6 и 4,1 соответственно, черные стрелки,  $p < 0,001$ ) и «семейное окружение» (4,5 и 4,1 соответственно, черные стрелки,  $p < 0,05$ ).

Полученные результаты оценки КЖ с учетом состояния здоровья детей представлены на рисунок 4.23.



**Рисунок 4.23. – Параметры КЖ здоровых детей 1-2 лет в зависимости от состояния здоровья (по ответам родителей и педиатров)** (стрелками указаны различия в ответах родителей и педиатров)

Сравнительный анализ исследования КЖ детей с различными морфофункциональными отклонениями показал значимые различия в ответах респондентов по общему баллу (3,7 и 3,1 соответственно,  $p < 0,001$ ), а также по шкалам «поведение и общение» (4,1 и 3,0,  $p < 0,001$ ), «семейное окружение» (4,1 и 3,2,  $p < 0,001$ ) и «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» (3,8 и 2,8,  $p < 0,001$ ). Эти аспекты КЖ педиатры оценили ниже родителей.

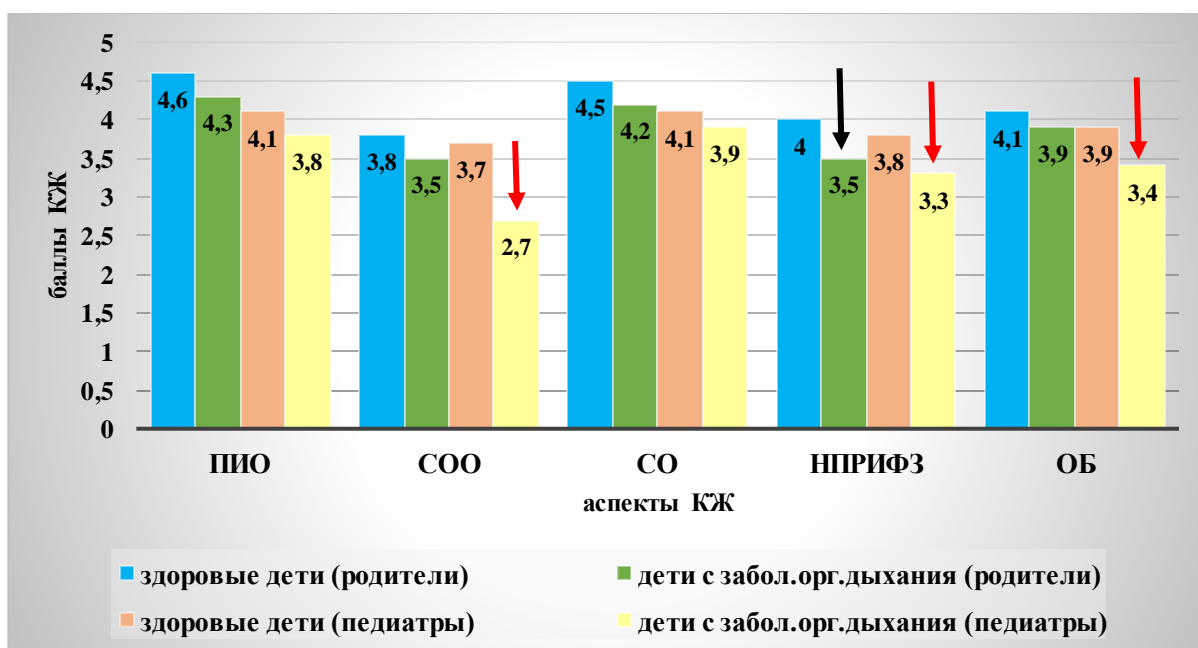
Анализ врачебного варианта опросника установил достоверное различие КЖ здоровых и детей с отклонениями в здоровье по параметрам: ОБ (3,9 и 3,1,  $p < 0,001$ ), «поведение и общение» (4,1 и 3,0,  $p < 0,001$ ), «способности оставаться одному» (3,7 и 3,1,  $p < 0,05$ ), «семейное окружение» (4,1 и 3,2 соответственно,  $p < 0,001$ ) и «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» (3,8 и 2,8,  $p < 0,001$ ).

Родители указали на достоверное различие КЖ здоровых и детей с отклонениями в здоровье по шкалам «поведение и общение» (4,6 и 3,8,  $p < 0,01$ ) и «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» (4,0 и 3,5,  $p < 0,05$ ).

Таким образом, КЖ детей 1-2 лет при разном состоянии здоровья также подтверждает результаты, полученные у детей первого года жизни, где КЖ детей, имеющих отклонения в состоянии здоровья, отличается от здоровых.

Учитывая наиболее часто встречающуюся патологию в данном возрасте, представленную классом «Болезни органов дыхания», было проведено сравнение КЖ детей, имеющих эту патологию, со здоровыми.

Итак, сравнительный анализ КЖ детей 1-2 лет, имеющих заболевания органов дыхания, представлен на рисунке 4.24.



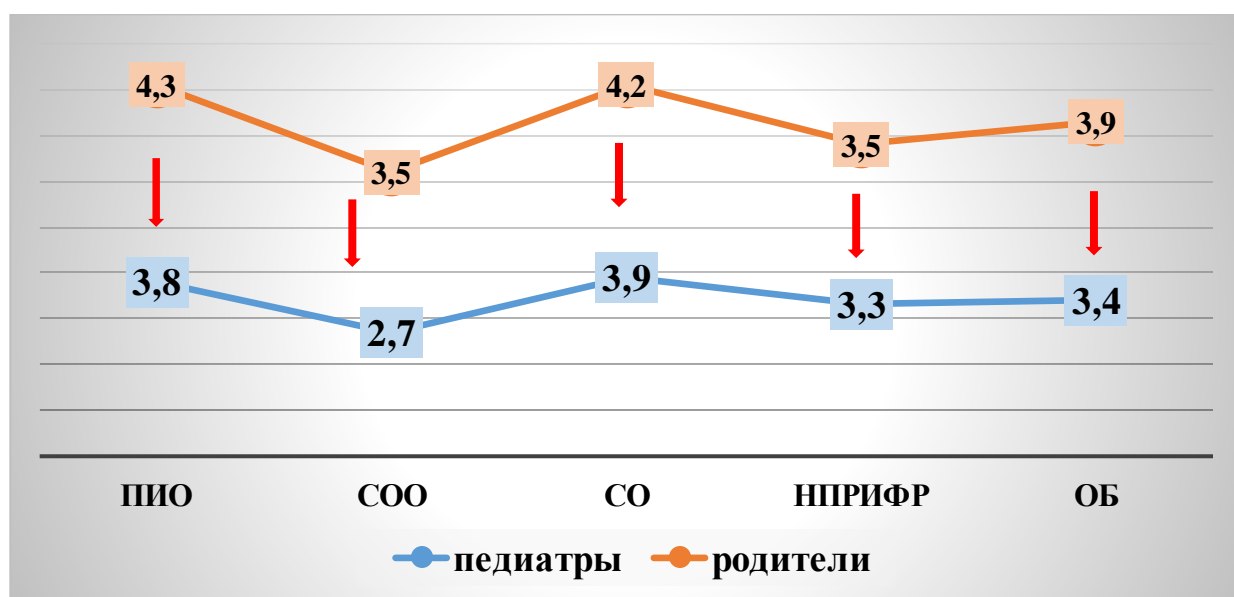
**Рисунок 4.24. – Параметры КЖ здоровых детей 1–2 лет и детей, имеющих болезни органов дыхания**

(стрелками указаны различия в ответах родителей и педиатров)

Как отметили педиатры, у детей, имеющих заболевания органов дыхания, КЖ достоверно ниже по таким аспектам, как «способность оставаться одному» ( $p < 0,001$ ), «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» ( $p < 0,01$ ) и по общему баллу ( $p < 0,01$ ). В то же время родители указывают на снижение КЖ

только по шкале «нервно-психическое развитие и физическое здоровье», ( $p < 0,01$ ).

Однако, по мнению педиатров, в процессе проведения сравнения результатов опроса установлено, что у детей с заболеваниями органов дыхания КЖ было достоверно ниже по всем аспектам, особенно нарушены аспекты «способность оставаться одному» и «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» (рисунок 4.25).



**Рисунок 4.25. – Профиль КЖ детей 1–2 лет, имеющих болезни органов дыхания (по ответам родителей и педиатров)** (стрелками указаны различия в ответах родителей и педиатров)

В данной возрастной категории, также как у детей первого года жизни, представляло интерес изучение КЖ детей, часто подверженных острым респираторным заболеваниям.

Из представленных в таблице данных, КЖ часто болеющих детей гораздо ниже, по сравнению с детьми, эпизодически подверженных острым респираторным заболеваниям. Мнение респондентов совпали при оценке таких компонентов КЖ, как «поведение и общение» и общего балла, где были выявлены достоверные различия.

По другим аспектам КЖ мнения респондентов разошлись: статистически значимые различия были выявлены в аспекте «способность оставаться одному» в родительском опроснике, а во врачебном опроснике – «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» (таблица 4.14).

**Таблица 4.14. – Показатели КЖ детей 1-2 лет, эпизодически и часто болеющих острыми респираторными заболеваниями (Me [25q; 75q])**

Аспект КЖ	Оценка показателя КЖ		p
	ЭБД	ЧБД	
	<b>Родители</b>		
ПиО	4,5 [4,0; 4,6]	4,0 [3,6; 4,3]	<b>=0,007 (&lt;0,01; Z=2,7)</b>
СОО	3,8 [3,6; 4,0]	3,4 [3,2; 3,8]	<b>=0,005 (&lt;0,01; Z=2,8)</b>
СО	4,2 [3,7; 4,7]	4,3 [3,6; 4,6]	=0,798 (>0,05; Z=-0,3)
НПРиФЗ	3,8 [3,1; 4,2]	3,5 [2,9; 3,9]	=0,060 (>0,05; Z=1,9)
ОБ	4,0 [3,6; 4,4]	3,7 [3,3; 4,0]	<b>=0,043 (&lt;0,05; Z=2,0)</b>
	<b>Педиатры</b>		
ПиО	3,2 [3,0; 3,8]	3,0 [2,8; 3,1]	<b>=0,011 (&lt;0,05; Z=2,5)</b>
СОО	3,2 [3,0; 3,6]	3,0 [2,8; 3,2]	=0,120 (>0,05; Z=1,6)
СО	3,5 [3,0; 3,8]	3,2 [3,0; 3,7]	=0,292 (>0,05; Z=1,1)
НПРиФЗ	3,1 [2,6; 3,7]	2,8 [2,5; 2,9]	<b>=0,016 (&lt;0,05; Z=2,4)</b>
ОБ	3,2 [3,0; 3,8]	3,0 [2,8; 3,1]	<b>=0,035 (&lt;0,05; Z=2,1)</b>

**Примечание:** p – статистическая значимость различий показателей между данными ЭБД и ЧБД (по U-критерию Манна-Уитни)

Выявлено, что КЖ детей 1-2 лет, как и у детей первого года жизни, имеет зависимость от состояния их здоровья, уровня физического и нервно-психического развития. Следовательно, результаты оценки КЖ лучше у здоровых детей и имеют зависимость от наличия отклонений в состоянии здоровья.

Проведя в дальнейшем сравнение показателей КЖ у детей в зависимости от различных медико-биологических факторов, таких как течение беременности

и родов, порядковый номер беременности, состояние здоровья родителей, а также таких социальных факторов, как наличие вредных привычек, неполная семья, питание детей, не установлено достоверных различий между группами.

Достоверные различия были выявлены при проведении сравнения КЖ детей с учетом количества детей и взаимоотношений в семье.

Итак, как видно из таблицы, по мнению педиатров, в случае наличия 4 и более детей в семье имеет место снижение уровня аспектов «способность оставаться одному» и «нервно-психическое развитие и физическое развитие». Оптимальным КЖ оказалось, когда в семье 1-2 ребенка (таблица 4.15).

**Таблица 4.15. – Показатели КЖ детей 1-2 лет в зависимости от количества детей в семье (Me [25q; 75q])**

Аспект	Родители			p (df=2)
	1 ребёнок	2-3 ребёнка	4 и более детей	
ПиО	4,2 [3,9; 4,5]	4,2 [3,9; 4,5]	3,6 [3,6; 4,1]	=0,174 (>0,05; $\chi^2=3,5$ )
СОО	3,5 [3,2; 4,2]	3,8 [3,4; 4,0]	3,2 [3,2; 3,8]	=0,186 (>0,05; $\chi^2=3,4$ )
СО	4,2 [3,7; 4,7]	4,2 [3,2; 4,7]	4,5 [4,0; 4,5]	=0,721 (>0,05; $\chi^2=0,7$ )
НПРиФЗ	3,8 [2,9; 3,8]	3,5 [2,9; 4,0]	3,5 [3,2; 4,0]	=0,899 (>0,05; $\chi^2=0,2$ )
ОБ	4,0 [3,3; 4,3]	3,8 [3,5; 4,2]	3,7 [3,3; 3,8]	=0,079 (>0,05; $\chi^2=5,1$ )
Аспект	Педиатры			p (df=2)
	1 ребёнок	2-3 ребёнка	4 и более детей	
ПиО	3,1 [2,8; 3,5]	3,1 [2,8; 3,5]	3,1 [2,7; 3,1]	=0,105 (>0,05; $\chi^2=4,5$ )
СОО	3,2 [3,0; 3,6]	3,2 [2,8; 3,4]	2,8 [2,8; 2,8]	= <b>0,015</b> (< <b>0,05</b> ; $\chi^2=8,3$ )
СО	3,4 [3,0; 3,8]	3,2 [3,0; 3,7]	3,7 [3,0; 3,7]	=0,288 (>0,05; $\chi^2=2,5$ )
НПРиФЗ	2,8 [2,5; 3,2]	2,9 [2,6; 3,4]	2,8 [2,3; 2,8]	= <b>0,031</b> (< <b>0,05</b> ; $\chi^2=7,0$ )
ОБ	3,0 [2,8; 3,4]	3,0 [2,8; 3,5]	3,1 [2,7; 3,1]	=0,899 (>0,05; $\chi^2=0,2$ )

**Примечание:** p – статистическая значимость различия показателей всех групп по медианному тесту.



Психологический климат в семье влияет на показатели КЖ детей. Результаты опроса респондентов показали достоверное снижение КЖ у детей в тех семьях, где присутствует конфликт взаимоотношений между его членами (таблица 4.16).

**Таблица 4.16. – Показатели КЖ детей 1-2 лет в зависимости от взаимоотношений в семье (Me [25q; 75q])**

Аспект КЖ	Родители (Me [25q; 75q])	Педиатры (Me [25q; 75q])	p
ПиО	4,1 [3,85; 4,54]	3,1 [2,85; 3,46]	=0,0000 (p <0,001) Z =6,77
СОО	3,6 [3,20; 4,00]	3,2 [2,80; 3,40]	=0,0000 (p <0,001) Z =4,73
СО	4,2 [3,75; 4,66]	3,5 [3,00; 3,75]	=0,0000 (p <0,001) Z =5,10
НПРиФЗ	3,5 [3,07; 4,00]	2,8 [2,58; 3,17]	=0,0000 (p <0,001) Z =4,68
ОБ	3,7 [3,47; 4,18]	3,1 [2,82; 3,38]	=0,0000 (p <0,001) Z =6,25

**Примечание:** p – статистическая значимость различий показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни)

Мнения педиатров и родителей совпадают по параметрам, указывающим на низкие показатели КЖ по шкале «нервно-психическое развитие и физическое здоровье». В тех семьях, где имеют место спокойные, доброжелательные отношения, статистических различий в ответах респондентов выявлено не было. Также был проведен анализ взаимосвязи показателей КЖ с некоторыми медико-социальными факторами.

Результаты корреляционного анализа выявили влияние нижеследующих факторов на аспект «поведение и общение» (по оценкам респондентов):

- группа здоровья ( $r = 0,42, p < 0,05$ );
- служебное положение ( $r = -0,31, p < 0,05$ );
- образование родителей ( $r = -0,28, p < 0,05$ );
- наличие вредных привычек у одного из родителя ( $r = 0,44, p < 0,05$ ).

На аспект «способность оставаться одному» оказывают влияние:

- группа здоровья ( $r = -0,48, p < 0,05$ );
- уровень нервно-психического развития ( $r = 0,31, p < 0,05$ );
- количество детей в семье (более 4), ( $r = 0,44, p < 0,05$ );
- служебное положение ( $r = -0,42, p < 0,05$ ).

Определена взаимозависимость шкалы «семейное окружение» с такими факторами, как:

- физическое развитие ребенка ( $r = 0,52, p < 0,05$ );
- взаимоотношения в семье ( $r = -0,289, p < 0,05$ );
- количество детей ( $r = -0,28, p < 0,05$ );
- служебное положение родителей ( $r = -0,46, p < 0,05$ );
- наличие вредных привычек у одного из родителя ( $r = 0,29, p < 0,05$ ).

На параметры шкалы «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» влияли:

- группа здоровья ( $r = 0,61, p < 0,001$ );
- физическое развитие ребенка ( $r = 0,57, p < 0,01$ );
- уровень нервно-психического развития ( $r = 0,43, p < 0,05$ );
- служебное положение родителей ( $r = -0,39, p < 0,05$ ).

Таким образом, выявленные взаимосвязи подтверждают влияние на КЖ ребенка различных медико-биологических и социальных факторов. Причем, если на первом году жизни на КЖ детей наибольшее влияние оказывали медико-биологические факторы, то в более старшем возрасте влияли преимущественно социальные факторы.

#### **4.3.3. Показатели качества жизни детей дошкольного возраста**

Адаптированная русскоязычная версия международного опросника PedsQL™ 4.0 (Varni J.W., Seid M., Kurtin P.S., 2001) была использована как инструмент анализа и оценки качества жизни при обследовании 354 детей дошкольного возраста (от 3 до 7 лет).

Распределение детей проводилось на две подгруппы в зависимости от возраста – младший дошкольный возраст (3-4 лет, 97 детей) и старший дошкольный возраст (5-7 лет, 257 детей). У детей 3-4 лет применялся вариант опросника, предназначенный для заполнения исключительно родителями, а у более старших детей (5-7 лет) - учитывалось мнение родителей и самих детей.

Итоги проведенного опроса КЖ обследованных детей по итоговым ответам родителей и детей представлены в нижеследующей таблице (таблица 4.17).

**Таблица 4.17. – Параметры КЖ детей дошкольного возраста, Me [25q; 75q]**

<b>Показатель КЖ</b>	<b>По ответам родителей детей 3-4 лет</b>	<b>По ответам родителей детей 5-7 лет</b>	<b>По ответам детей 5-7 лет</b>
Физическое функционирование (ФФ)	81,0 [62,0; 89,0]	78,0 [66,5; 91,5]	81,0 [68,0; 87,0]
Эмоциональное функционирование (ЭФ)	65,0* [50,0; 80,0]	70,0* [57,0; 90,0]	80,0** [60,0; 90,0]
Социальное функционирование (СФ)	80,0 [65,0; 90,0]	80,0 [60,0; 100,0]	80,0 [65,0; 100,0]
Функционирование в детском саду (ФДС)	66,0* [50,0; 83,0]	58,2* [35,0; 75,0]	60,0** [50,0; 80,0]
Психосоциальное здоровье (ПСЗ)	69,2 [59,0; 80,8]	70,0 [56,7; 80,0]	73,3 [63,3; 86,7]
Общий балл (ОБ)	72,6 [65,3; 83,3]	71,7 [60,9; 82,6]	73,9 [65,2; 85,2]

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

В максимальное число баллов было оценено физическое (81,0 баллов) и социальное (80,0 баллов) функционирование у детей младшей возрастной группы, наиболее низкие оценки получили такие аспекты, как эмоциональное (65,0 баллов) и ролевое функционирование (66,0 баллов), следовательно,

психосоциальное здоровье имело более низкую оценку (69,2 баллов), чем физическое функционирование (81,0 баллов).

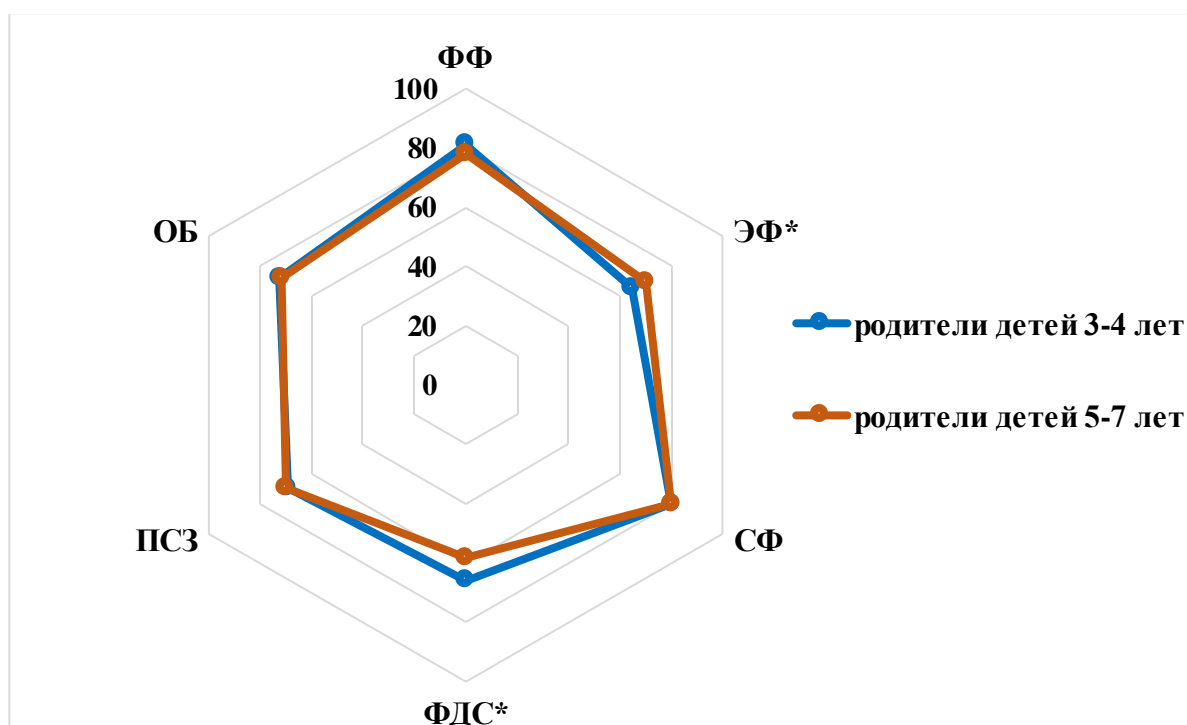
В старшей возрастной группе отмечалась почти аналогичная картина. Так, родители детей старшей возрастной группы наиболее высоко оценили социальное (80,0 баллов) и менее высоко – физическое (78,0 баллов) функционирование. Наиболее низкие оценки имели эмоциональное (70,0 баллов) и ролевое (58,2 баллов) и, соответственно, психосоциальное здоровье (70,0 баллов) имело более низкую оценку в сравнении с физическим функционированием (78,0). Общий балл у обследуемых детей по оценкам родителей значимых различий не имел.

По ответам самих детей (5-7 лет) стал очевидным тот факт, что достаточно высокую оценку – получило физическое функционирование (81,0 баллов), немного меньше эмоциональное (80,0 баллов) и социальное (80,0 баллов) функционирование в одинаковой степени, более низкую - психосоциальное здоровье (73,3 баллов) и самую низкую – ролевое функционирование (60,0 баллов).

При сравнении ответов родителей и самих детей дошкольного возраста выявлен, даже несмотря на отсутствие статистических различий по общему баллу, различия по таким аспектам КЖ, как эмоциональное и ролевое функционирование. При этом родители данные параметры КЖ, отражающие их психосоциальное здоровье, оценили достоверно ниже, чем сами дети.

Итоги опроса родителей показали, что КЖ детей 5-7 лет и детей 3-4 лет по многим аспектам достоверных различий не имело, за исключением таких аспектов КЖ, как эмоциональное и ролевое функционирование.

Хотелось бы отметить, что оценка эмоционального функционирования была выше у детей 5-7 лет, а ролевое функционирование – у детей 3-4 лет. Очевидно, это связано с их возрастными особенностями (рисунок 4.26.).



**Рисунок 4.26. – Профиль КЖ детей 3-4 и 5-7 лет (по ответам родителей)**

(\* – статистическая значимость различий показателей между данными родителей и педиатров по U-критерию Манна-Уитни).

Также была дана оценка гендерным различиям параметров КЖ детей дошкольного возраста (таблица 4.18).

**Таблица 4.18. – Параметры КЖ детей дошкольного возраста в зависимости от пола (Me [25q; 75q])**

Показатель КЖ	Дети 3-4 лет		Дети 5-7 лет	
	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки
Физическое функционирование (ФФ)	84,0 [65,0; 90,0]	75,0 [59,0; 87,0]	78,0 [68,0; 90,0]	75,0 [62,0; 93,0]
Эмоциональное функционирование (ЭФ)	70,0* [55,0; 80,0]	60,0* [45,0; 80,0]	70,0 [55,0; 90,0]	65,0 [55,0; 80,0]
Социальное функционирование (СФ)	75,0 [65,0; 90,0]	80,0 [60,0; 80,0]	80,0 [60,0; 100,0]	80,0 [65,0; 95,0]
Функционирование в детском саду (ФДС)	66,0 [50,0; 83,0]	66,0 [50,0; 83,0]	60,0 [35,0; 75,0]	60,0 [40,0; 80,0]

**Продолжение таблицы 4.18.**

Психосоциальное здоровье (ПСЗ)	68,0 [59,6; 80,8]	69,2 [55,8; 80,8]	68,2 [58,3; 80,0]	70,0 [51,7; 81,7]
Общий балл (ОБ)	73,5 [66,7; 84,5]	72,0 [58,3; 80,9]	71,7 [61,9; 82,6]	70,6 [58,7; 82,6]

**Примечание:** \* – статистическая значимость различий показателей между сравниваемыми группами (по U-критерию Манна-Уитни)

Согласно данным, приведенным в таблице, родители детей как младшего, так и старшего дошкольного возраста выше всего оценили социальное и физическое функционирование. Наименьшие баллы были выявлены при оценке таких аспектов КЖ, как ролевое функционирование, психосоциальное здоровье и, соответственно, общий балл. Достоверные различия были выявлены только при оценке эмоционального функционирования у детей младшего дошкольного возраста, где средний балл был выше у мальчиков.

Были подвергнуты анализу гендерные различия параметров КЖ мальчиков и девочек 5-7 лет.

Как видно из таблицы 4.19, по результатам опроса детей, половых различий по оценкам КЖ не было выявлено, за исключением аспекта «социальное функционирование», где данный показатель был значительно выше у девочек.

**Таблица 4.19. – Параметры КЖ детей 5-7 лет в зависимости от пола (Me [25q; 75q])**

Показатель КЖ	Дети		Родители	
	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки
Физическое функционирование (ФФ)	81,0 [62,0; 87,0]	81,0 [75,0; 93,0]	78,0 [68,0; 90,0]	75,0 [62,0; 93,0]
Эмоциональное функционирование (ЭФ)	80,0 [60,0; 90,0]	80,0 [60,0; 100,0]	70,0** [55,0; 90,0]	65,0** [55,0; 80,0]

**Продолжение таблицы 4.19.**

Социальное функционирование (СФ)	80,0* [60,0; 90,0]	90,0* [70,0; 100,0]	80,0 [60,0; 100,0]	80,0 [65,0; 95,0]
Функционирование в детском саду (ФДС)	60,0 [50,0; 80,0]	66,0 [50,0; 85,0]	60,0 [35,0; 75,0]	60,0 [40,0; 80,0]
Психосоциальное здоровье (ПСЗ)	72,0 [63,3; 83,3]	76,7 [66,7; 86,7]	68,2 [58,3; 80,0]	70,0 ** [51,7; 81,7]
Общий балл (ОБ)	72,8 [63,0; 84,8]	78,3 [67,4; 91,3]	71,7 [61,9; 82,6]	70,6** [58,7; 82,6]

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

По результатам опроса родителей, половых различий в оценке КЖ также не было выявлено. Хотя, по мнению родителей, несколько выше были оценки физического и эмоционального функционирования мальчиков в сравнении с девочками. Такие аспекты, как социальное и ролевое функционирование были практически одинаковы.

Хотелось бы отметить, что статистические различия были выявлены при анализе противоречий в ответах девочек и их родителей. Так, эти различия касались именно таких компонентов КЖ, как эмоциональное функционирование и психосоциальное здоровье, а также по уровню общего балла. Различия в ответах родителей и мальчиков выявлены только при оценке такого аспекта КЖ, как эмоциональное функционирование.

Результаты опроса показывают, что родители склонны оценивать КЖ своих детей несколько ниже, нежели сами дети. Это еще раз подтверждает мнение о неосведомлённости родителей об особенностях эмоционального функционирования и психосоциального здоровья их детей (Баранов А. А., Альбицкий В. Ю., Винярская И. В. и соавт., 2007; Малиевский В. А., Байтурина А. Т., Валиуллина С. А. и соавт., 2007).

В процессе исследования основное внимание уделялось определению влияния морфофункциональных отклонений у детей на их качество жизни.

Результаты проведённого исследования у детей младшего дошкольного возраста представлены в таблице 4.20.

**Таблица 4.20. - Параметры КЖ детей 3-4 лет в зависимости от группы здоровья, Ме [25q; 75q]**

Показатель КЖ	Группа здоровья			
	I	II	III	p
Физическое функционирование (ФФ)	87,0 [81,0; 93,0]	75,0 [62,0; 87,0] $p_1 > 0,05$	40,0 [37,0; 40,0] $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	<b>=0,0000</b> <b>(&lt;0,001)</b> H = 27,0
Эмоциональное функционирование (ЭФ)	75,0 [60,0; 85,0]	65,0 [50,0; 80,0] $p_1 > 0,05$	30,0 [25,0; 35,0] $p_1 < 0,01$ $p_2 > 0,05$	<b>=0,0066</b> <b>(&lt;0,01)</b> H = 10,0
Социальное функционирование (СФ)	90,0 [70,0; 95,0]	75,0 [60,0; 80,0] $p_1 < 0,01$	60,0 [45,0; 65,0] $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$	<b>=0,0001</b> <b>(&lt;0,001)</b> H = 18,4
Функционирование в детском саду (ФДС)	83,0 [66,0; 91,0]	66,0 [55,0; 75,0] $p_1 < 0,05$	58,0 [41,0; 66,0] $p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,05$	<b>=0,0029</b> <b>(&lt;0,01)</b> H = 11,7
Психосоциальное здоровье (ПСЗ)	80,8 [69,2; 84,6]	67,3 [57,5; 78,8] $p_1 < 0,01$	42,3 [38,5; 47,5] $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$	<b>=0,0001</b> <b>(&lt;0,001)</b> H = 18,2
Общий балл (ОБ)	83,3 [75,0; 88,1]	72,6 [63,1; 79,8] $p_1 < 0,01$	38,9 [38,1; 44,4] $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,01$	<b>=0,0000</b> <b>(&lt;0,001)</b> H = 27,2

**Примечание:** p – статистическая значимость различия показателей между всеми группами (по H-критерию Крускала-Уоллиса);  $p_1$  – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в 1 группе здоровья;  $p_2$  – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми во 2 группе здоровья ( $p_1$ - $p_2$  – по U-критерию Манна-Уитни)



Проведенное исследование показало достоверно значимое преобладание всех аспектов КЖ детей I группы здоровья в сравнении со II и III группами здоровья. Значимы различия отражающие высокие баллы у здоровых детей, были получены по шкале «социальное функционирование» (90 баллов), что свидетельствует об отсутствии проблем во взаимоотношениях со сверстниками в процессе межличностного общения. Уровень физического функционирования (87 баллов) также получил высокие баллы. Тогда как максимально низкие оценки были по шкале «эмоциональное функционирование» (75 баллов).

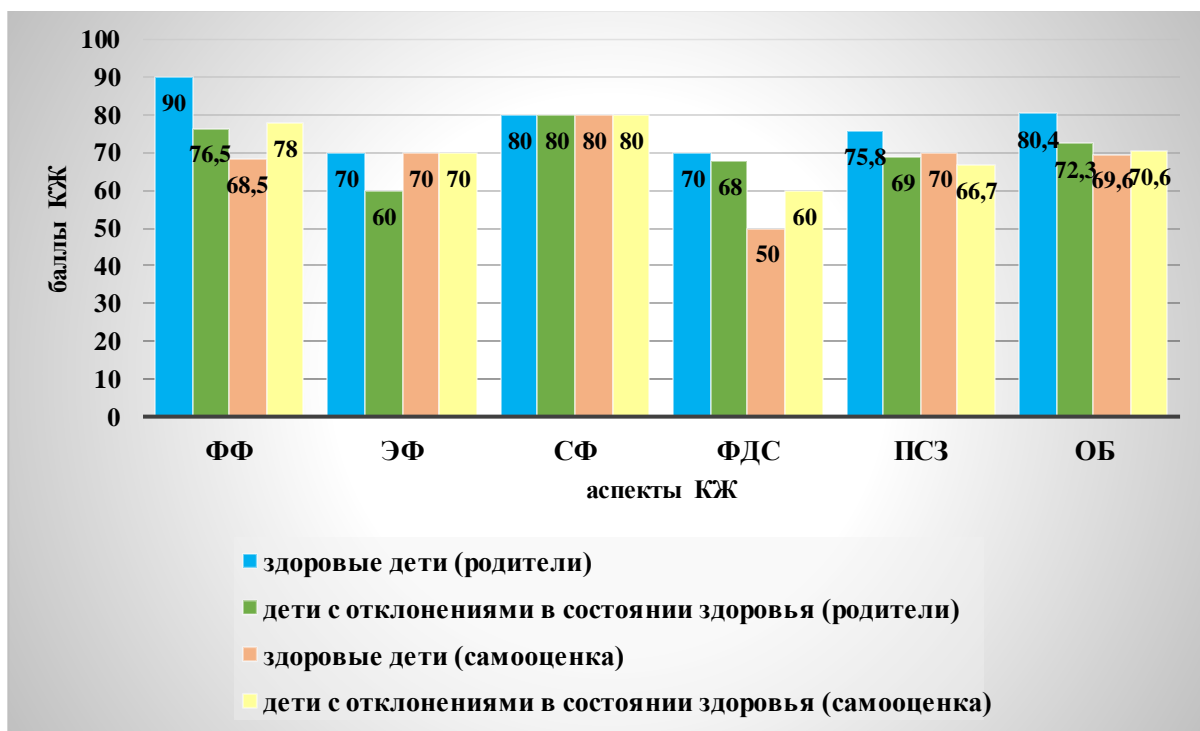
По результатам анкетирования было установлено, что средние параметры КЖ детей II группы здоровья были достоверно ниже показателей КЖ детей I группы здоровья, в основном по шкалам, описывающим социальную составляющую здоровья (СФ, ФДС, ПСЗ) и, соответственно, по общему баллу.

При сравнении III группы здоровья у этих детей и II гр. здоровья статистические различия были установлены только по шкале, характеризующей физическое здоровье ребенка (75,0 и 40,0 баллов соответственно), включая общий балл (72,6 и 38,9 баллов соответственно).

По остальным шкалам КЖ достоверных различий между детьми II и III групп здоровья выявлено не было. Однако, как видно из таблицы, дети с хронической патологией отличались от детей со II гр. здоровья более низким уровнем КЖ. Это свидетельствует о низком показателе эмоционального (30 баллов) и физического (40 баллов) функционирования. Очевидно, отсутствие статистических различий объясняется малым количеством детей с хронической патологией.

Итоги по оценке КЖ с учетом состояния здоровья детей старшего дошкольного возраста (5-7 лет) представлены на рисунок 4.27.

По мнению детей и их родителей, значимого влияния на КЖ респондентов группа здоровья не оказывает.



**Рисунок 4.27. – Параметры КЖ здоровых детей 5-7 лет в зависимости от состояния здоровья (по ответам родителей и детей)**

Проведена оценка КЖ детей дошкольного возраста в зависимости от уровня физического развития (таблица 4.21).

**Таблица 4.21. - Параметры КЖ детей 3-4 лет в зависимости от уровня физического развития, Me [25q; 75q]**

Показатель КЖ	Среднее ФР	Отставание ФР	P
Физическое функционирование (ФФ)	84,0 [62,0; 87,0]	71,5 [56,0; 88,0]	=0,2400 (p > 0,05) Z = 1,18
Эмоциональное функционирование (ЭФ)	60,0 [50,0; 80,0]	67,5 [35,0; 80,0]	=0,3927 (p > 0,05) Z = 0,86
Социальное функционирование (СФ)	80,0 [70,0; 90,0]	70,0 [60,0; 85,0]	<b>=0,0408 (p &lt; 0,05)</b> <b>Z = 2,06</b>
Функционирование в детском саду (ФДС)	66,0 [50,0; 83,3]	66,0 [47,5; 83,0]	=0,3275 (p > 0,05) Z = 0,99
Психосоциальное здоровье (ПСЗ)	69,2 [59,6; 84,0]	68,3 [44,6; 78,8]	=0,1876 (p > 0,05) Z = 1,32
Общий балл (ОБ)	73,5 [65,5; 83,3]	72,6 [50,0; 80,4]	=0,1542 (p > 0,05) Z = 1,43

**Примечание:** p – статистическая значимость различий показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни)

Полученные данные свидетельствуют о том, что дети младшего дошкольного возраста (3-4 лет) с отставанием ФР имели более низкий уровень социального функционирования, по сравнению с детьми, у которых имело место наличие нормальных показателей физического развития. По остальным шкалам КЖ статистических различий выявлено не было.

Сравнительный анализ КЖ детей с нормальным ФР и его отставанием в более старшем дошкольном возрасте (5-7 лет) показал, что, как по оценкам родителей, так и по самооценке детей, достоверных различий установлено не было.

Также была дана оценка воздействия нервно-психического развития на КЖ детей дошкольного возраста. При сравнительном анализе было установлено, что отставание в НПР может привести к снижению КЖ ребенка (таблица 4.22).

**Таблица 4.22. - Параметры КЖ детей 3-4 лет в зависимости от уровня НПР  
Me [25q; 75q]**

Показатель КЖ	Норм. НПР	Отставание НПР	p
Физическое функционирование (ФФ)	84,0 [65,0; 90,0]	69,5 [62,0; 78,0]	<b>=0,0195 (p &lt; 0,05)</b> <b>Z = 2,33</b>
Эмоциональное функционирование (ЭФ)	70,0 [55,0; 80,0]	57,5 [35,0; 65,0]	<b>=0,0146 (p &lt; 0,05)</b> <b>Z = 2,43</b>
Социальное функционирование (СФ)	80,0 [70,0; 90,0]	70,0 [60,0; 80,0]	<b>=0,0161 (p &lt; 0,05)</b> <b>Z = 2,41</b>
Функционирование в детском саду (ФДС)	66,0 [58,0; 83,0]	62,0 [41,0; 83,0]	<b>=0,1600 (p &gt; 0,05)</b> <b>Z = 1,42</b>
Психосоциальное здоровье (ПСЗ)	71,1 [59,6; 84,0]	64,4 [40,4; 73,1]	<b>=0,0219 (p &lt; 0,05)</b> <b>Z = 2,28</b>
Общий балл (ОБ)	75,0 [65,5; 84,5]	67,3 [44,4; 72,6]	<b>=0,0061 (p &lt; 0,01)</b> <b>Z = 2,71</b>

**Примечание:** p – статистическая значимость различий показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни)

Как видно из таблицы, показатели КЖ детей с отставанием в ННР значительно ниже таковых в сравнении с детьми с соответствующим развитием ННР по всем аспектам.

Самые низкие показатели были выявлены при оценке эмоционального и ролевого функционирования и, соответственно, низкие оценки получены при оценке психосоциального здоровья.

Немаловажным было изучение КЖ ребенка в зависимости от частоты возникновения рекуррентных заболеваний. Как видно из представленной таблицы, КЖ детей, которые часто были подвергнуты острым респираторным заболеваниям, было значительно ниже по таким аспектам, как «эмоциональное функционирование», «функционирование в детском саду» и «психосоциальное здоровье» (таблица 4.23).

**Таблица 4.23. - Параметры КЖ детей 3-4 лет в зависимости от частоты респираторных заболеваний, Me [25q; 75q]**

Аспект КЖ	ЭБД	ЧБД	p
Физическое функционирование (ФФ)	81,0 [62,0; 90,0]	75,0 [62,0; 89,0]	=0,9451 (p >0,05) Z =-0,07
Эмоциональное функционирование (ЭФ)	75,0 [55,0; 80,0]	65,0 [45,0; 80,0]	<b>=0,0353 (p &lt;0,05)</b> <b>Z =-2,11</b>
Социальное функционирование (СФ)	80,0 [60,0; 90,0]	80,0 [70,0; 90,0]	=0,9393 (p >0,05) Z =-0,08
Функционирование в детском саду (ФДС)	75,0 [65,0; 100]	66,0 [50,0; 66,0]	<b>=0,0008 (p &lt;0,001)</b> <b>Z =-3,35</b>
Психосоциальное здоровье (ПСЗ)	78,4 [61,5; 84,6]	67,3 [53,8; 80,8]	<b>=0,0211 (p &lt;0,05)</b> <b>Z =-2,30</b>
Общий балл (ОБ)	72,6 [69,1; 83,3]	72,6 [55,9; 83,3]	=0,2409 (p >0,05) Z =-1,17

**Примечание:** p – статистическая значимость различий показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни)

Факт частых простудных заболеваний приводит к ухудшению психоэмоционального статуса, причиной чего является развитие астенических проявлений, отсюда, соответственно, снижение ролевого функционирования.

При исследовании влияния частых респираторных заболеваний на КЖ детей старшего дошкольного возраста (5-7 лет) никаких статистических различий установлено не было ни по ответам родителей, ни по ответам детей. По-видимому, частые заболевания ОРЗ у детей старшего дошкольного возраста не сильно влияют на их КЖ.

Одним из аспектов нашего исследования было изучение влияния материально-экономических и социально-психологических факторов на КЖ детей дошкольного возраста.

Так, семейное положение оказывало влияние на параметры КЖ детей следующим образом: по мнению родителей, КЖ детей из неполных семей значительно ниже по физическому и ролевому функционированию в младшем дошкольном возрасте; по эмоциональному функционированию и психосоматическому здоровью – в старшем дошкольном возрасте (таблица 4.24).

**Таблица 4.24. - Параметры КЖ детей 5-7 лет в зависимости от состава семьи, Me [25q; 75q]**

Аспекты КЖ	По ответам родителей детей 3-4 лет		По ответам родителей детей 5-7 лет	
	Полная	Неполная	Полная	Неполная
Физическое функционирование (ФФ)	81,0* [60,0; 90,0]	66,5* [63,5; 85,5]	83,5 [56,0; 96,0]	79,5 [68,0; 87,0]
Эмоциональное функционирование (ЭФ)	70,0 [50,0; 80,0]	60,0 [40,0; 70,0]	95,0** [65,0; 100,0]	60,0** [50,0; 75,0]
Социальное функционирование (СФ)	80,0 [65,0; 90,0]	70,0 [67,5; 85,0]	90,0 [55,0; 100,0]	80,0 [50,0; 85,0]
Функционирование в детском саду (ФДС)	66,0* [58,0; 83,0]	53,5* [33,0; 83,0]	75,0 [50,0; 80,0]	68,0 [50,0; 72,5]

## Продолжение таблицы 4.24

Психосоциальное здоровье (ПСЗ)	69,2 [59,6; 82,7]	67,3 [49,7; 74,0]	84,2** [52,3; 90,0]	70,0** [53,3; 78,3]
Общий балл (ОБ)	72,6 [65,3; 84,5]	70,2 [58,3; 74,4]	87,3 [54,3; 92,4]	73,4 [58,1; 78,3]

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

Мнение детей совпало с мнением родителей в том, что состав семьи непосредственно влияет на их КЖ. Так, по оценкам детей из неполных семей, их КЖ было значительно ниже, по сравнению с детьми из полных семей, по физическому (80,0 против 90 баллов,  $p < 0,05$ ) и эмоциональному функционированию (70,0 против 100,  $p < 0,001$ ).

Неустойчивый психологический климат в семье также отрицательно влияет на КЖ детей дошкольного возраста. Причем в этом были уверены сами дети, которые оценили достоверно ниже уровень шкалы «психосоциальное здоровье», по сравнению с детьми из благополучных семей (61,7 против 73,3 соответственно,  $p < 0,01$ ).

Тогда как по ответам родителей, различий в КЖ детей в зависимости от взаимоотношений в семье установлено не было. Очевидно, родители не совсем серьезно оценивали влияние конфликтных ситуаций в семье на психоэмоциональное состояние ребенка.

Непосредственное влияние на КЖ детей оказывали и жилищные условия. Так, проживание в съемной квартире или вместе с родственниками способствовало значительному снижению параметров КЖ детей дошкольного возраста по таким аспектам, как «функционирование в детском саду» (65,0 [50,0; 85,0] – дети, 80,0 [60,0; 80,0] – родители,  $p < 0,01$ ) и «эмоциональное функционирование» (60,0 [50,0; 85,0] – дети, 84,0 [78,0; 93,5] – родители,  $p < 0,001$ ).

В процессе выполнения работы также уделялось особое внимание проведению корреляционного анализа взаимосвязи параметров КЖ детей с

учетом медико-социальных факторов. Итак, по мнению родителей наиболее значимым фактором, воздействующим на КЖ, является группа здоровья ребенка. Установлена зависимость всех аспектов КЖ опросника от следующих факторов: общий балл ( $r=-0,55, p<0,05$ ), уровень физического функционирования ( $r=-0,57, p<0,05$ ), эмоционального ( $r=-0,37, p<0,05$ ), социального ( $r=-0,45, p<0,05$ ), ролевого функционирования ( $r=-0,33, p<0,05$ ) и психосоциального здоровья ( $r=-0,48, p<0,05$ ).

В результате опроса родителей было установлено, что на уровень общего балла ( $r=0,24, p<0,05$ ) и физического функционирования влиял избыток массы тела ребенка ( $r=0,28, p<0,05$ ), эмоциональное функционирование было взаимосвязано и с избытком ( $r=0,23, p<0,05$ ), и с дефицитом массы тела ребенка ( $r=0,22, p<0,05$ ). Статистически значимые корреляционные связи были выявлены между социально-экономическими факторами и образованием матери. Так, согласно ответам родителей, образование матери влияло на шкалу «социальное функционирование» ребенка ( $r=-0,34, p<0,05$ ), «функционирование в детском саду» ( $r=-0,33, p<0,05$ ), «психосоциальное здоровье» ( $r=-0,34, p<0,05$ ).

Согласно ответам детей, на их КЖ наиболее значимо оказывали влияние социально-экономические факторы. Так, образование матери влияло на уровень социального функционирования ( $r=0,37, p<0,05$ ) и на психосоциальное здоровье ребенка ( $r=0,47, p<0,05$ ). Наличие вредных привычек у родителей оказывало влияние на социальное ( $r=-0,31, p<0,05$ ) и эмоциональное функционирование ( $r=0,47, p<0,05$ ) детей. Психологический климат, присутствующий в семье, оказывал непосредственное влияние на уровень психосоциального здоровья ребенка ( $r=0,47, p<0,05$ ) и ролевого функционирования ( $r=0,29, p<0,05$ ).

По мнению детей, на общий балл КЖ влияли такие факторы, как образование матери ( $r=0,36, p<0,05$ ), психологический климат ( $r=-0,21, p<0,05$ ), материальное положение семьи ( $r=-0,33, p<0,05$ ), а также избыток массы тела ребенка ( $r=0,29, p<0,05$ ).

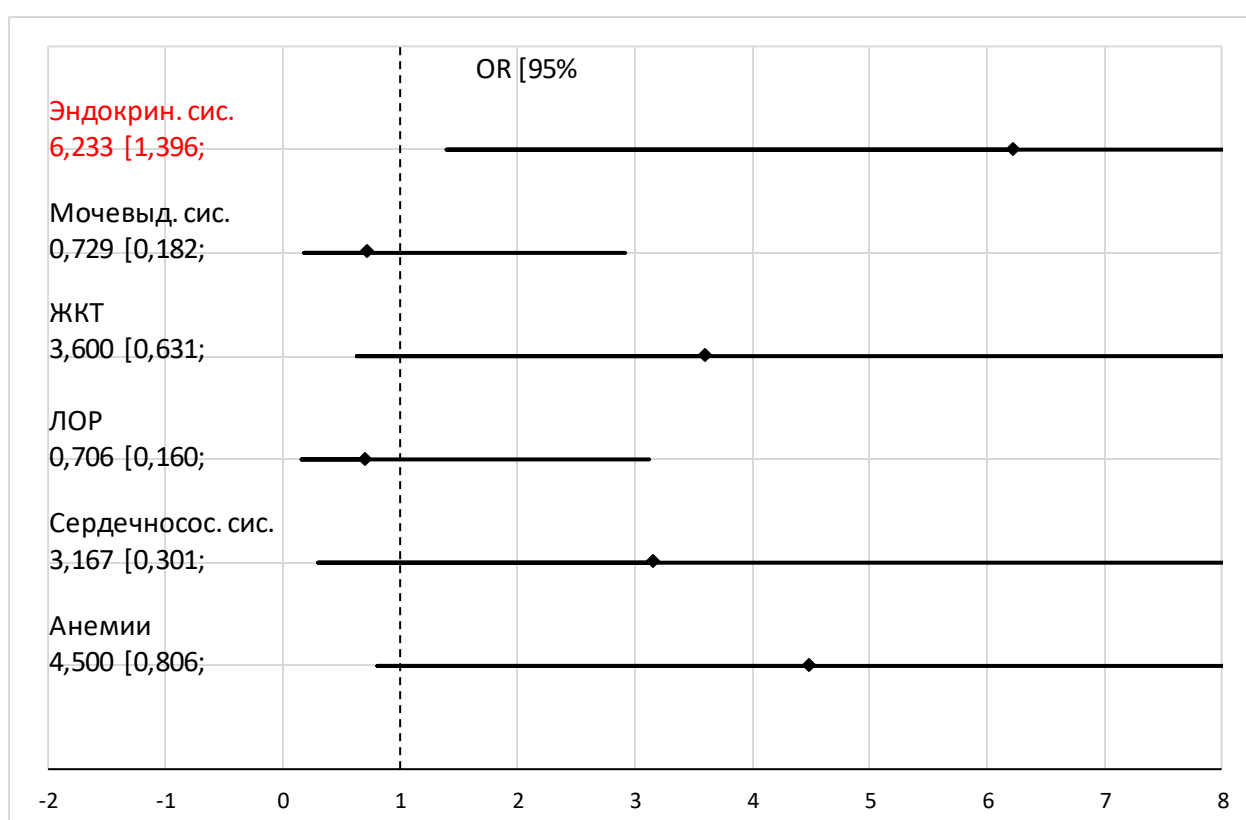
Таким образом, полученные результаты еще раз дают основание полагать о влиянии на КЖ ребенка разнообразных медико-социальных факторов.

Полученные данные свидетельствуют о преимущественном влиянии на КЖ ребенка отклонений в состоянии его здоровья. Наличие взаимосвязи между низким уровнем КЖ детей и уровнем образования матери, негативным психологическим климатом и низким материальным достатком в семье становится очевидным.

#### 4.4. Влияние комплекса факторов на качество жизни детей раннего и дошкольного возраста

Изучение взаимосвязи различных факторов риска с КЖ детей раннего и дошкольного возраста представляло большой научный интерес.

В ходе статистического анализа было установлено значимое влияние некоторых социально-экономических факторов, заболеваемости матери и самого ребенка, нервно-психического и физического развития на снижение показателей качества жизни детей (рисунок 4.28).



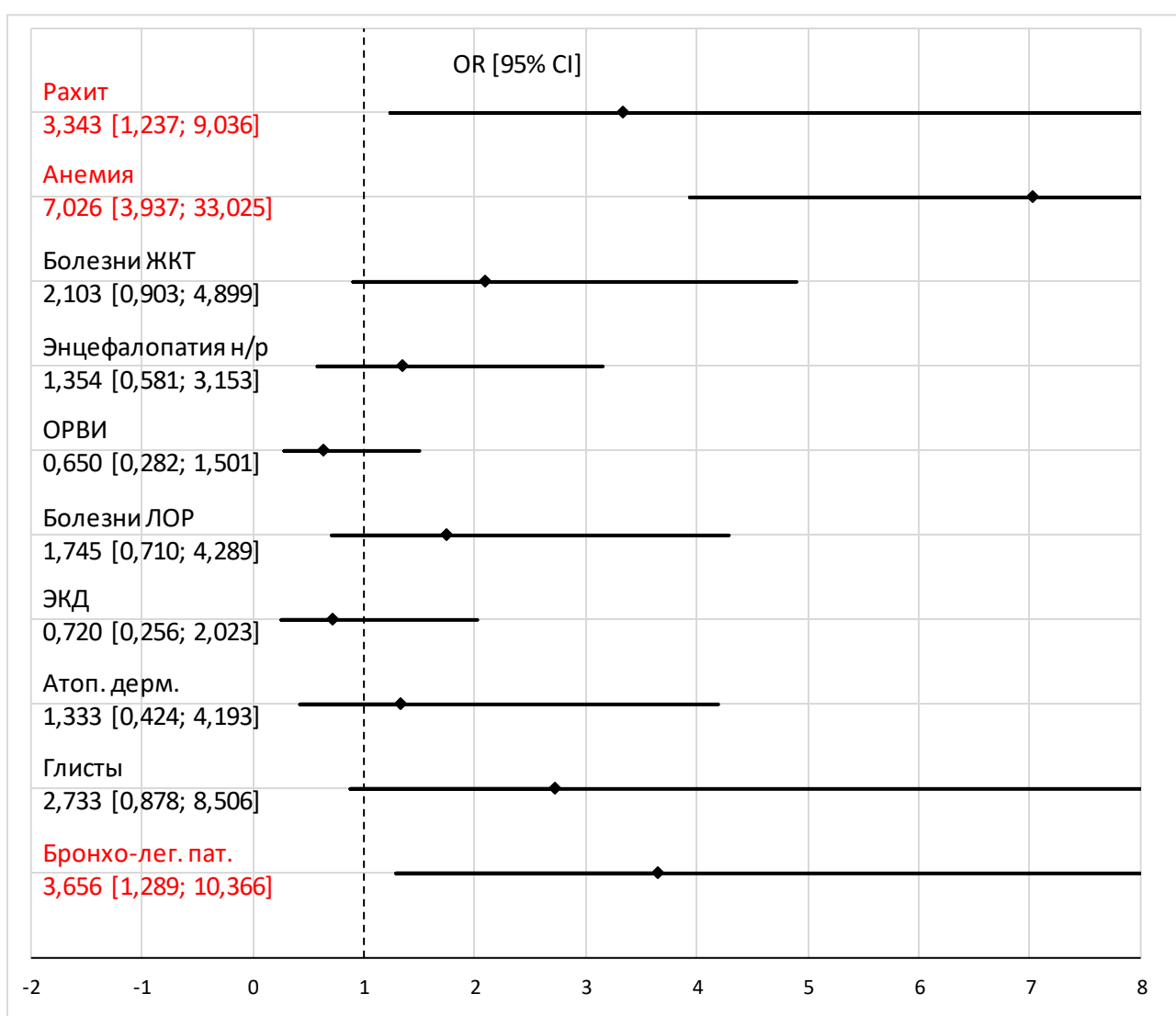
**Рисунок 4.28. – Отношение шансов (Odds Ratio) влияния заболеваний различных систем организма матери на качество жизни детей раннего возраста**



Как видно из рисунка у детей раннего возраста на показатели КЖ статистически значимое влияние оказывает наличие эндокринной патологии матери ( $p=0,017$ ). Отмечается влияние заболеваний ЖКТ, сердечно-сосудистой и кроветворной систем, но статистически незначимое ( $p>0,05$ ).

Также не было доказано влияния на КЖ обследованных детей раннего и дошкольного возрастов различных осложнений данной беременности и родов матери.

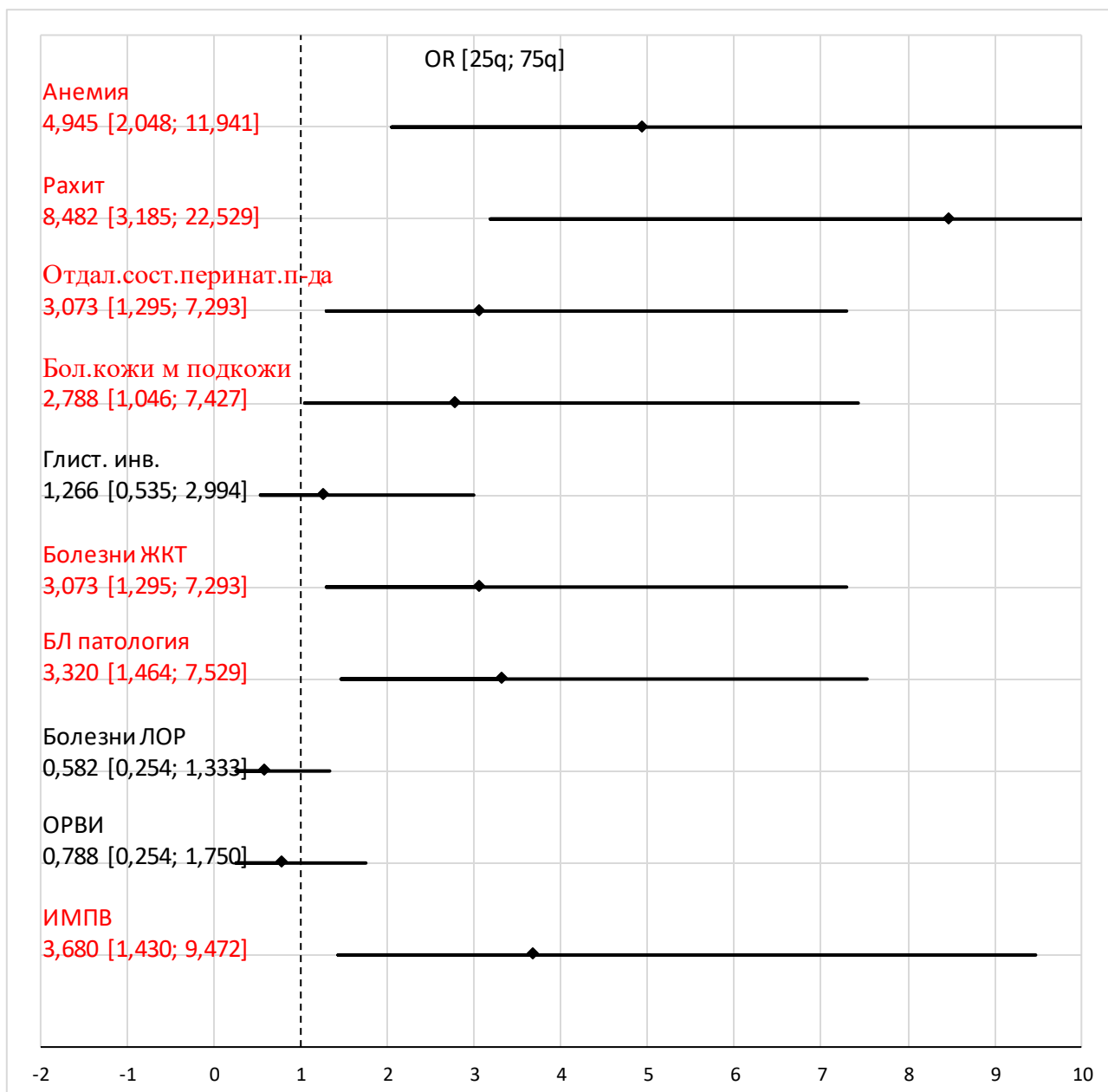
Результаты исследования показали, что на параметры КЖ ребенка особое влияние оказывает его соматическое здоровье (рисунок 4.29).



**Рисунок 4.29. – Отношение шансов (Odds Ratio) влияния заболеваний детей раннего возраста на их качество жизни**

Так, статистически значимое влияние на КЖ детей в раннем возрасте оказывают рахит ( $p=0,017$ ), анемия ( $p=0,000$ ) и патология бронхолегочной системы ( $p=0,015$ ). Патология ЖКТ, ЛОР-органов, ПЭП, атопический дерматит, и глистная инвазия имеют влияние на КЖ ребенка, но статистически незначимо ( $p>0,05$ ).

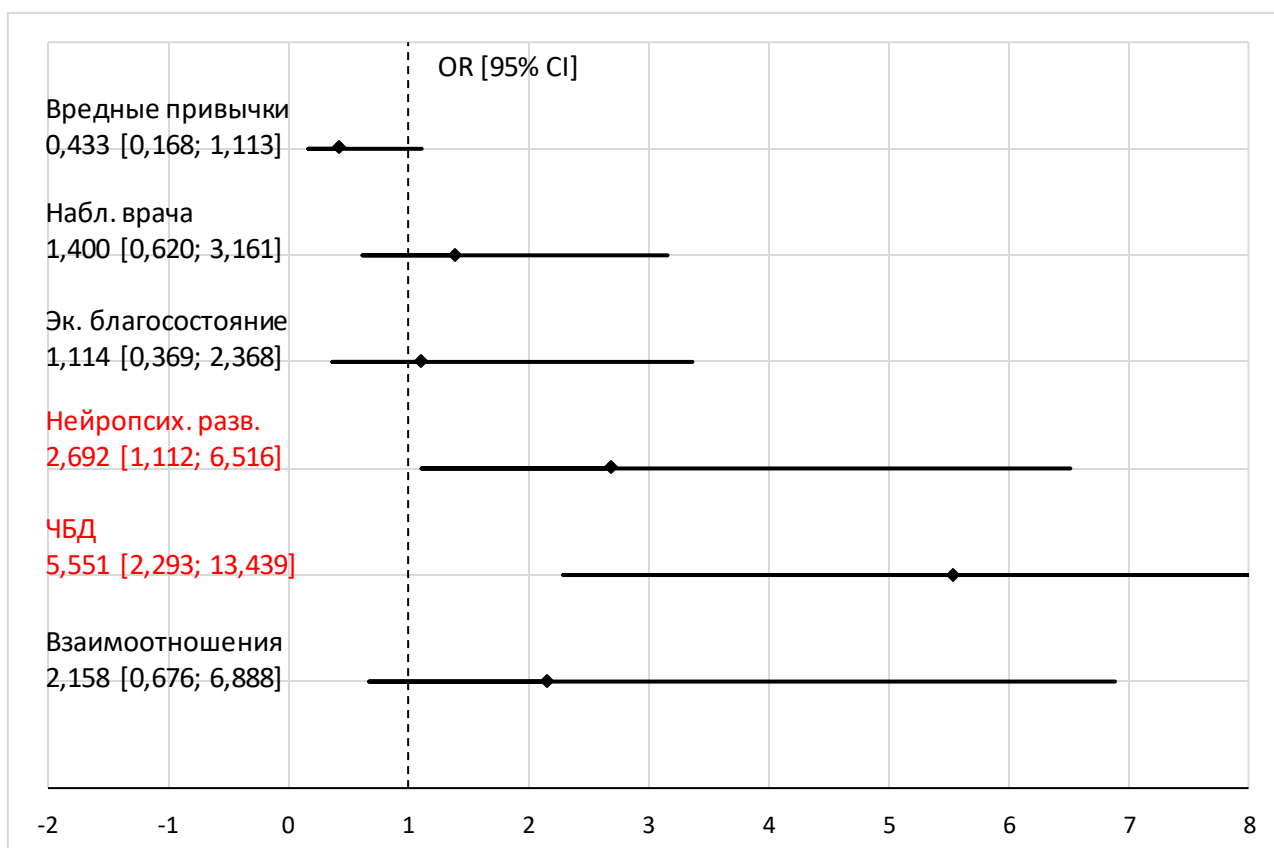
В дошкольном возрасте спектр заболеваний ребенка, влияющий на его качество жизни, расширяется (рисунок 4.30).



**Рисунок 4.30. – Отношение шансов (Odds Ratio) влияния заболеваний на КЖ детей дошкольного возраста**

Как видно из рисунка, помимо таких заболеваний, как рахит - 8,482 Ме [3,185; 22,529], анемия - 4,945 Ме [2,048; 11,941] и бронхолегочная патология - 3,320 Ме [1,464; 7,529], на показатели КЖ детей дошкольного возраста могут влиять отдельные состояния перинатального периода - 3,073 Ме [1,295; 7,293], болезни кожи и подкожной клетчатки - 2,788 Ме [1,046; 7,427], желудочно-кишечного тракта - 3,073 Ме [1,295; 7,293], инфекция мочевыделительной системы - 3,680 Ме [1,430; 9,472].

На показатели КЖ обследованных детей достоверное влияние оказывают частые респираторные заболевания ребенка - 5,551 Ме [2,293; 13,439] и нервно-психическое развитие ребенка - 2,692 Ме [1,112; 6,516]. Также на показатели КЖ детей влияют частота наблюдения врачом, экономическое благосостояние и взаимоотношения в семье, однако соотношение рисков было статистически незначимо (рисунок 4.31).



**Рисунок 4.31. – Отношение шансов (Odds Ratio) влияния показателей на качество жизни детей**

С целью определения взаимосвязи между показателями КЖ обследованных детей и различными медико-социальными факторами был проведен корреляционный анализ (таблица 4.25).

**Таблица 4.25. - Корреляционная связь аспектов КЖ с факторами риска детей первого года жизни**

<b>Фактор риска</b>	<b>ПиО</b>	<b>СОО</b>	<b>СО</b>	<b>НПР и ФЗ</b>
Масса ребенка	$r = 0,33^*$	$r = 0,27^*$	-	$r = 0,61^{***}$
Длина тела	$r = 0,48^{**}$	$r = 0,33^*$	-	$r = 0,37^*$
НПР ребенка	-	-	-	$r = 0,43^*$
Интергравидарный интервал	$r = 0,39^*$	-	-	$r = 0,38^*$
Группа здоровья	$r = 0,41^*$	$r = -0,39^*$	$r = -0,48^{**}$	$r = 0,56^{**}$
Позднее введение прикорма	-	$r = -0,32^*$	-	-
Взаимоотношения в семье	-	$r = 0,29^*$	-	-
Образование матери	-	-	$r = -0,38^*$	$r = -0,34^*$
Количество детей в семье	-	-	$r = 0,41^*$	

**Примечание:** корреляционные связи между показателями по Пирсону

\* -  $<0,05$ , \*\* -  $<0,01$ , \*\*\* -  $<0,001$

Было выявлено, что на аспект «поведение и общение» воздействуют, в основном, медико-биологические факторы (параметры физического развития ребенка, его состояние здоровья и интергравидарный интервал между родами).

На шкалу «способность оставаться одному» оказывают влияние длина и масса тела ребенка, группа здоровья, позднее введение прикорма, а также такой социальный фактор, как психологический климат в семье.

Аспект «семейное окружение» находится в зависимости от группы здоровья ребенка. Тогда как из социальных факторов влияют образование матери и количество детей в семье.

На шкалу «нервно-психическое развитие и физическое здоровье», в основном, влияли медико-биологические факторы (длина и масса тела, группа здоровья, интервалы между родами матери), а также образование матери.

Таким образом, корреляционный анализ позволил установить, что если на первом году жизни на КЖ наибольшее влияние оказывали медико-биологические факторы, то в более старшем возрасте (1-2 года) влияли преимущественно социальные факторы (таблица 4.26).

**Таблица 4.26. - Корреляционная связь аспектов КЖ с факторами риска детей 1-2 лет**

<b>Фактор риска</b>	<b>ПиО</b>	<b>СОО</b>	<b>СО</b>	<b>НПР и ФЗ</b>
Масса ребенка	-	-	$r = 0,52^*$	$r = 0,57^{**}$
Длина тела	-	-	-	-
НПР ребенка	-	$r = 0,31^*$	-	$r = 0,43^*$
Группа здоровья	$r = 0,42^*$	$r = -0,48^*$	-	$r = 0,61^{***}$
Взаимоотношение в семье	-	-	$r = -0,29^*$	-
Образование матери	$r = -0,28^*$	-	-	-
Количество детей в семье (более 4)	-	$r = 0,44^*$	$r = -0,28^*$	-
Служебное положение родителей	$r = -0,31^*$	-	$r = -0,46^*$	$r = -0,39^*$
Вредные привычки родителей	$r = 0,44^*$	-	$r = 0,29^*$	-

**Примечание:** корреляционные связи между показателями по Пирсону

\* -  $<0,05$ , \*\* -  $<0,01$ , \*\*\* -  $<0,001$

Так, у шкалы «поведение и общение» обнаружены взаимосвязи с образованием матери, служебным положением родителей и наличием вредных привычек родителей, а также с группой здоровья ребенка.

Аспект «семейное окружение» также был зависим в большей степени от таких социальных факторов, как психологический климат в семье, служебное положение и наличие вредных привычек родителей, количество детей в семье. Данный аспект был зависим и от массы тела ребенка.

С параметрами «способность оставаться одному» оказались связаны нервно-психическое развитие и группа здоровья ребенка, из социальных факторов – количество детей в семье.

Шкала «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» больше всего зависела от массы тела и нервно-психического развития ребенка, от группы здоровья, а также оказывало влияние и служебное положение родителей.

Таким образом, если на первом году жизни на КЖ детей наибольшее влияние оказывали медико-биологические факторы, то в более старшем возрасте (1-2 лет) влияли преимущественно социальные факторы.

При изучении корреляционного анализа взаимосвязей показателей КЖ детей дошкольного возраста с различными факторами риска были установлены различия по ответам респондентов (таблица 4.27).

**Таблица 4.27. - Корреляционная связь аспектов КЖ с факторами риска детей 5-7 лет (по ответам родителей)**

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

**Примечание:** корреляционные связи между показателями по Пирсону

\* - <0,05, \*\* - <0,01, \*\*\* - <0,001

На основании анализа результатов опроса родителей установлено, что к наиболее значимому фактору, влияющему на КЖ, относится группа здоровья ребенка.

Этот фактор имел взаимосвязь абсолютно со всеми аспектами КЖ опросника: общий балл ( $r=-0,55$ ,  $p<0,05$ ), уровень физического функционирования ( $r=-0,57$ ,  $p<0,05$ ), эмоционального ( $r=-0,37$ ,  $p<0,05$ ), социального ( $r=-0,45$ ,  $p<0,05$ ), ролевого функционирования ( $r=-0,33$ ,  $p<0,05$ ) и психосоциального здоровья ( $r=-0,48$ ,  $p<0,05$ ).

В результате опроса родителей было установлено, что на уровень общего балла ( $r=0,24$ ,  $p<0,05$ ) и физического функционирования влиял избыток массы тела ребенка ( $r=0,28$ ,  $p<0,05$ ), эмоциональное функционирование было взаимосвязано и с избытком ( $r=0,23$ ,  $p<0,05$ ), и с дефицитом массы тела ребенка ( $r=0,22$ ,  $p<0,05$ ).

Статистически значимые корреляционные связи были выявлены с таким социально-экономическим фактором, как образование матери. Так, согласно ответам родителей, образование матери влияло на шкалу «социальное функционирование» ребенка ( $r=-0,34$ ,  $p<0,05$ ), «функционирование в детском саду» ( $r=-0,33$ ,  $p<0,05$ ), «психосоциальное здоровье» ( $r=-0,34$ ,  $p<0,05$ ).

Согласно ответам детей, на их КЖ наиболее значимо оказывали влияние социально-экономические факторы.

Так, образование матери влияло на уровень социального функционирования ( $r=0,37$ ,  $p<0,05$ ) и на психосоциальное здоровье ребенка ( $r=0,47$ ,  $p<0,05$ ). Наличие вредных привычек у родителей оказывало влияние на социальное ( $r=-0,31$ ,  $p<0,05$ ) и эмоциональное функционирование ( $r=0,47$ ,  $p<0,05$ ) детей. Психологический климат, присутствующий в семье, оказывал непосредственное влияние на уровень психосоциального здоровья ребенка ( $r=0,47$ ,  $p<0,05$ ) и ролевого функционирования ( $r=0,29$ ,  $p<0,05$ ). По мнению детей, на общий балл КЖ влияли такие факторы, как образование матери ( $r=0,36$ ,  $p<0,05$ ), психологический климат ( $r=-0,21$ ,  $p<0,05$ ), материальное положение

семьи ( $r=-0,33$ ,  $p<0,05$ ), а также избыток массы тела ребенка ( $r=0,29$ ,  $p<0,05$ ) (таблица 4.28).

**Таблица 4.28. - Корреляционная связь аспектов КЖ с факторами риска детей 5-7 лет (по ответам детей)**

Фактор риска	ФФ	ЭФ	СФ	ФДС	ПСЗ	ОБ
Избыток массы тела	-	-	-	-	-	$r=0,29^*$
Образование матери	-	-	$r=0,37^*$	-	$r=0,47^*$	$r=0,36^*$
Вредные привычки	-	$r=0,47^*$	$r=-0,31^*$	-	-	-
Взаимоотношение в семье	-	-	-	$r=0,29^*$	$r=0,47^*$	$r=-0,21^*$
Материальное положение	-	-	-	-	-	$r=-0,33^*$

**Примечание:** корреляционные связи между показателями по Пирсону

\* -  $<0,05$ , \*\* -  $<0,01$ , \*\*\* -  $<0,001$

Таким образом, полученные результаты еще раз подтверждают влияние на КЖ ребенка различных медико-социальных факторов. Полученные данные свидетельствуют о преимущественном влиянии на КЖ ребенка отклонений в состоянии его здоровья. Наличие взаимосвязи между низким уровнем КЖ детей и уровнем образования матери, негативным психологическим климатом и низким материальным достатком в семье становится очевидными.

### Резюме

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



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

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

Большинство обследуемых детей получали до года грудное молоко, каждый четвертый ребенок оставался на смешанном и каждый пятый – на искусственном вскармливании, попадая при этом в группу риска по развитию кишечной инфекции, в основном в жаркое время года.

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

Установлена прямая взаимосвязь показателей физического развития от типа и характера вскармливания как в раннем, так и в дошкольном периодах детства.

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

Анализ течения ante-, интра- и перинатального периодов обследованных детей выявил, что три четверти матерей имели различную экстрагенитальную

патологию, более трети - высокий инфекционный индекс. Период внутриутробного развития детей был осложнен более чем в половине случаев анемией различной степени тяжести, у каждой третьей матери – угрозой прерывания беременности, заболеваниями почек, мочевого пузыря и гестозами – почти у каждой пятой. Интранатальный период был осложнен более чем в трети случаев патологическим течением. Период новорожденности протекал почти в половине случаев на фоне патологии центральной нервной системы, каждый четвертый ребенок был с внутриутробной инфекцией и задержкой внутриутробного развития.

Проведенное исследование показало, что половина обследованных детей раннего и дошкольного возрастов имеют нормальные показатели физического развития, треть – низкие и ниже среднего.

Анализ заболеваемости детей раннего возраста показал, что ведущее место в структуре занимала патология органов дыхания. В дошкольном периоде доминирующей патологией считались заболевания органов пищеварения.

Часто и длительно болеющие дети в раннем возрасте выявлены в каждом третьем, а в дошкольном периоде – почти в половине случаев. Степень резистентности организма к острым респираторным заболеваниям зависела от возраста ребенка – чем старше становился ребенок, чем чаще был подвержен острым респираторным заболеваниям. Очевидно, это связано с длительностью грудного вскармливания детей первого года жизни и с ранней социализацией детей, в частности, посещением детских дошкольных учреждений.

Проведенный анализ профилактических осмотров выявил ухудшение здоровья от года к году с большой частотой формирования морфофункциональных отклонений. На первом году жизни здоровым считался каждый четвертый ребенок (26,3%), с 1-3 лет – каждый пятый (19,5%), 3-6 лет – 15,5%.

Исследование КЖ детей раннего и дошкольного возраста показало:

- такие компоненты, как «Поведение и общение» и «Семейное окружение» имели более высокие значения из всех аспектов КЖ детей младенческого возраста и 1-2 лет, в то время как компоненты «Способность оставаться одному» и «Нервно-психическое развитие и физическое здоровье» имели более низкий уровень;
- гендерных различий КЖ у детей первого года жизни и 1-2 лет выявлено не было;
- аспект «способность оставаться одному» значительно выше в группе детей 1-2 лет в сравнении с детьми первого года жизни;
- к существенному снижению КЖ детей первого года жизни относятся такие компоненты, как состояние здоровья, уровень ФР, отставание в НПР;
- значительно низкие показатели КЖ по всем аспектам характерны для детей раннего возраста с отклонениями в состоянии здоровья в сравнении со здоровыми детьми;
- КЖ здоровых детей в раннем возрасте не имело различий, по мнению респондентов, но разногласия появились при оценке КЖ у детей, имеющих морфофункциональные отклонения, причем, оценки педиатров были значительно ниже;
- родители детей дошкольного возраста считали, что с возрастом параметры КЖ повышаются по шкале «эмоциональное функционирование», а по шкале «функционирование в детском саду» уровень показателя снижается; сами дети 5-7 лет достоверно выше оценили такие аспекты КЖ, как эмоциональное и ролевое функционирование;
- установлено, что в возрасте 3-4 лет достоверно выше родители оценивали ролевое функционирование, а в 5-7 лет – эмоциональное;
- различия по половому признаку у детей дошкольного возраста имели свои особенности - по эмоциональному функционированию мальчики 3-4 лет имели более высокие оценки; по ответам родителей детей 5-7 лет половых различий не выявлено; по мнению самих детей, значимые различия были установлены по

шкале «социальное функционирование», где данный показатель был значительно выше у девочек;

- результаты опроса родители показывают их склонность оценивать КЖ своих детей данного возраста несколько ниже, нежели сами дети;
- КЖ детей младшего дошкольного возраста находится в зависимости от состояния здоровья; КЖ детей II группы здоровья было достоверно ниже показателей КЖ I группы по шкалам, описывающим социальную составляющую здоровья (СФ, ФДС, ПСЗ), а в сравнении с КЖ детей III группы здоровья – значительно выше по шкале, характеризующей физическое развитие ребенка (ФФ);
- среди детей 5-7 лет на их КЖ значимого влияния состояния здоровья и уровня физического развития не установлено;
- отставание НПР способствовало снижению КЖ детей дошкольного возраста;
- изучение влияния факторов риска на показатели КЖ обследуемых детей показало, что у детей раннего возраста значимыми факторами (OR) оказались заболевания эндокринной системы матери, заболевания самого ребенка (рахит, анемия, патология бронхолегочной системы); в дошкольном периоде спектр заболеваний увеличивается (анемия, рахит, ПЭП, заболевания кожи и подкожной клетчатки, ЖКТ, бронхолегочная патология, ИМВП, нервно-психическое развитие ребенка и частые заболевания ОРЗ);
- результаты исследования корреляционного анализа подтверждают преимущественное влияние на КЖ детей первого года жизни различных медико-биологических факторов риска (уровни физического и нервно-психического развития, состояние здоровья); на втором году жизни, наряду с медико-биологическими факторами, значимое влияние приобретают социальные факторы риска (психологический климат в семье, образование матери, служебное положение, количество детей в семье, наличие вредных привычек); в дошкольном периоде доказано влияние различных социально-психологических (состав семьи, взаимоотношение в семье, образование родителей, наличие

вредных привычек у одного из родителей) и материально-экономических (жилищные условия, низкий уровень дохода в семье) факторов;

- ответы родителей детей дошкольного возраста указали на то, что наиболее значимыми факторами, влияющими на КЖ детей, явились медико-биологические – группа здоровья ребенка, его физическое развитие, а также образование матери;
- по мнению самих детей, оказалось, что на КЖ существенно влияли социально-экономические факторы – образование матери, вредные привычки родителей, психологический климат в семье, материальное положение родителей.

## Глава 5.

### Физическое развитие детей раннего и дошкольного возраста

#### г. Душанбе

Показателем состояния здоровья детского организма является его рост и развитие. В детском организме происходят процессы постоянного роста и развития, возникающие малейшие отклонения от нормального хода свидетельствуют о неблагополучии в состоянии его здоровья [25, 61, 63, 116, 135, 294]. В процессе значительных отклонений показателей физического развития ребенка вероятность возникновения заболеваний становится выше [1, 39, 52, 159, 207, 208].

В работе практикующего врача широко используются основные антропометрические показатели, характеризующие степень процесса физического развития – это длина тела (см), масса тела (кг), окружность грудной клетки (см). Показатель длина тела относится к наиболее стабильному показателю, отражающему процесс роста и уровень соматической зрелости организма. Однако масса тела представляет собой весьма лабильный показатель физического развития по причине его изменчивости при воздействии определенных внешних и внутренних факторов [3, 13].

#### 5.1. Характеристика показателей физического развития

##### детей раннего и дошкольного возраста

Физическое развитие изучалось у 1566 детей раннего и дошкольного возрастов (таблица 5.1).

**Таблица 5.1. – Распределение детей по возрастным группам**

Возраст(годы)	Мальчики		Девочки	
	п	%	п	%
1	178	20,5%	135	19,4%
2	145	16,7%	114	16,4%
3	137	15,7%	127	18,2%

Продолжение таблицы 5.1.

4	138	15,8%	113	16,2%
5	140	16,1%	100	14,4%
6	132	15,2%	107	15,4%
<b>ВСЕГО</b>	870	100%	696	100%

Исследование включало оценку показателя длины и массы тела, а также окружности грудной клетки и головы.

Расчёт каждого антропометрического показателя включал оценку таких показателей, как средние арифметические величины (M), ошибки средних (m), медиану (Me), наименьшее и наибольшее значения (Min и Max), средние квадратические отклонения ( $\sigma$ ).

Результаты проведенного сравнительного анализа основных антропометрических данных детей в зависимости от половой принадлежности выявили достоверно значимые различия практически по всем показателям физического развития, за исключением показателей в 6-летнем возрасте (таблица 5.2).

**Таблица 5.2. – Антропометрические показатели детей раннего и дошкольного возраста,  $M \pm \sigma$**

Возраст	Пол	Длина тела (см)	Масса тела (кг)	ОГК (см)	ОГ (см)
1 год	М	76,3±3,1	9,7±1,2	47,1±2,5	46,0±1,5
	Д	74,7±3,1	9,1±0,9	46,1±2,6	45,1±1,3
	<b>p</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
2 года	М	85,4±3,6	12,1±1,2	49,9±2,5	48,0±1,5
	Д	84,3±3,6	11,6±1,2	48,8±2,3	46,9±1,4
	<b>p</b>	<b>&lt;0,05</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
3 года	М	95,8±5,0	14,0±1,7	51,8±2,7	49,2±1,6
	Д	93,8±4,3	13,1±1,3	50,5±2,1	48,2±1,2
	<b>p</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
4 года	М	102,4±4,8	15,6±1,6	53,1±2,5	49,8±1,5
	Д	100,3±4,5	14,5±1,6	51,4±2,4	48,6±1,7

Продолжение таблицы 5.2.

	<b>p</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>5 лет</b>	<b>М</b>	107,0±5,3	17,1±1,9	53,9±2,3	49,9±1,7
	<b>Д</b>	105,2±5,7	16,1±1,9	52,1±2,4	49,5±2,0
	<b>p</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&gt;0,05</b>
<b>6 лет</b>	<b>М</b>	111,2±6,3	18,4±2,8	55,0±2,9	50,2±1,6
	<b>Д</b>	112,8±5,6	18,6±2,3	54,6±2,8	49,8±1,6
	<b>p</b>	<b>&gt;0,05</b>	<b>&gt;0,05</b>	<b>&gt;0,05</b>	<b>&gt;0,05</b>

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

Проведя оценку и анализ показателей длины тела детей, включенных в исследование, были установлены следующие закономерности, которые представлены в таблице 5.3.

**Таблица 5.3. - Характеристика длины тела (см) детей раннего и дошкольного возраста (М±σ, Me, 25% и 75%, Min – Max)**

<b>Возраст</b>	<b>Мальчики</b>	<b>Девочки</b>	<b>P</b>
1 год	76,3±3,1 76,0 [74,0; 78,0] 69,0 – 85,0	74,7±3,1 75,0 [73,0; 76,5] 64,0 – 82,0	<b>&lt;0,001</b>
2 года	85,4±3,6* 85,0 [83,0; 87,5] 78,0 – 98,0	84,3±3,6* 84,0 [81,5; 87,0] 70,0 – 92,0	<b>&lt;0,05</b>
3 года	95,8±5,0* 95,0 [92,5; 99,0] 86,5 – 108,0	93,8±4,3* 94,0 [91,0; 96,0] 79,0 – 108,0	<b>&lt;0,01</b>
4 года	102,4±4,8* 102,0 [99,0; 106,0] 90,5 – 117,0	100,3±4,5* 100,0 [97,0; 103,5] 88,0 – 111,0	<b>&lt;0,001</b>
5 лет	107,0±5,3* 108,0 [104,0; 110,0] 89,0 – 116,8	105,2±5,7 105,2 [101,0; 108,0] 92,3 – 118,0	<b>&lt;0,01</b>
6 лет	111,2±6,3 111,8 [107,5; 115,2] 74,0 – 126,5	112,8±5,6* 113,0 [108,8; 116,0] 99,0 – 128,0	<b>&gt;0,05</b>

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



Установлено, что в возрасте от одного до пяти лет длина тела мальчиков достоверно выше, чем длина тела девочек. В процессе роста девочки к шести годам обгоняют своих сверстников по данному показателю, хотя показатели среднеарифметических значений длины тела мальчиков ( $111,2 \pm 6,3$  см) и девочек ( $112,8 \pm 5,6$  см) статистических различий не имели,  $p > 0,05$ .

Динамическое наблюдение за ростом мальчиков позволило установить достоверно значимые различия длины тела, которые наблюдались между возрастными группами одного и двух лет, где средне-групповая характеристика была равна 9,1 см ( $p < 0,001$ ).

Такая же тенденция отмечалась между мальчиками двух и трех лет – 10,4 см ( $p < 0,001$ ), трех и четырех лет – 6,6 см ( $p < 0,001$ ), а также значимые различия были отмечены в четырех и пятилетнем возрасте – 4,6 см ( $p < 0,01$ ).

Тогда как для девочек были характерны статистически достоверные различия по длине тела в возрасте одного и двух лет в среднем на 9,6 см ( $p < 0,001$ ), от двух до трех лет – на 9,5 см ( $p < 0,001$ ), от трех до четырех лет – на 6,5 см ( $p < 0,001$ ) и, наконец, от пяти до шести лет – на 7,6 см ( $p < 0,01$ ).

Сравнительная характеристика показателей массы тела между мальчиками и девочками выявила, что мальчики статистически значимо опережают своих сверстниц от года до пяти лет, что свидетельствует об увеличении данного показателя с возрастом (таблица 5.4).

**Таблица 5.4. - Характеристика массы тела (кг) детей раннего и дошкольного возраста (M ± σ, Me, 25% и 75%, Min – Max)**

Возраст	Мальчики	Девочки	P
1 год	9,7 ± 1,2 9,7 [9,0; 10,3] 6,7 – 13,0	9,1 ± 0,9 9,0 [8,5; 9,7] 6,9 – 12,0	<0,001

**Продолжение таблицы 5.4.**

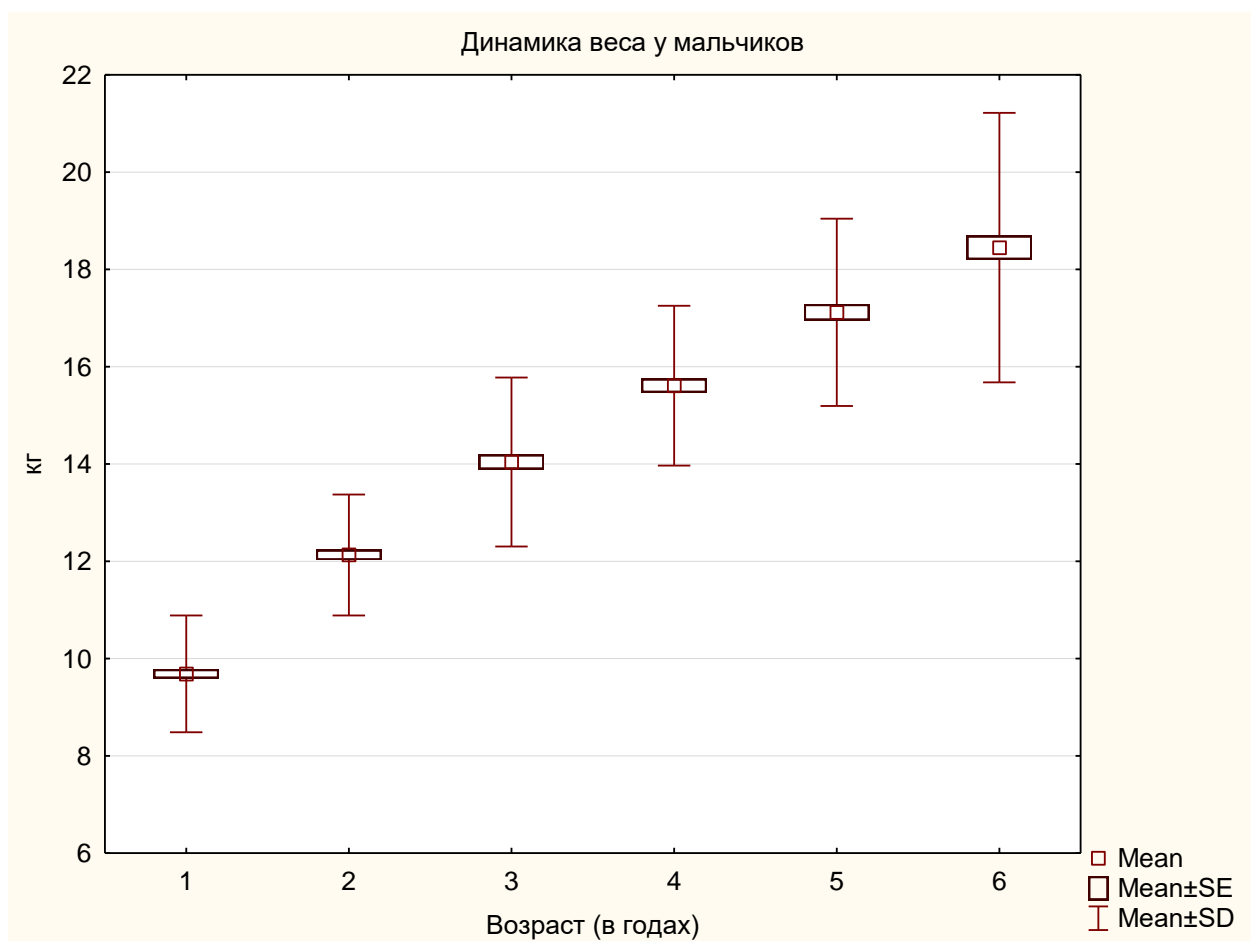
2 года	12,1±1,2* 12,0 [11,4; 12,6] 9,1 – 16,5	11,6±1,2* 11,5 [10,8; 12,3] 9,2 – 15,2	<0,001
3 года	14,0±1,7* 13,6 [12,8; 15,1] 11,2 – 20,5	13,1±1,3* 12,8 [12,2; 14,0] 9,9 – 18,0	<0,001
4 года	15,6±1,6* 15,5 [14,4; 16,5] 12,3 – 22,5	14,5±1,6* 14,5 [13,2; 15,5] 11,4 – 18,5	<0,001
5 лет	17,1±1,9* 17,3 [15,7; 18,5] 12,5 – 22,0	16,1±1,9* 16,0 [14,7; 17,2] 12,3 – 20,1	<0,001
6 лет	18,4±2,8 18,2 [16,6; 20,0] 13,2 – 32,5	18,6±2,3* 18,5 [17,5; 20,0] 11,9 – 23,8	>0,05

**Примечание:** р – статистическая значимость различия показателей между группами мальчиков и девочек (U-критерий Манна-Уитни); \* - статистическая значимость различий показателей между текущим возрастом по отношению к возрасту на год младше (H-критерий Крускала-Уоллиса)

Тогда как в шесть лет происходит практическое выравнивание этого показателя между сравниваемыми группами: мальчики - 18,4±2,8 кг и 18,6±2,3 кг девочки соответственно, р>0,05.

Показатели массы тела мальчиков раннего и дошкольного возрастов имели достоверные различия в группах между годовалыми (9,7±1,2 кг) и двухлетними (12,1±1,2 кг, р<0,001), между двух – (12,1±1,2 кг) и трехлетними (14,0±1,7 кг, р<0,001), трех – (14,0±1,7 кг) и четырехлетними детьми (15,6±1,6 кг, р<0,001), а также в возрасте четырех (15,6±1,6 кг) и пяти лет жизни (17,1±1,9 кг, р<0,01).

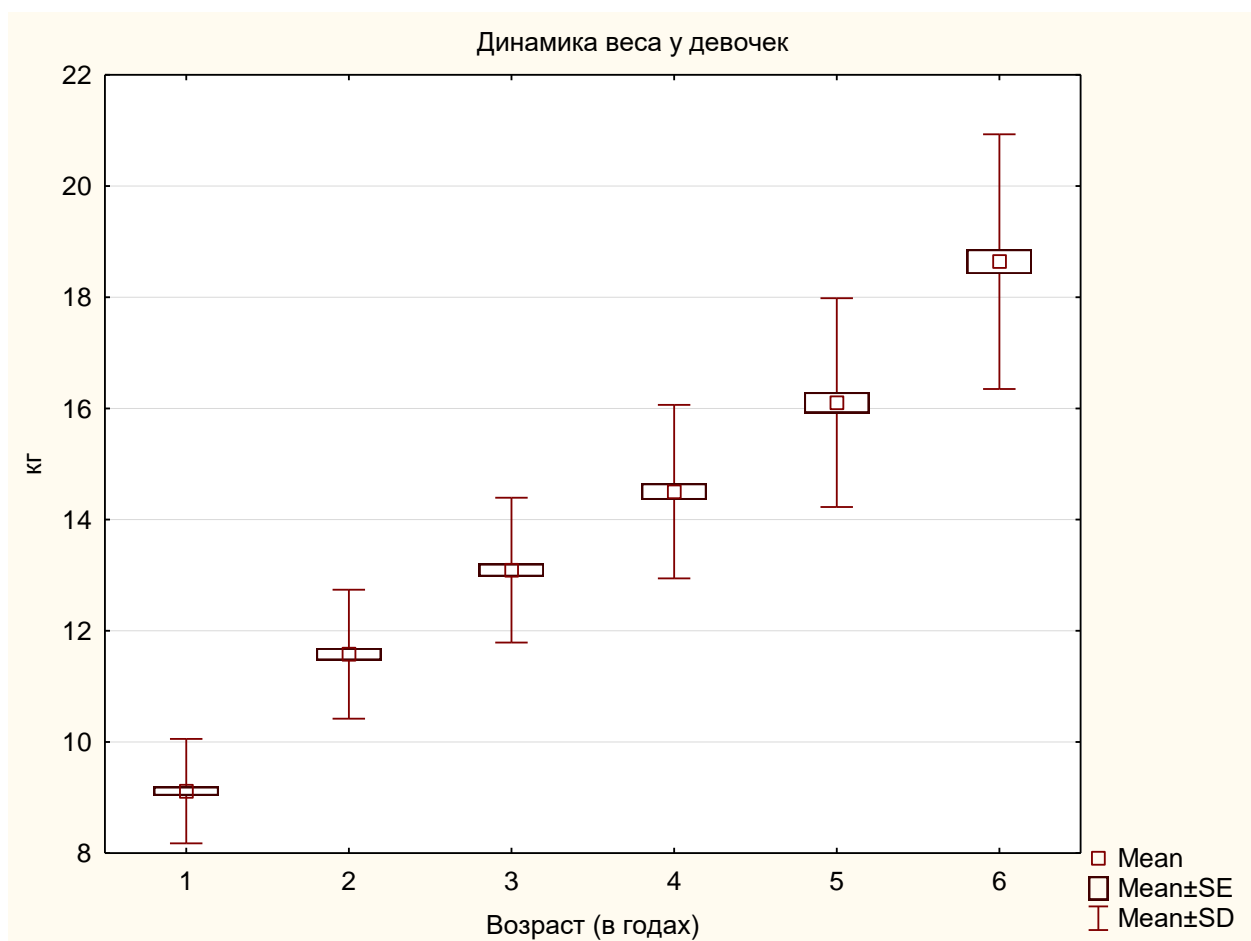
В то же время масса тела мальчиков пяти (17,1±1,9 кг) и шести лет (18,4±2,8 кг) статистических различий не имела, р>0,05 (рисунок 5.1).



**Рисунок 5.1. - Динамика массы тела у мальчиков раннего и дошкольного возрастов (кг)**

Динамическое наблюдение за массой тела у девочек выявило достоверно значимые различия от одного до шестилетнего возраста, т.е. данная тенденция сохранялась весь период исследований.

Итак, параметры массы тела девочек двух лет ( $11,6 \pm 1,2$  кг) больше, чем у годовалых ( $9,1 \pm 0,9$  кг) ( $p < 0,001$ ), трехлетние ( $13,1 \pm 1,3$  кг) девочки тяжелее по массе тела двухгодовалых ( $11,6 \pm 1,2$  кг) ( $p < 0,01$ ), четырехлетние ( $14,5 \pm 1,6$  кг) тяжелее трехлетних ( $13,1 \pm 1,3$  кг) ( $p < 0,01$ ), пятилетние ( $16,1 \pm 1,9$  кг) тяжелее четырехлетних ( $14,5 \pm 1,6$  кг) ( $p < 0,05$ ), а шестилетние ( $18,6 \pm 2,3$  кг) девочки тяжелее пятилетних ( $16,1 \pm 1,9$  кг) ( $p < 0,05$ ) (рисунок 5.2).

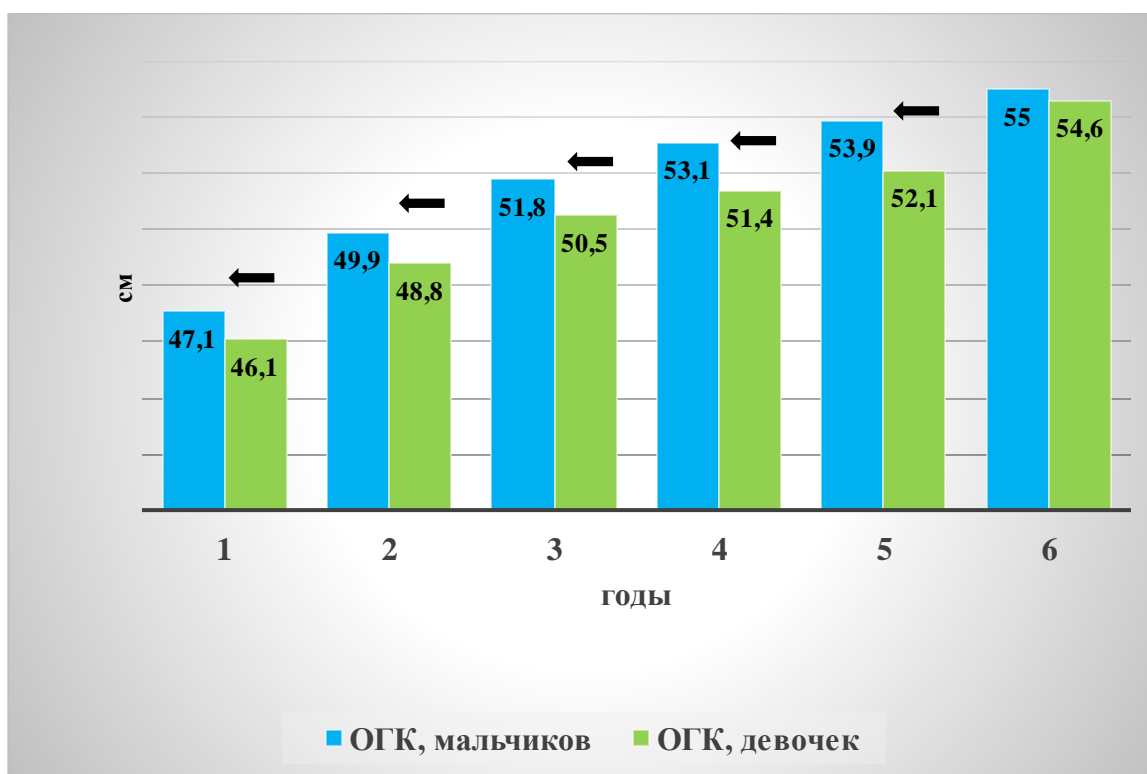


**Рисунок 5.2. - Динамика массы тела у девочек раннего и дошкольного возраста**

Итоги проведенного сравнительного анализа показателей окружностей грудной клетки детей демонстрируют достоверные различия по результатам между мальчиками и девочками с учетом возрастных групп.

Выявлены достоверно значимые различия по параметрам окружности грудной клетки между годовалыми мальчиками ( $47,1 \pm 2,5$  см) и девочками ( $46,1 \pm 2,6$  см), ( $p < 0,001$ ). Аналогичные характеристики были получены в группе мальчиков ( $49,9 \pm 2,5$  см) и девочек ( $48,8 \pm 2,3$  см) двух лет ( $p < 0,001$ ); между мальчиками ( $51,8 \pm 2,7$  см) и девочками ( $50,5 \pm 2,1$  см) трех лет ( $p < 0,001$ ); между мальчиками ( $53,1 \pm 2,5$  см) и девочками ( $51,4 \pm 2,4$  см) четырех лет ( $p < 0,001$ ); а также это касалось мальчиков ( $53,9 \pm 2,3$  см) и девочек ( $52,1 \pm 2,4$  см) пятилетнего возраста ( $p < 0,001$ ).

Однако параметры окружности грудной клетки у мальчиков и девочек в шестилетнем возрасте были сопоставимы ( $p>0,05$ ) (рисунок 5.3).

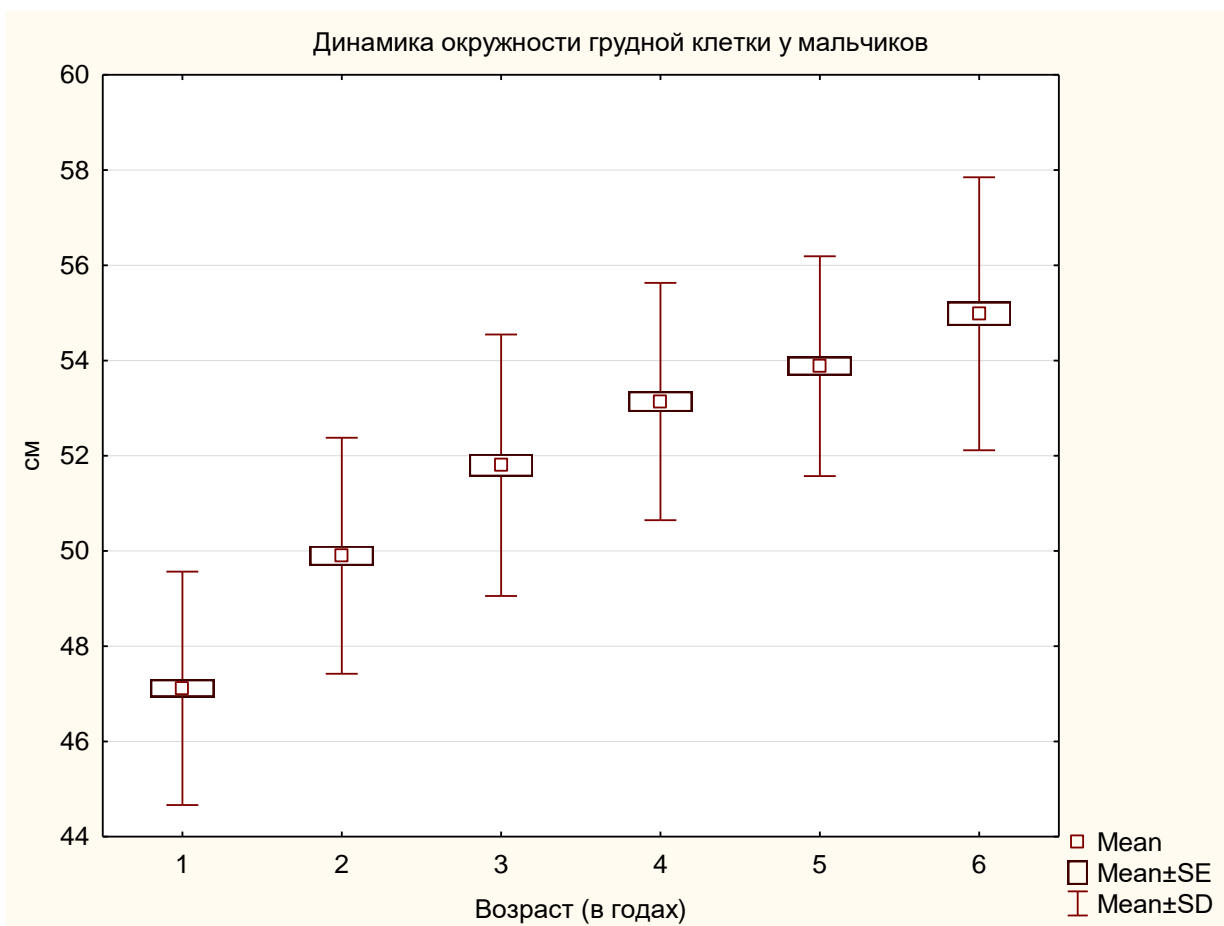


**Примечания:** стрелкой указаны показатели физического развития детей, статистически различающиеся по половой принадлежности

**Рисунок 5.3. - Характеристика окружности грудной клетки (см) детей раннего и дошкольного возрастов в зависимости от половой принадлежности**

В динамике наблюдений за параметрами окружности грудной клетки в группе мальчиков раннего и дошкольного возрастов статистически значимые различия были установлены от года до четырех лет.

Так, характеристики данного показателя различались у мальчиков двух ( $49,9\pm 2,5$  см) и одного ( $47,1\pm 2,5$  см) года на 2,8 см ( $p<0,001$ ); трех ( $51,8\pm 2,7$  см) и двух ( $49,9\pm 2,5$  см) лет на 1,9 см ( $p<0,001$ ); четырех ( $53,1\pm 2,5$  см) и трех ( $51,8\pm 2,7$  см) лет на 1,3 см ( $p<0,01$ ), (рисунок 5.4).

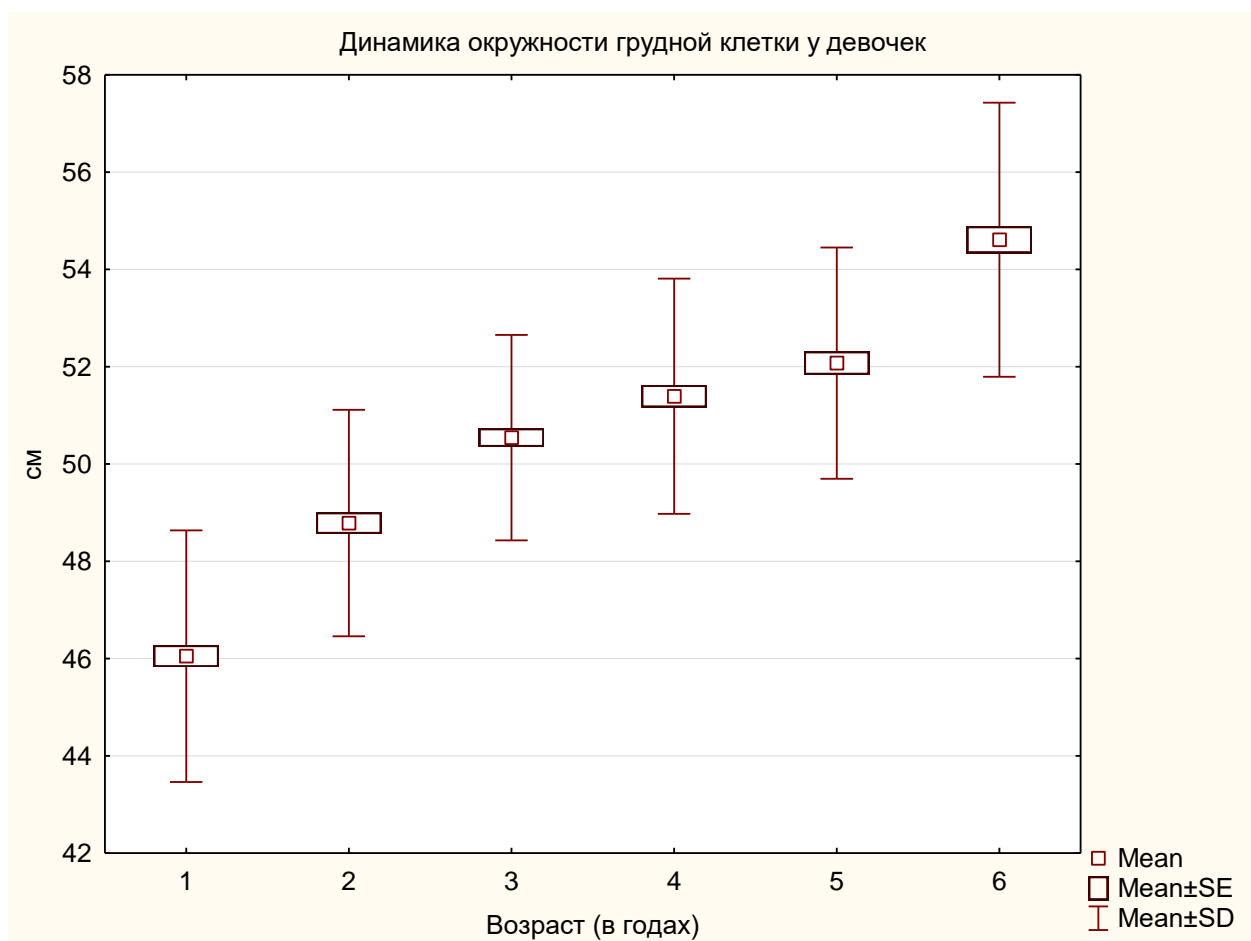


**Рисунок 5.4. - Динамика окружности грудной клетки мальчиков раннего и дошкольного возрастов (см)**

В группе девочек статистически значимые различия параметров окружности грудной клетки отмечались между двухлетними ( $48,8 \pm 2,3$  см) и годовалыми ( $46,1 \pm 2,6$  см) на 2,7 см ( $p < 0,001$ ); трехлетними ( $50,5 \pm 2,1$  см) и двухлетними ( $48,8 \pm 2,3$  см) на 1,7 см ( $p < 0,01$ ); шестилетними ( $54,6 \pm 2,8$  см) и пятилетними ( $52,1 \pm 2,4$  см) на 2,5 см ( $p < 0,001$ ) (рисунок 5.5).

Данные о параметрах окружности головы у обследованных детей в различных возрастных группах показали достоверные различия в возрасте от года до четырех лет.

Установлено, что окружность головы годовалых мальчиков ( $46,0 \pm 1,5$  см) отличалась от таковых показателей у девочек ( $45,1 \pm 1,3$  см,  $p < 0,001$ ).



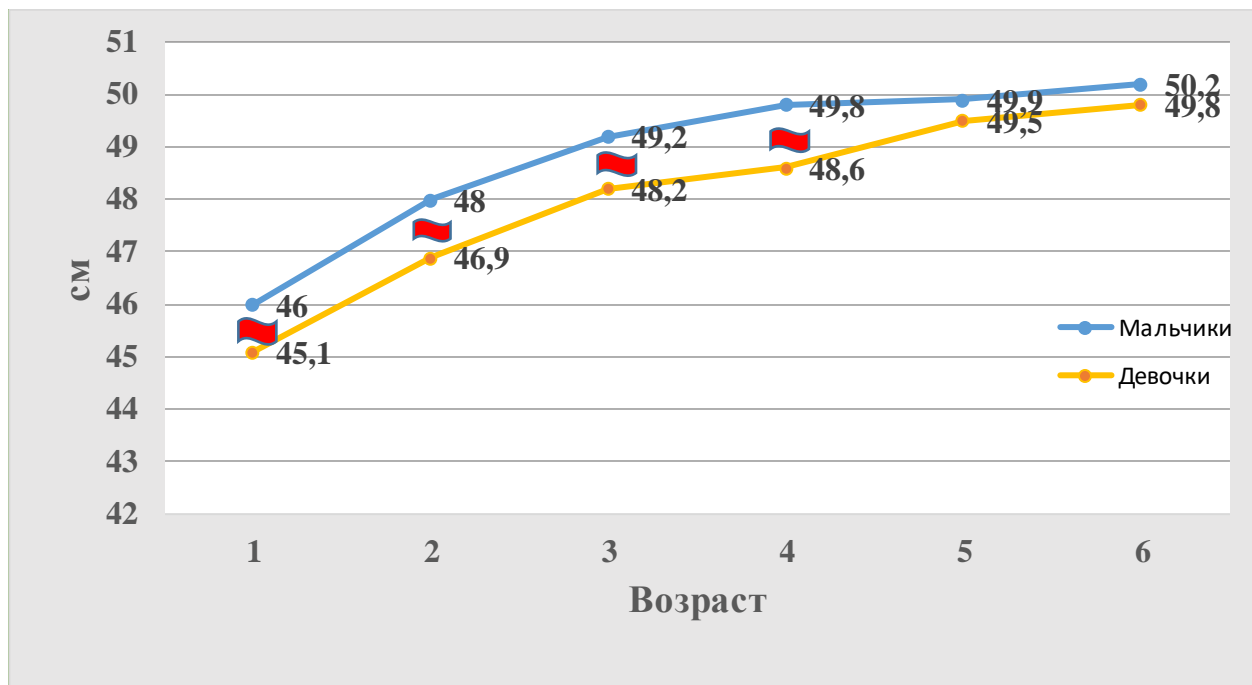
**Рисунок 5.5. - Динамика окружности грудной клетки девочек раннего и дошкольного возраста (см)**

Эти различия сохранялись на протяжении первых четырех лет жизни: в два года у мальчиков окружность головы составляла  $48,0 \pm 1,5$  см, у девочек –  $46,9 \pm 1,4$  см ( $p < 0,001$ ), в три года у мальчиков  $49,2 \pm 1,6$  см, у девочек  $48,2 \pm 1,2$  см ( $p < 0,001$ ), в четыре года данный показатель мальчиков был  $49,8 \pm 1,5$  см, а у девочек –  $48,6 \pm 1,7$  см соответственно ( $p < 0,001$ ).

Показатели среднегрупповых значений окружности головы детей раннего и дошкольного возрастов, представленные на рисунке 5.6, продемонстрировали наличие значимого различия по данному показателю между мальчиками в возрасте одного ( $46,0 \pm 1,5$  см) и двух ( $48,0 \pm 1,5$  см) лет на 2 см ( $p < 0,001$ ), а также в возрасте двух ( $48,0 \pm 1,5$  см) и трех ( $49,2 \pm 1,6$  см) лет на 1,2 см ( $p < 0,001$ ).

Аналогичные значимые различия были выявлены в группе обследованных девочек. Так, окружность головы девочек двух лет ( $46,9 \pm 1,4$  см) была больше на

1,8 см таких показателей годовалых девочек ( $45,1 \pm 1,3$  см,  $p < 0,001$ ). Трехлетние девочки ( $48,6 \pm 1,7$  см) имели преимущества над двухлетними ( $46,9 \pm 1,4$  см) на 1,7 см ( $p < 0,001$ ) (рисунок 5.6).



**Примечание:** (флажками указаны статистическая значимость различий показателей окружности головы по половой принадлежности)

**Рисунок 5.6. - Характеристика окружности головы (см) детей раннего и дошкольного возрастов в зависимости от половой принадлежности**

Таким образом, сравнительная характеристика антропометрических показателей детей раннего и дошкольного возрастов города Душанбе выявила, что показатели физического развития мальчиков были статистически значимы в течение первых пяти лет жизни. Далее к шести годам данные показатели среди обследованных мальчиков и девочек практически приравнивались друг к другу и не имели статистических различий ( $p > 0,05$ ). Это происходило за счет того, что девочки к шести годам догоняли своих сверстников противоположного пола, даже с небольшим преимуществом по среднегрупповым показателям длины и массы тела. Очевидно, что данная картина свидетельствует о тенденции к гендерному выравниванию антропометрических характеристик в популяции дошкольников г. Душанбе.



Применяя параметрический метод Пирсона, изучена корреляционная связь количественных показателей физического развития с непрерывной изменчивостью.

Связь корреляционной зависимости оценивали, применяя показатель коэффициента ( $r$ ). Оценка этой связи производилась с использованием общепринятых критериев, согласно которым абсолютные значения  $r_{xy}$  до  $\pm 0,3$  свидетельствуют о слабой связи, значения  $r_{xy}$  от  $\pm 0,3$  до  $\pm 0,5$  – о связи умеренной тесноты, заметная связь от  $\pm 0,5$  до  $\pm 0,7$  и высокая связь – от  $\pm 0,7$  соответственно.

Взаимозависимость параметров физического развития мальчиков и девочек раннего и дошкольного возрастов представлена в таблицах 5.5 – 5.16.

**Таблица 5.5. - Корреляционная связь показателей физического развития мальчиков 1 года**

Рост				
Масса	<b>0,66</b>			
ОГК	<b>0,53</b>	<b>0,72</b>		
ОГ	0,47	<b>0,60</b>	<b>0,57</b>	
	Рост	Масса	ОГК	ОГ

Корреляционные связи между показателями по Пирсону ( $p < 0,05$ )

**Таблица 5.6. - Корреляционная связь показателей физического развития девочек 1 года**

Рост				
Масса	<b>0,61</b>			
ОГК	0,41	<b>0,58</b>		
ОГ	0,40	0,43	0,48	
	Рост	Масса	ОГК	ОГ

Корреляционные связи между показателями по Пирсону ( $p < 0,05$ )

**Таблица 5.7. - Корреляционная связь показателей физического развития мальчиков 2 лет**

Рост			
Масса	<b>0,65</b>		
ОГК	<b>0,53</b>	<b>0,53</b>	

Продолжение таблицы 5.7.

ОГ	<b>0,56</b>	0,46	<b>0,55</b>	
	Рост	Масса	ОГК	ОГ

Корреляционные связи между показателями по Пирсону ( $p < 0,05$ )

**Таблица 5.8. - Корреляционная связь показателей физического развития девочек 2 лет**

Рост				
Масса	<b>0,69</b>			
ОГК	<b>0,54</b>	<b>0,73</b>		
ОГ	0,39	<b>0,63</b>	<b>0,64</b>	
	Рост	Масса	ОГК	ОГ

Корреляционные связи между показателями по Пирсону ( $p < 0,05$ )

**Таблица 5.9. - Корреляционная связь показателей физического развития мальчиков 3 лет**

Рост				
Масса	<b>0,85</b>			
ОГК	<b>0,66</b>	<b>0,80</b>		
ОГ	<b>0,61</b>	<b>0,63</b>	<b>0,53</b>	
	Рост	Масса	ОГК	ОГ

Корреляционные связи между показателями по Пирсону ( $p < 0,05$ )

**Таблица 5.10. - Корреляционная связь показателей физического развития девочек 3 лет**

Рост				
Масса	<b>0,73</b>			
ОГК	0,44	<b>0,75</b>		
ОГ	0,35	0,45	0,45	
	Рост	Масса	ОГК	ОГ

Корреляционные связи между показателями по Пирсону ( $p < 0,05$ )

**Таблица 5.11. - Корреляционная связь показателей физического развития мальчиков 4 лет**

Рост		
Масса	<b>0,62</b>	

ОГК	0,32	<b>0,57</b>		
ОГ	0,28	0,46	0,30	
	Рост	Масса	ОГК	ОГ

Корреляционные связи между показателями по Пирсону ( $p < 0,05$ )

**Таблица 5.12. - Корреляционная связь показателей физического развития девочек 4 лет**

Рост				
Масса	<b>0,52</b>			
ОГК	0,23	<b>0,53</b>		
ОГ	0,34	0,40	0,48	
	Рост	Масса	ОГК	ОГ

Корреляционные связи между показателями по Пирсону ( $p < 0,05$ )

**Таблица 5.13. - Корреляционная связь показателей физического развития мальчиков 5 лет**

Рост				
Масса	<b>0,77</b>			
ОГК	<b>0,53</b>	<b>0,72</b>		
ОГ	0,42	0,48	0,44	
	Рост	Масса	ОГК	ОГ

Корреляционные связи между показателями по Пирсону ( $p < 0,05$ )

**Таблица 5.14. - Корреляционная связь показателей физического развития девочек 5 лет**

Рост				
Масса	<b>0,83</b>			
ОГК	<b>0,50</b>	<b>0,70</b>		
ОГ	0,28	0,37	0,22	
	Рост	Масса	ОГК	ОГ

Корреляционные связи между показателями по Пирсону ( $p < 0,05$ )

**Таблица 5.15. - Корреляционная связь показателей физического развития мальчиков 6 лет**

Рост			
Масса	<b>0,65</b>		
ОГК	0,45	<b>0,77</b>	

Продолжение таблицы 5.15.

ОГ	0,34	<b>0,57</b>	0,45	
	Рост	Масса	ОГК	ОГ

Корреляционные связи между показателями по Пирсону ( $p < 0,05$ )

**Таблица 5.16. - Корреляционная связь показателей физического развития девочек 6 лет**

Рост				
Масса	<b>0,75</b>			
ОГК	<b>0,55</b>	<b>0,68</b>		
ОГ	0,33	0,26	0,32	
	Рост	Масса	ОГК	ОГ

Корреляционные связи между показателями по Пирсону ( $p < 0,05$ )

В процессе анализа корреляционных связей антропометрических показателей между мальчиками и девочками установлена традиционная связь для данных показателей.

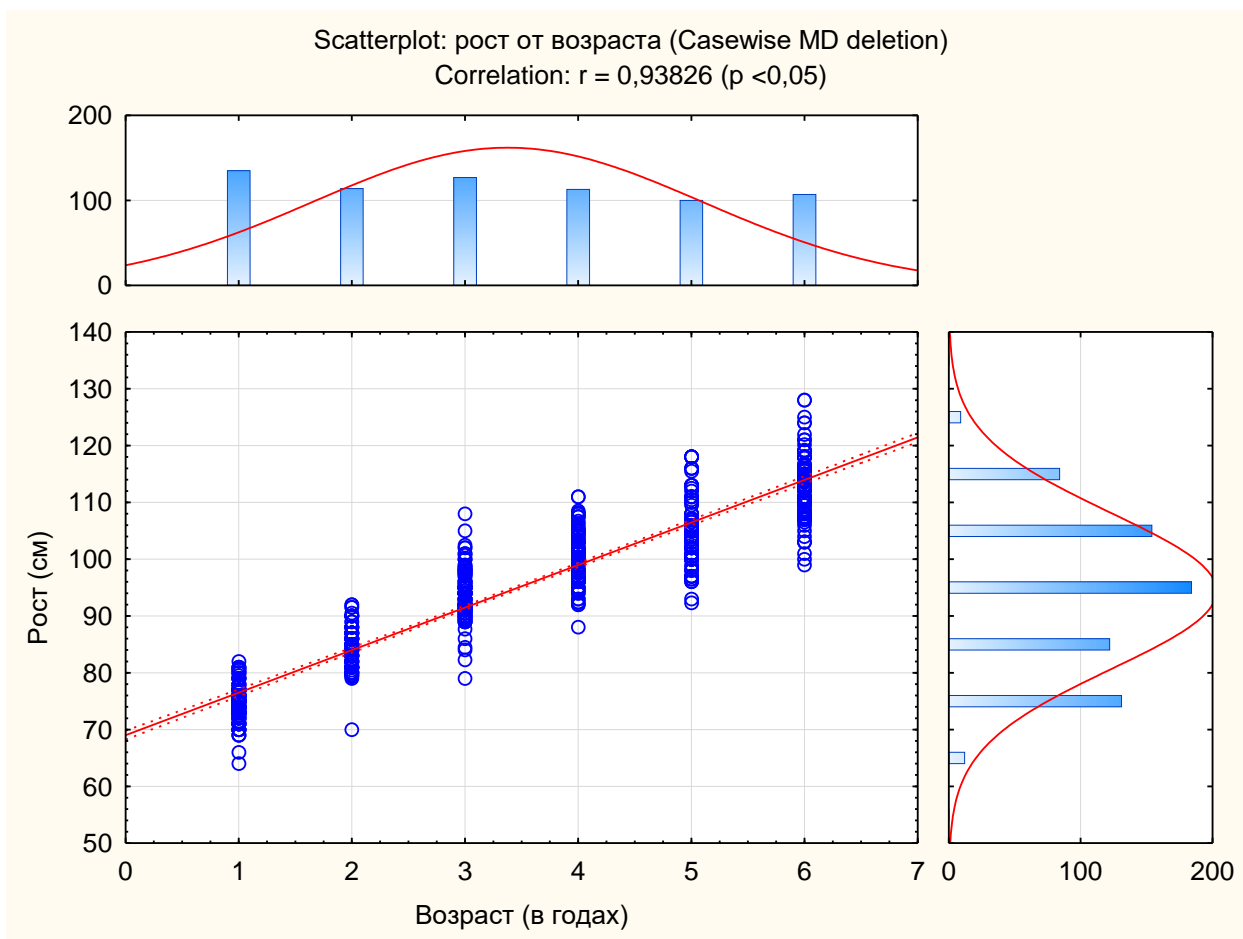
Выявлено, что длина тела обследованных детей имела значимо высокую взаимосвязь с массой тела и окружностью грудной клетки ( $p < 0,05$ ).

Масса тела достоверно коррелирует со всеми параметрами физического развития на протяжении всего периода наблюдения ( $p < 0,05$ ).

Выявлено, что окружность головы обследованных детей имела заметную и высокую взаимосвязь с длиной и массой тела, а также окружностью грудной клетки в первые три года жизни ( $p < 0,05$ ). Далее в последующие годы жизни эта связь становилась более умеренной.

При анализе тесноты связи антропометрических показателей с возрастом обследуемых детей была установлена заметная и высокая корреляционная взаимосвязь как у мальчиков, так и у девочек.

Как видно из рисунка, взаимосвязь между возрастом детей, находящихся под динамическим наблюдением, и показателями длины их тела имели тесную и высокую корреляционную связь ( $r = 0,93$   $p < 0,05$ ) (рисунок 5.7).



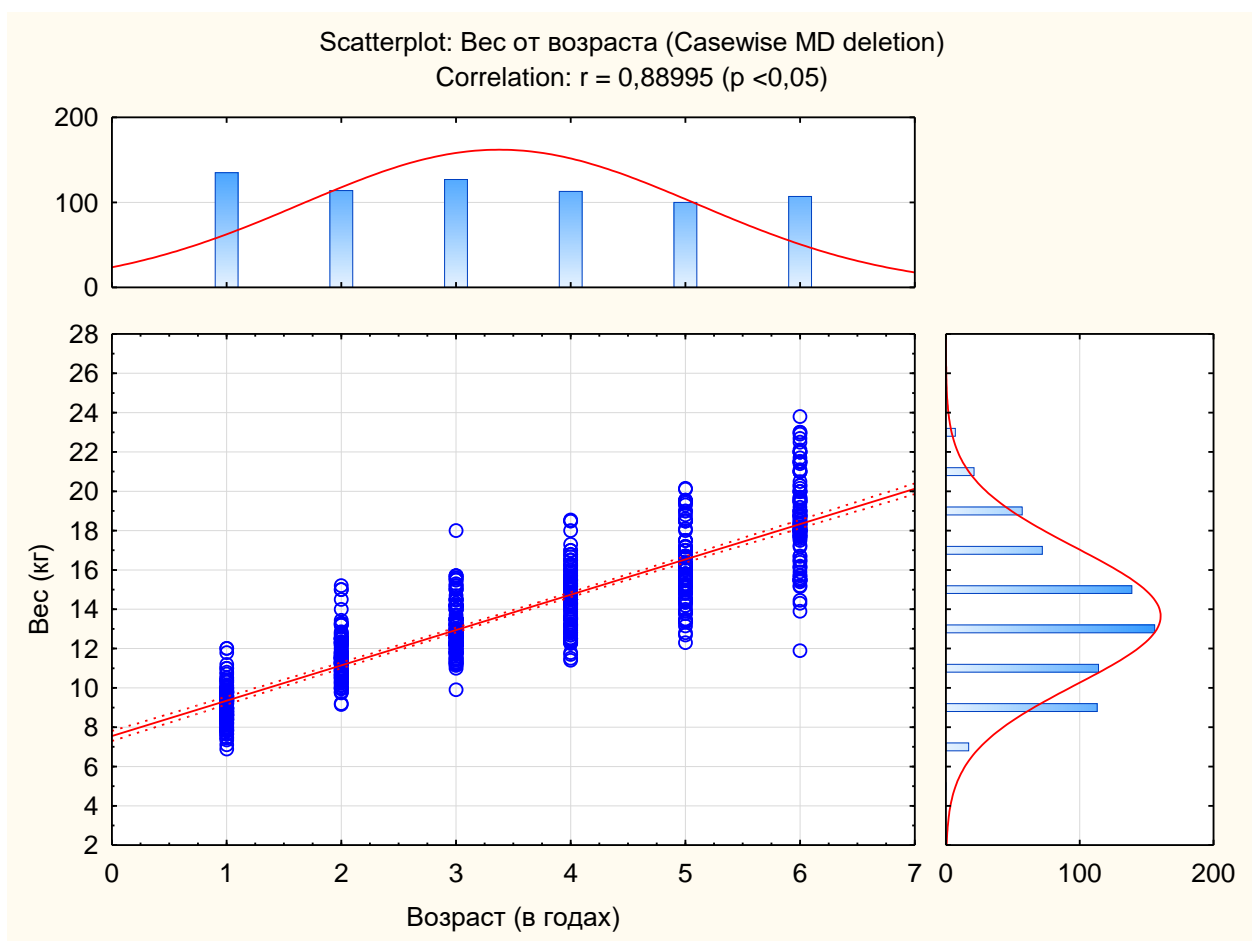
**Рисунок 5.7. - Корреляционная связь длины тела исследуемых детей в зависимости от возраста**

Такие же значимая и прямая взаимосвязь отмечалась и при исследовании других антропометрических показателей таких как масса тела ( $r = 0,88$   $p < 0,05$ , рисунок 5.8).

Установлены заметные и высокие значимые связи параметров окружностей грудной клетки и головы с возрастом как у мальчиков ( $r = 0,71$  и  $r = 0,63$  соответственно,  $p < 0,05$ ), так и у девочек ( $r = 0,72$  и  $r = 0,70$ ,  $p < 0,05$ ).

Проведенный статистический анализ продемонстрировал тот момент, когда теснота и число достоверных связей сохраняли свою силу на протяжении всего периода исследования ( $p < 0,05$ ).

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



**Рисунок 5.8. - Корреляционная связь массы тела исследуемых детей в зависимости от возраста**

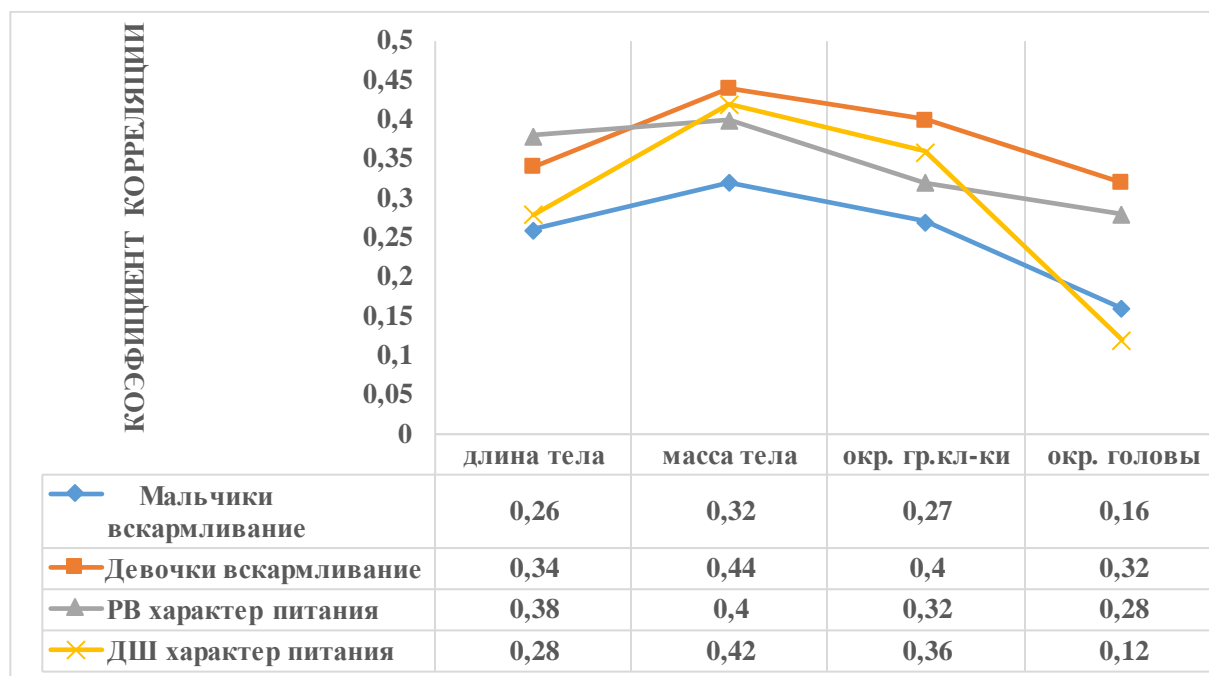
Установлена степень корреляционной взаимосвязи массы тела с грудным вскармливанием. Причем эта связь была наиболее выраженной как у мальчиков ( $r = 0,32$ ,  $p < 0,01$ ), так и у девочек ( $r = 0,44$ ,  $p < 0,01$ ).

Аналогичная связь отмечалась при грудном вскармливании и параметрами окружности грудной клетки.

Характер питания, т.е. полноценный, сбалансированный, регулярный прием пищи, также оказывал влияние на антропометрические показатели детей раннего и дошкольного возрастов.

Так, у детей раннего возраста наибольшая связь была установлена между характером питания и массой тела этих детей ( $r = 0,40$ ,  $p < 0,01$ ). Такая же тенденция сохранялась и в дошкольном возрасте ( $r = 0,42$ ,  $p < 0,01$ ).

Такие параметры физического развития как длина тела и окружности грудной клетки обследованных детей, также имели значимую взаимосвязь с характером питания ребенка (рисунок 5.9).



**Рисунок 5.9. - Взаимосвязь показателей физического развития с питанием**  
(РВ – ранний возраст, ДШ – дошкольный возраст)

Таким образом, сравнительная характеристика антропометрических показателей детей раннего и дошкольного возрастов города Душанбе выявила, что показатели физического развития мальчиков были статистически значимы в течение первых пяти лет жизни. Далее к шести годам данные показатели среди обследованных мальчиков и девочек практически приравнивались друг к другу и не имели статистических различий ( $p > 0,05$ ). Это происходило за счет того, что девочки к шести годам догоняли своих сверстников противоположного пола, даже с небольшим преимуществом по среднегрупповым показателям длины и массы тела.

Очевидно, что данная картина свидетельствует о тенденции к гендерному выравниванию антропометрических характеристик в популяции дошкольников г. Душанбе. В процессе проведенного корреляционного анализа установлена

статистически значимая связь показателей физического развития детей и характера вскармливания.

## **5.2. Оценка физического развития детей раннего и дошкольного возраста**

Вопрос оценки физического развития детей подвергается дискуссиям и по сей день. Многие исследователи считают, что достаточно использовать единый международный стандарт, который предлагается ВОЗ.

Однако, есть и работы, утверждающие, что необходимы региональные стандарты физического развития, при составлении которых учитывается влияние медико-географических, санитарно-гигиенических и медико-биологических факторов внешней среды на конкретной территории [25, 79, 82, 143, 248].

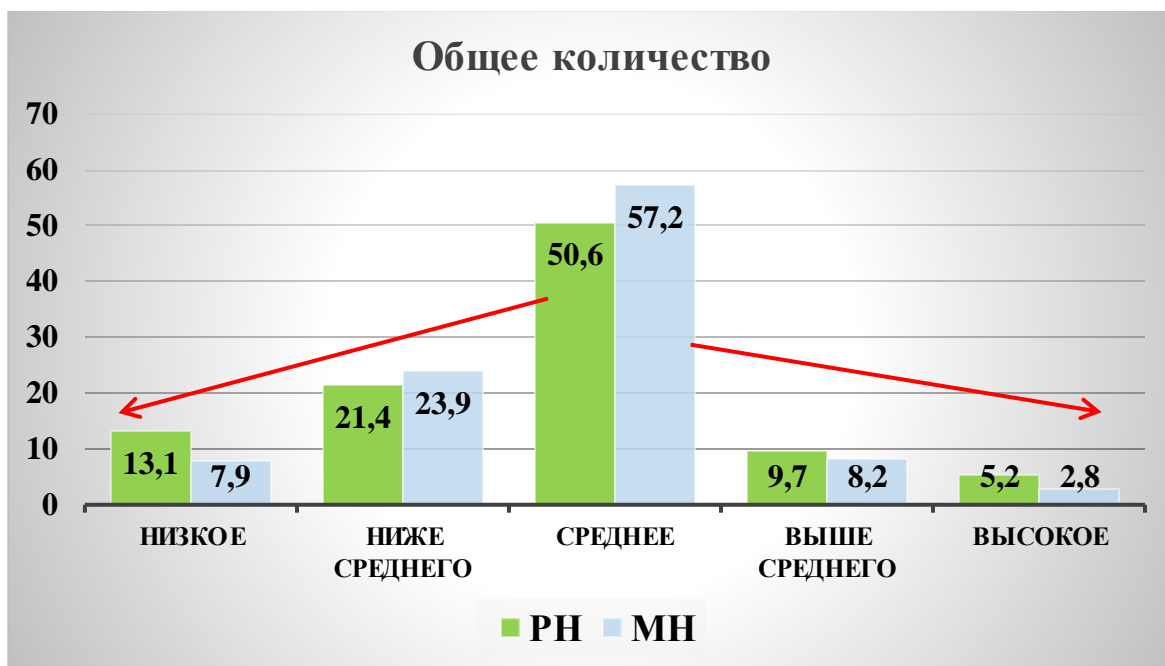
Это послужило основанием для проведения сравнительного анализа физического развития детей раннего и дошкольного возрастов, с региональными возрастно-половыми (РН – региональные нормативы, 2018 г.) и международными нормативами (МН – международные нормативы, показателями ВОЗ, 2006 г.).

Общая картина распределения обследованных детей по характеристикам физического развития, приведенная на рисунке 5.10, показывает, что средний уровень физического развития был характерен для 50,6% по региональным и 57,2% детей по международным нормативам.

Отклонения от средних величин в большей степени имели направленность в сторону ниже средних и низких величин. Так, каждый третий ребенок (34,5%) по РН имел физическое развитие ниже среднего и низкое, а по МН доля таких детей было немного меньше и составляла 31,8%.

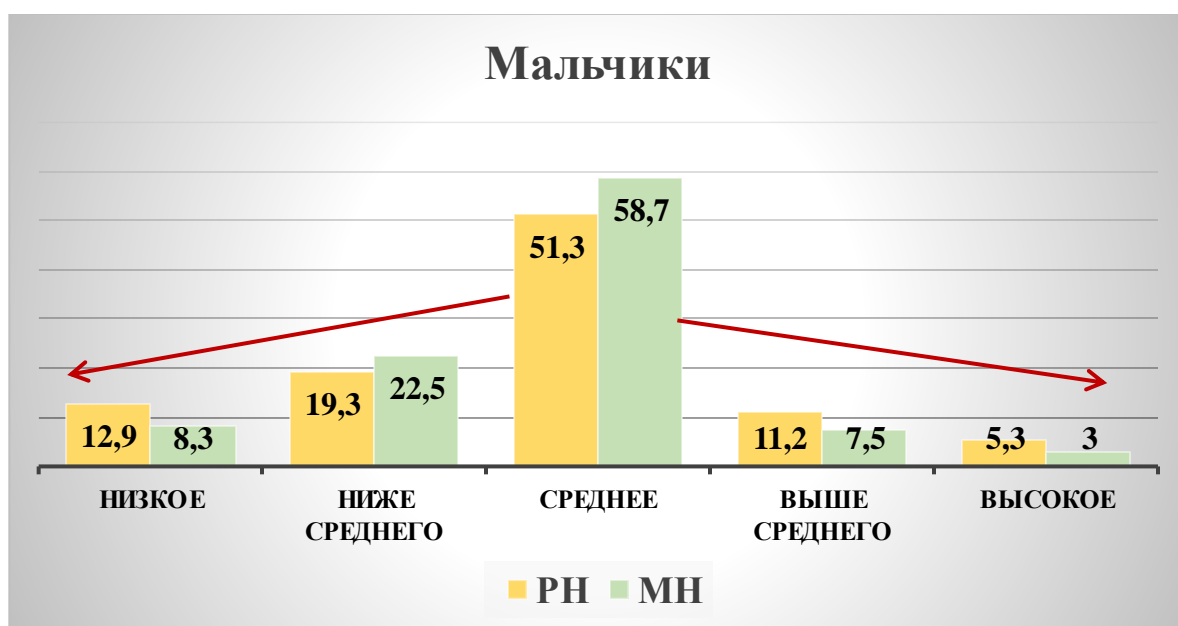
Отклонения физического развития в сторону выше среднего и высокого по региональным нормативам выявлялось у 14,9% обследованных детей, а по международным стандартам – у 11% (рисунок 5.10).



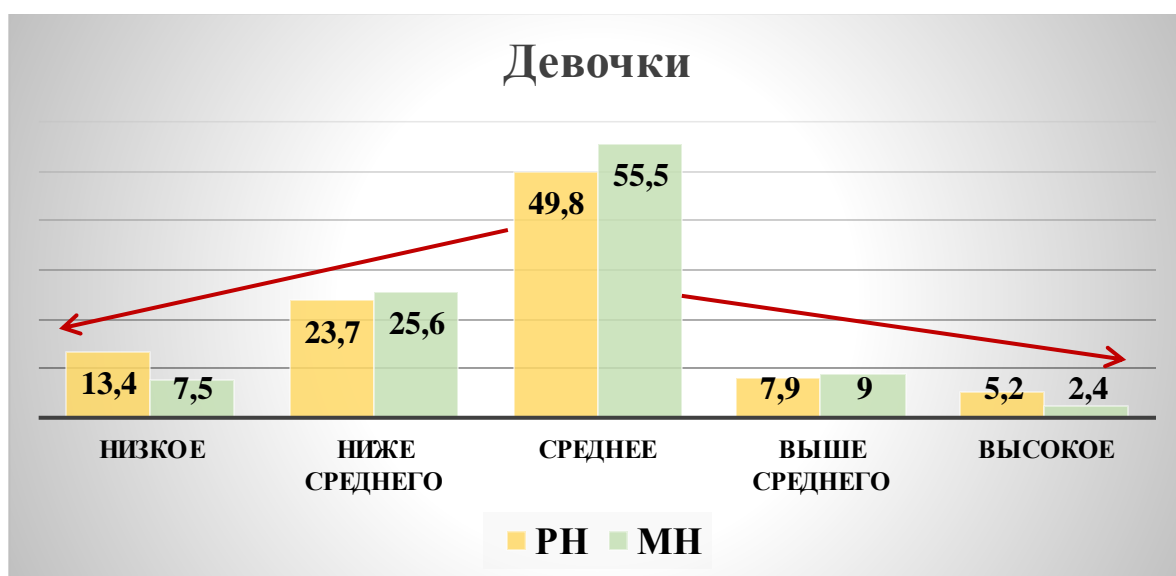


**Рисунок 5.10 - Распределение детей по уровню физического развития (%)**

Сравнительный анализ оценки ФР по половой принадлежности показал, что мальчиков (51,3% по РН и 58,7% по МН соответственно) с нормальным физическим развитием было больше, по сравнению с девочками (49,8% по РН и 55,5% по МН соответственно), как по РН, так и по МН (рисунки 5.11 и 5.12).



**Рисунок 5.11. - Распределение мальчиков по уровню физического развития (%)**



**Рисунок 5.12. - Распределение девочек по уровню физического развития (%)**

Практически каждый третий мальчик по РН (32,2%) и МН (30,8%) имеет физическое развитие ниже среднего и низкое. Количество девочек с аналогичным физическим развитием было несколько больше – 37,1% по РН, а по МН – 33,1% случаев.

Мальчиков, имеющих высокие показатели ФР и выше среднего, по РН (16,5%) было больше, по сравнению с девочками, на 3,4% (13,1% соответственно). Хотя при оценке ФР по МН количество девочек (11,4%) и мальчиков (10,5%) с высоким ФР и выше среднего оказалось сопоставимым ( $p > 0,05$ ).

Сравнительная характеристика уровня физического развития мальчиков и девочек по возрастам приведена в таблице 5.17.

На первом году жизни, согласно МН, количество мальчиков (68,6%) и девочек (76,3%), имеющих нормальное (среднее) физическое развитие, было больше, по сравнению с РН (64,8% и 66,7% соответственно).

Отклонения от нормальных значений в сторону увеличения показателей физического развития были выявлены в группе мальчиков больше по РН (25,7%), в сравнении с МН (18,1%). Такая же картина отмечалась и в группе годовалых девочек (18,5% по РН и 12,6% по МН соответственно).

**Таблица 5.17. - Распределение детей по уровню физического развития (%)**

Уровень физического развития	Мальчики		Р	Девочки		Р
	РН	МН		РН	МН	
	<b>1 год</b>					
Низкое	1,9	4,8	>0,05**	3,0	0,7	>0,05*
Ниже среднего	7,6	8,6	>0,05*	11,9	10,4	>0,05
Среднее	64,8	68,6	>0,05	66,7	76,3	>0,05
Выше среднего	13,3	10,5	>0,05	12,6	10,4	>0,05
Высокое	12,4	7,6	>0,05*	5,9	2,2	>0,05*
	<b>2 года</b>					
Низкое	15,9	2,1	<0,001**	24,6	3,5	<0,001*
Ниже среднего	30,3	13,1	<0,001	35,1	28,9	>0,05
Среднее	44,1	73,8	<0,001	36,0	50,0	<0,05
Выше среднего	4,8	8,3	>0,05*	0,9	15,8	<0,001*
Высокое	4,8	2,8	>0,05*	3,5	1,8	>0,05*
	<b>3 года</b>					
Низкое	23,4	6,6	<0,001*	20,5	3,9	<0,001*
Ниже среднего	31,4	30,7	>0,05	33,1	38,6	>0,05
Среднее	35,8	50,4	<0,05	45,7	55,1	>0,05
Выше среднего	3,6	8,8	>0,05**	-	0,8	-
Высокое	5,8	3,6	>0,05**	0,8	1,6	>0,05*
	<b>4 года</b>					
Низкое	5,1	4,3	>0,05*	8,8	8,0	>0,05*
Ниже среднего	9,4	22,5	<0,01	21,2	26,5	>0,05
Среднее	56,5	62,3	>0,05	50,4	56,6	>0,05
Выше среднего	21,7	6,5	<0,001*	8,8	7,1	>0,05*
Высокое	7,2	4,3	>0,05*	10,6	1,8	<0,05**
	<b>5 лет</b>					
Низкое	7,1	12,9	>0,05*	16,0	25,0	>0,05

Продолжение таблицы 5.17.

Ниже среднего	20,7	26,4	>0,05	22,0	21,0	>0,05
Среднее	56,4	54,3	>0,05	43,0	39,0	>0,05
Выше среднего	15,7	6,4	<0,05*	14,0	10,0	>0,05
Высокое	-	-	-	5,0	5,0	>0,05*
<b>6 лет</b>						
Низкое	22,0	18,9	>0,05	8,4	7,5	>0,05*
Ниже среднего	12,9	31,1	<0,001	19,6	29,0	>0,05
Среднее	53,8	43,9	>0,05	54,2	49,5	>0,05
Выше среднего	8,3	5,3	>0,05*	12,1	11,2	>0,05
Высокое	3,0	0,8	>0,05**	5,6	2,8	>0,05**

**Примечание:** р – статистическая значимость различий показателей между оценками по РН и МН (по критерию  $\chi^2$ ; \* – по критерию  $\chi^2$  с поправкой Йетса; \*\* – по ф-критерию Фишера)

Физическое развитие низкое и ниже среднего выявлено у 9,5% мальчиков по РН и 13,4% по МН соответственно. Тогда как среди девочек физическое развитие ниже среднего и низкое выявлено больше по РН - 14,9%, а по МН – 11,1% соответственно.

Статистический анализ оценки уровня физического развития детей в двухгодичном возрасте выявил значимые различия как по региональным, так и по международным нормативам.

Так, мальчиков с нормальным ФР было выявлено по МН (73,8%) значительно больше, по сравнению с РН (44,1%,  $p < 0,001$ ). Аналогичная ситуация прослеживалась и у девочек, где каждая вторая имела нормальные параметры физического развития по МН (50%), а по РН всего лишь треть (36%,  $p < 0,05$ ).

Хотелось бы отметить, что к данному возрасту отклонения от нормальных значений в сторону уменьшения показателей ФР были отмечены в обеих группах как у мальчиков, так и девочек. Более того, количество детей с низким и ниже средним физическим развитием становилось больше как по РН, так и по МН. Так, согласно РН, количество мальчиков с низким (15,9%) и ниже средним

(30,3%) ФР было статистически больше, по сравнению с МН (2,1% и 13,1% соответственно,  $p < 0,001$ ).

В группе девочек каждая четвертая имела низкое ФР (24,6%) согласно РН и всего лишь 3,5% по МН ( $p < 0,001$ ). ФР выше среднего имели 15,8% девочек по МН, тогда как по РН количество таких девочек была гораздо меньше – 0,9% ( $p < 0,001$ ).

К трехлетнему возрасту количество мальчиков с нормальным ФР значительно уменьшилось до 50,4% по МН, а по РН – до 35,8% ( $p < 0,05$ ). В то время как количество мальчиков, имеющих ФР низкое и ниже среднего, возросло как по РН, так и по МН. Так, мальчиков с низким ФР встречалось в 3,5 раз чаще по РН (23,4%) по сравнению с МН (6,6%,  $p < 0,001$ ).

Детей с высоким и выше среднего ФР было выявлено значительно меньше как по РН, так и по МН, количество их было сопоставимо. В группе девочек процентное соотношение детей по уровням ФР особо не изменилось, за исключением того, что возросло количество девочек со средним уровнем ФР по РН на 9,7%, а также возросло количество девочек с ФР ниже среднего в группе МН. А количество девочек, имеющих ФР выше среднего и высокое, было в малом количестве в обеих сравниваемых группах.

При динамическом наблюдении за мальчиками четырех лет была выявлена тенденция к увеличению количества детей со средним (56,5%) и выше средним (21,7%) ФР согласно РН, по сравнению с предыдущим годом (35,8% и 3,6% соответственно). А также уменьшение количества мальчиков с низким и ниже средним ФР почти в 4 раза.

Согласно МН, 62,3% мальчиков имели среднее ФР, статистически значимое количество детей имело ФР ниже среднего (22,5%) в сравнении с РН (9,4%,  $p < 0,01$ ). В то время как мальчиков с ФР выше среднего было в три раза меньше (МН – 6,5%, РН – 21,7%,  $p < 0,001$ ). В группе девочек количество имеющих среднее ФР было практически одинаковым как по РН (50,4%), так и МН (56,6%).

Статистические различия были найдены в группе девочек с высоким ФР. Так, согласно РН, 10,6% девочек имели высокое ФР, а по МН таких детей встречалось почти в шесть раз меньше (1,8%,  $p < 0,05$ ).

В пятилетнем возрасте вновь прослеживается тенденция к уменьшению показателей физического развития как по РН, так и по МН. Особенно выражено это было в группе девочек, где средние показатели ФР уменьшились до 43% по РН и до 39% по МН (в сравнении с предыдущим годом 50,4% и 56,6% соответственно).

Среди девочек на 8% увеличилось количество детей с низким и ниже средним ФР (38%) по РН и на 11,5% согласно МН (46%). Такая же картина наблюдалась и среди мальчиков, где отмечалось увеличение количества детей с низким и ниже средним ФР до 27,8% по РН и до 39,3% случаев по МН.

К шести годам практически одинаковое количество мальчиков (53,8%) и девочек (54,2%) имели нормальный уровень физического развития согласно РН. По МН такой уровень ФР был выявлен почти на 10% меньше (в сравнении с РН) у мальчиков (43,9%) и всего лишь на 4,7% больше у девочек (49,5%).

Каждый третий мальчик (34,9%) по РН имел ФР ниже среднего и низкое. А, согласно МН, каждый второй (50%) имел ФР низкое и ниже среднее.

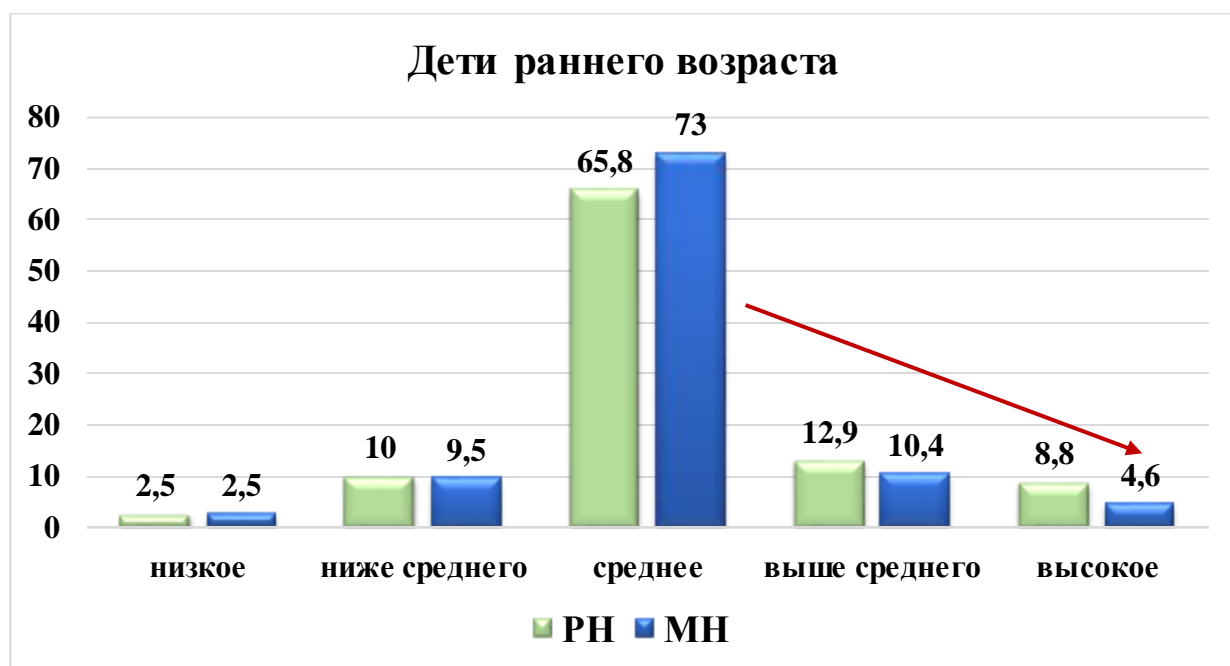
Среди девочек, имеющих ФР в пределах низких значений, по РН было значительно меньше (8,4%), по сравнению с мальчиками (22%,  $p < 0,01$ ). Такая же картина отмечалась и при оценке ФР по МН: низкое ФР у девочек составляло 7,5% случаев против 18,9% у мальчиков ( $p < 0,05$ ).

Физическое развитие выше среднего и высокое больше встречалось среди девочек как по РН, так и по МН, хотя достоверных различий выявлено не было.

Обобщая вышеизложенное, распределение детей по периодам детства и по уровню физического развития выявило следующую картину. Более половины детей раннего возраста по РН (65,8%) и  $\frac{3}{4}$  детей (73%) согласно МН имели средние параметры физического развития.

Отклонения от средних показателей в большей степени были направлены в сторону выше средних и высоких величин ФР. Так, 21,7% детей раннего

возраста имели показатели физического развития в данном диапазоне по РН и 15% детей согласно МН (рисунок 5.13).

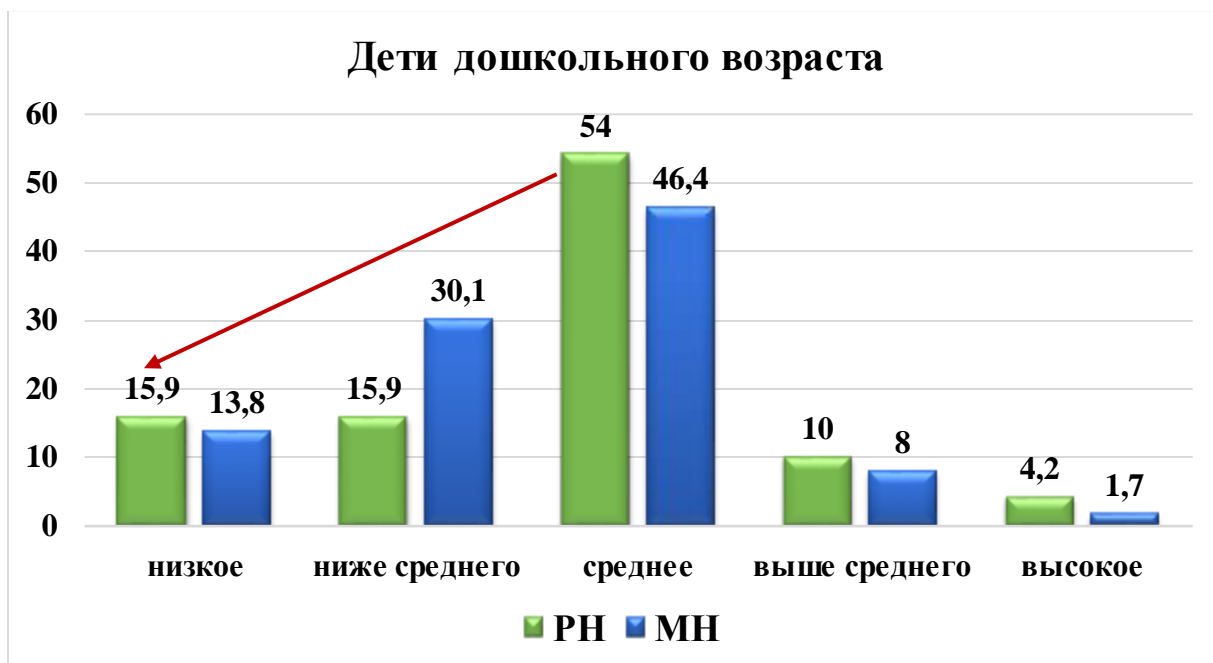


**Рисунок 5.13. - Оценка физического развития детей раннего возраста**

Тогда как количество детей, имеющих физическое развитие ниже среднего и низкое, по РН было почти в два раза меньше и составляло 12,5%, а по МН – 12% случаев.

Оценка последующего анализа данных ФР детей дошкольного возраста позволила выявить противоположную картину, где отклонения от нормальных показателей преимущественно сдвинуты влево, т.е. в сторону их уменьшения.

Согласно РН, доля таких детей в общей сложности составила 31,8%, причем распределение по уровням физического развития в обеих зонах было одинаковым: ниже среднего – 15,9% и низкое – 15,9%. А при оценке физического развития по МН таких детей было почти в полтора раза больше (43,9%), причем наибольшая доля детей распределилась в зоне с ниже средним (30,1%) физическим развитием и в 2 раза меньше в зоне с низким ФР (13,8%) (рисунок 5.14).



**Рисунок 5.14. - Оценка физического развития детей дошкольного возраста**

Количество детей со средним ФР к дошкольному возрасту по МН встречалось в полтора раза меньше, в сравнении с ранним возрастом, и составило меньше половины с общей доли детей (46,4%). Согласно РН, детей дошкольного возраста со средним физическим развитием встречалось на 11,8% меньше, в сравнении с таковыми в раннем возрасте (65,8% и 54% соответственно).

Таким образом, результаты обследования оценки ФР детей раннего и дошкольного возрастов дают основание установить следующие отклонения от нормальных величин. Так, более половины детей раннего возраста имели нормальные показатели ФР и отклонения от данных величин отмечались в сторону увеличения. К дошкольному возрасту данная тенденция имела противоположенную картину, т.е. отклонения были преимущественно в сторону уменьшения показателей ФР. Эти отклонения были более выражены при оценке ФР детей по региональным нормативам.

Установлено, что оценка ФР детей по региональным стандартам более чувствительна к отклонениям в физическом развитии, в сравнении с международными нормативами.



### 5.3. Оценка гармоничности физического развития детей раннего и дошкольного возраста

Гармоничность физического развития ребенка свидетельствует о состоянии его здоровья. Длительное воздействие негативных факторов на рост и развитие детского организма способствует сдвигам параметров его физического развития, которые в последующем могут трансформироваться в патологические процессы. В связи с чем динамическое наблюдение за показателями антропометрических данных и гармоничностью физического развития ребенка позволят своевременно выявить данные отклонения.

Процессе проведения сравнительной оценки гармоничности физического развития детей раннего и дошкольного возрастов проводился с использованием «Стандартов и таблиц по индивидуальной оценке физического развития детей от 0 до 6 лет г. Душанбе Республики Таджикистан» методом оценки ФР по шкале регрессии [266].

Все дети были разделены на три группы: дети с гармоничным физическим развитием (ГФР), с дисгармоничным физическим развитием за счет дефицита массы тела (ДМТ), с дисгармоничным физическим развитием за счет избыточной массы тела (ИМТ) (рисунок 5.15).

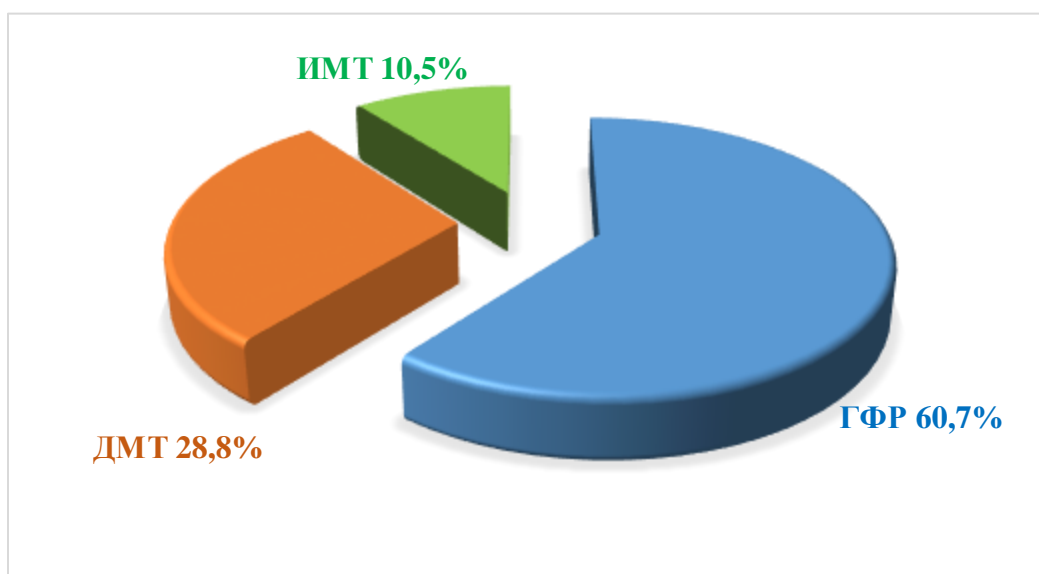
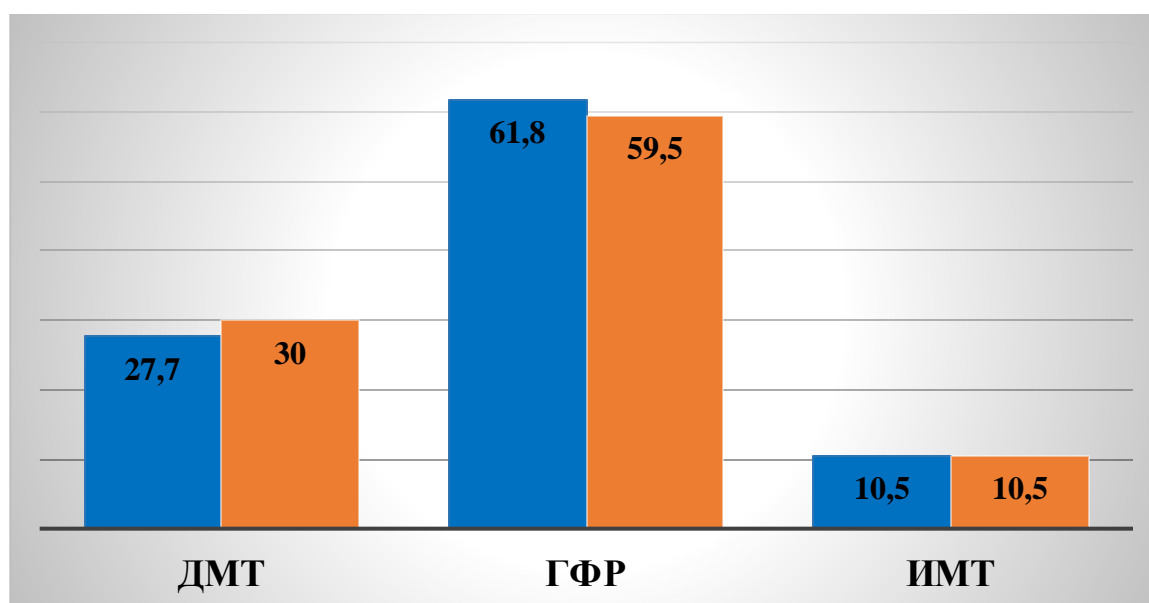


Рисунок 5.15. - Гармоничность физического развития всех обследованных детей (%)

Оценка и анализ гармоничности физического развития продемонстрировали, что более половины всех обследованных детей имели пропорциональное (гармоничное) физическое развитие (60,7%).

В 39,3% случаев среди обследованных детей отмечалось дисгармоничное физическое развитие, обусловленное дефицитом массы тела, встречалось почти у каждого третьего ребенка (28,8%), а за счет избытка массы тела – у 10,5% детей раннего и дошкольного возрастов.

Проведя сравнение показателей гармоничности физического развития по половому различию, установлено, что дисгармоничное физическое развитие было больше зависимо от дефицита массы тела преимущественно среди девочек (30%), по сравнению с мальчиками (27,7%), однако разница показателей не была статистически значимой ( $p > 0,05$ ). Доля детей с избытком массы тела в обеих группах от общего числа обследованных встречалась в равных количествах (рисунок 5.16).



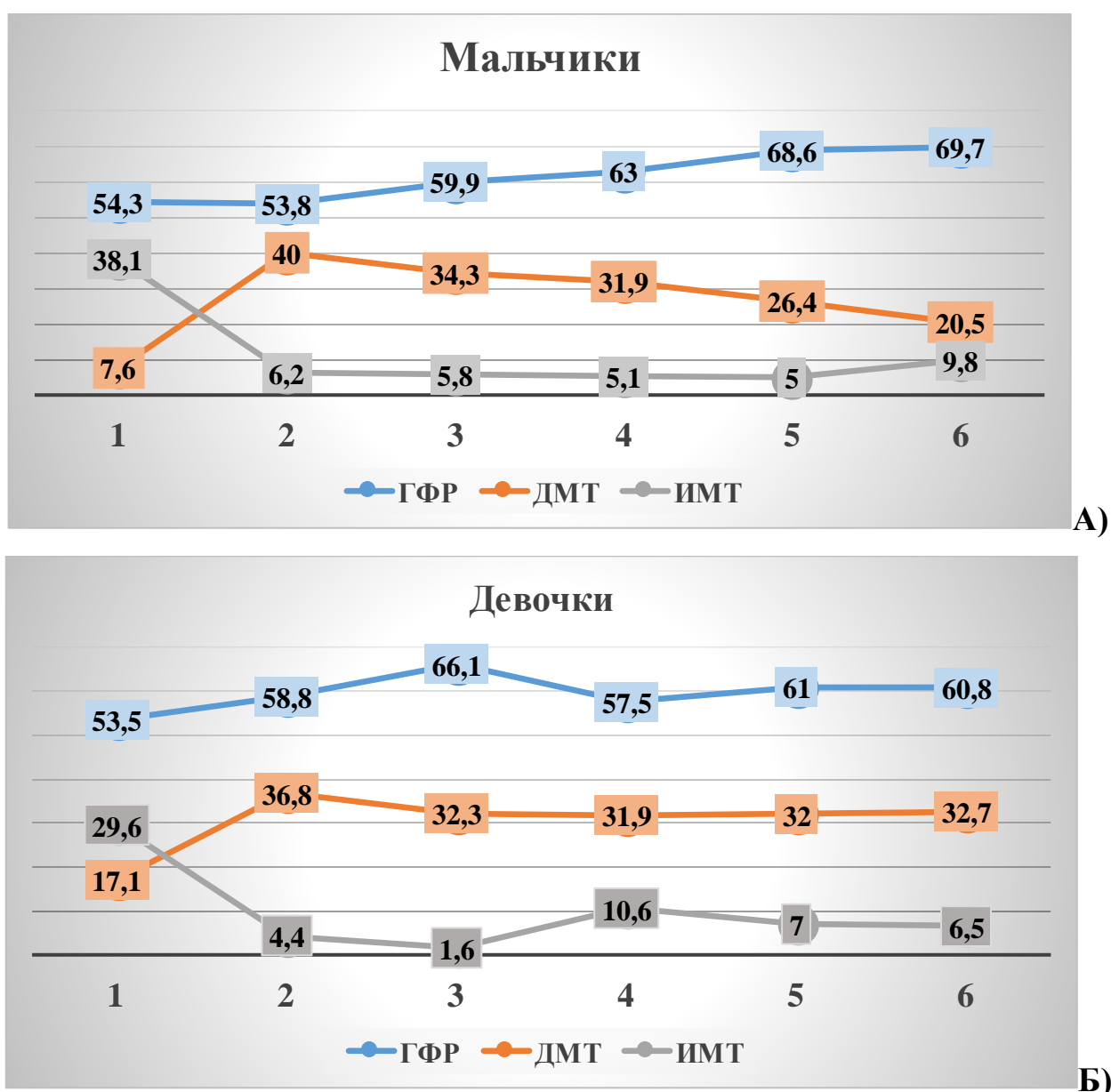
**Рисунок 5.16. - Гармоничность физического развития обследованных детей по половой принадлежности**

Представляло интерес изучение динамики изменений ФР мальчиков и девочек раннего и дошкольного возраста с учетом их пропорциональности.

Сравнительная характеристика гармоничности физического развития по половому диморфизму детей раннего и дошкольного возрастов приведена на нижеследующем рисунке.

Оценка динамики физического развития мальчиков показала, что количество детей, имеющих гармоничное физическое развитие, неуклонно возрастало на протяжении всего периода исследования.

У девочек кривая выглядела волнообразно, при этом максимальное количество ГФР среди девочек было зафиксировано в трехлетнем возрасте и составило 66,1% (рисунок 5.17 А, Б).



**Рисунок 5.17. - Динамика гармоничности физического развития детей раннего и дошкольного возраста (%)**

Так, более половины мальчиков (54,3%) и девочек (53,5%) первого года жизни имели гармоничное физическое развитие и к дошкольному возрасту их количество достигало 69,7% и 60,8% соответственно. Статистически значимых различий выявлено не было, но количество мальчиков с ГФР преобладало в динамике наблюдений.

Дисгармоничный уровень физического развития был более свойственен девочкам, по сравнению с мальчиками. Так, дефицит массы тела у годовалых девочек (17,1%) встречался в два раза чаще, по сравнению с годовалыми мальчиками (7,6%,  $p < 0,05$ ). Далее к двум годам количество детей с ДМТ возросло в разы и достигло своего максимума в обеих сравниваемых группах – в 5 раз у мальчиков (40%) и в 2 раза у девочек (36,8%). Далее кривая ФР пошла на убыль.

Необходимо отметить, что дефицит массы тела в группе девочек к шести годам снизился незначительно (всего на 4,1%) и составил 32,7%. А среди мальчиков выявлено статистически значимое снижение количества детей с дефицитом массы тела к данному возрасту почти в два раза и составило 20,5% ( $p < 0,05$ ).

Максимальное количество детей с избыточной массой тела встречалась в годовалом возрасте. Так, среди мальчиков детей с ИМТ было 38,1% случаев, а девочек – 29,6%. К двум годам количество мальчиков (6,2%) и девочек (4,4%) с избыточной массой тела сократилось более чем в шесть раз ( $p < 0,05$ ). Далее в последующие годы значимых изменений не наблюдалось. Кривая роста показателей детей с ИМТ среди обследованных детей оставалась практически на одном уровне, особенно в группе мальчиков, и к шести годам отмечался небольшой рост данной когорты детей на 3,6% (9,8%).

Среди девочек минимальное количество детей с избытком массы тела было отмечено в трехлетнем возрасте (1,6%). К четырем годам количество девочек, имеющих избыточную массу тела, возросло более чем в шесть раз и составило 10,6% случаев. Далее их количество постепенно уменьшалось и к шести годам составило 6,5%.

Анализ гармоничности физического развития обследованных детей показал, что наибольшая активная динамика наблюдалась в два года. Так, 15,8% детей с дефицитом массы тела перешли в группу с гармоничным физическим развитием. В два раза больше обследованных детей с избыточной массой тела (28,4%) перешли в группу с нормальным физическим развитием. Тогда как почти половина (43,3%) детей, имеющих гармоничное ФР, перешли в группу детей с дефицитом массы тела.

Далее к шести годам динамика развития была не столь активна. Так, среди мальчиков группа детей с нормальным физическим развитием пополнялась за счет группы детей, имеющих дефицит массы тела – 10,5%. 14,2% мальчиков с гармоничным типом физического развития больше соответствовали группе, имеющих избыток массы тела. Таким образом, группа мальчиков с избытком массы тела имела тенденцию к росту. У девочек большой миграции не наблюдалось.

Таким образом, более половины обследованных детей раннего и дошкольного возрастов имели гармоничное физическое развитие, среди которых преобладали мальчики.

Девочкам был более свойственен дефицит массы тела. В то время как для мальчиков был характерен избыток массы тела.

Результаты наших исследований согласуются с рядом приведенных в литературе данных, где отмечаются различия по гендерной принадлежности показателей физического развития.

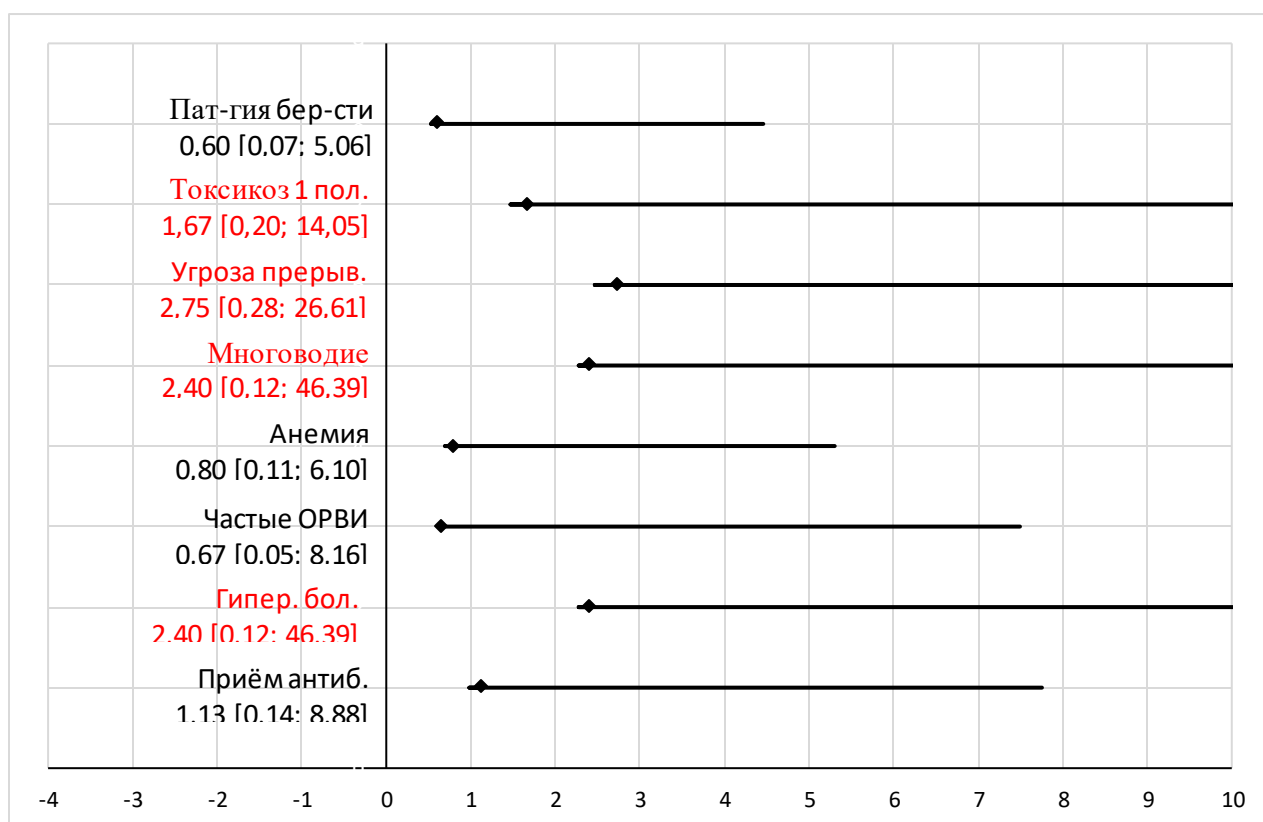
Так, гармоничное физическое развитие чаще встречалось среди мальчиков. Дисгармоничное физическое развитие, возникшее по причине дефицита массы тела, было более свойственно девочкам, нежели мальчикам [61, 96, 118, 135, 207, 294].

В то же время, результаты наших исследований несколько противоречат данным других авторов, где выявлен выраженный дефицит массы тела у мальчиков, тогда как избыток массы тела чаще встречался у девочек-дошкольниц [116, 118, 290, 295].

Отличительным моментом между результатами наших исследований и данными приведенными в литературе, является то, что физическое развитие детской популяции различается в зависимости от регионов, при этом могут воздействовать такие факторы, как экология, социально-гигиенические и климатогеографические условия. Естественно, что при оценке ФР детей необходимо учитывать влияние медико-социальных и биологических факторов риска.

Следовательно, всестороннее изучение взаимосвязи между медико-биологическими, социально-гигиеническими и климато-географическими факторами риска и гармоничностью физического развития обследованных детей имеет определённый интерес.

Статистический анализ показал статистически значимую связь между оценкой ФР детей и факторами периода беременности и родов матери, статусом питания, состоянием ее здоровья и ее ребенка, факторами образа жизни и «социально-психологическим климатом семьи», где воспитывается ребенок (рисунок 5.18).

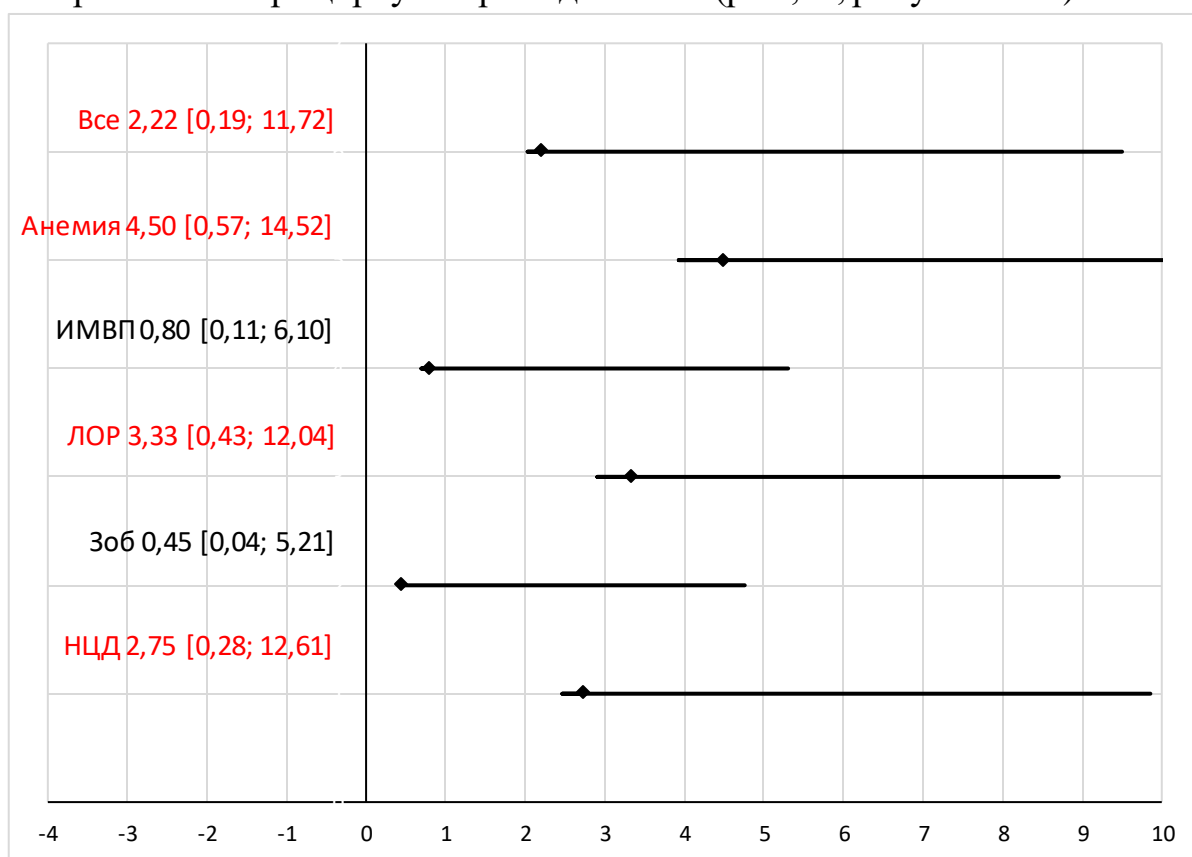


**Рисунок 5.18. – Отношение шансов (Odds ratio) влияния осложнений беременности на гармоничность физического развития у детей**

По той причине, что статистически значимых гендерных различий не было выявлено, представлены обобщенные результаты оценки и анализа.

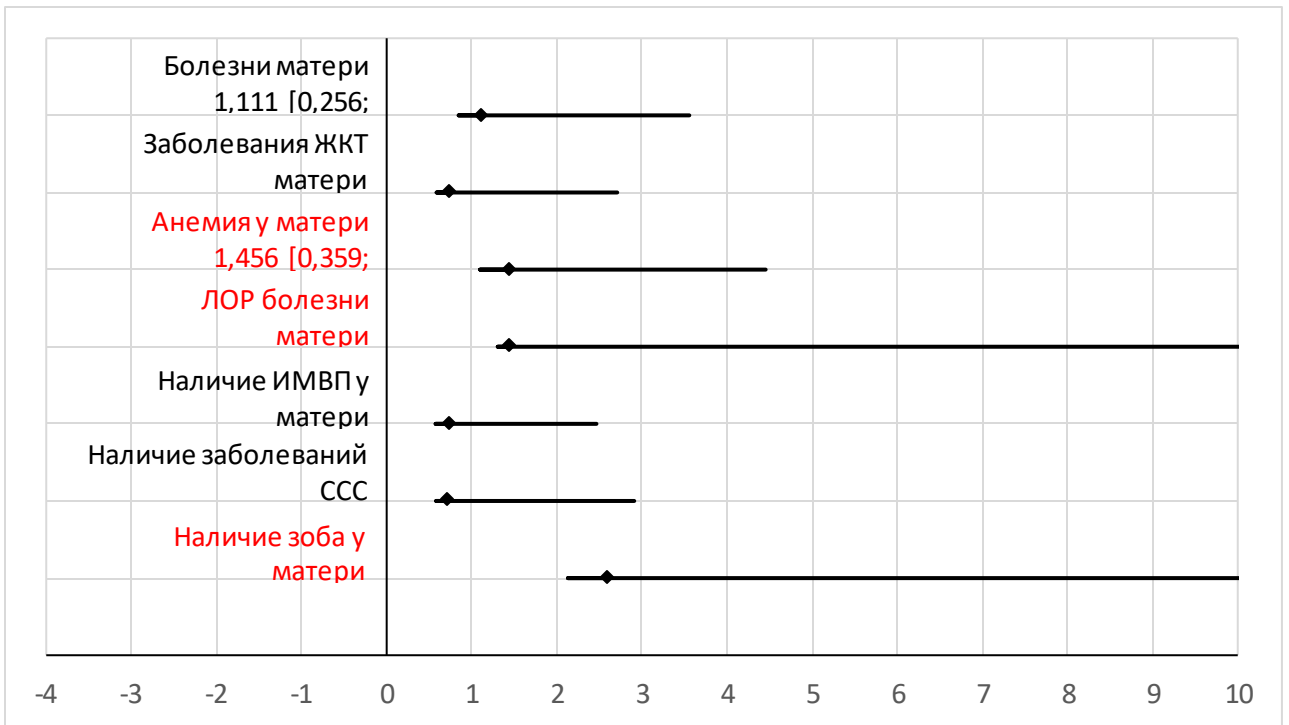
Итак, на гармоничность ФР у детей в раннем возрасте, причем как на дефицит массы тела, так и на его избыток, влияли такие материнские факторы, как токсикоз первой половины беременности, угроза прерывания беременности, многоводие, гипертоническая болезнь ( $p < 0,05$ ).

На развитие ИМТ ребенка влияет различная соматическая патология матери, ведущее место в структуре которой занимает анемия, далее патология ЛОР-органов и нейроциркуляторная дистония ( $p < 0,05$ , рисунок 5.19).



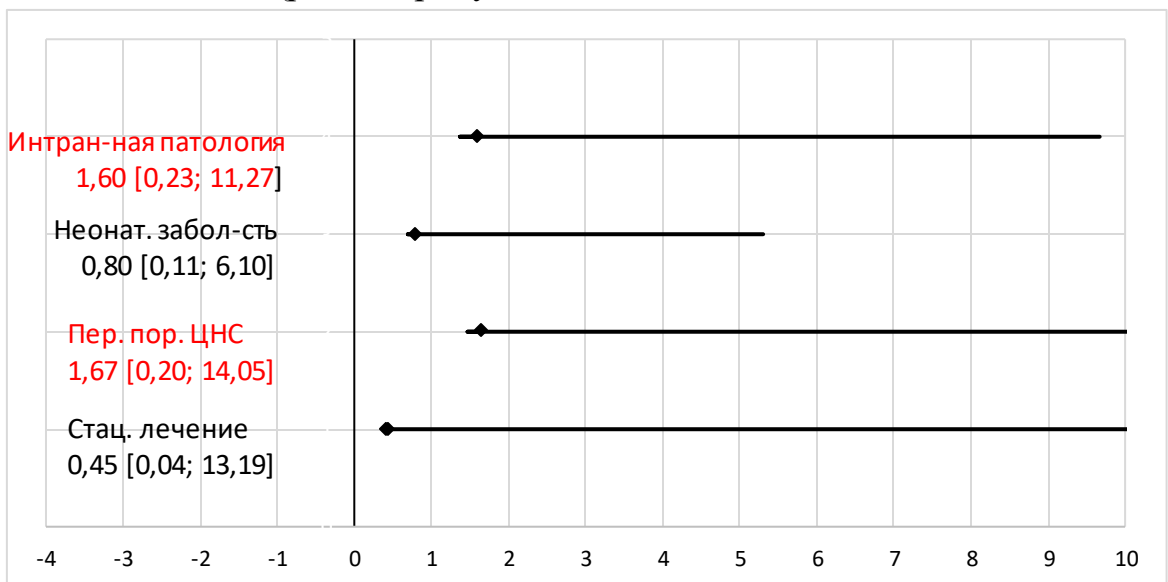
**Рисунок 5.19. - Отношение шансов (Odds ratio) влияния заболеваний различных систем матерей на избыток массы тела у детей (Me [CI, 95%])**

На развитие же дефицита массы тела у ребенка в раннем возрасте больше влияла эндокринная патология матери, а также анемия и патология ЛОР-органов ( $p < 0,05$ , рисунок 5.20).



**Рисунок 5.20. – Отношение шансов (Odds ratio) влияния заболеваний матери на дефицит массы тела у детей ( Me [CI, 95%])**

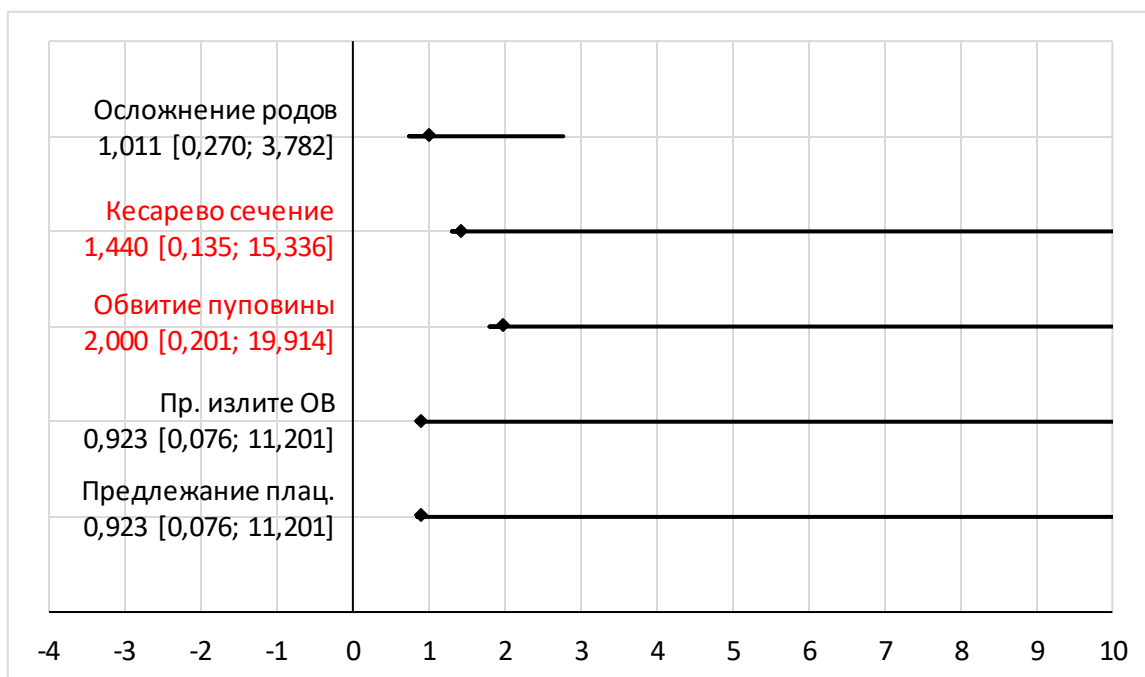
Немаловажная роль принадлежала влиянию патологии интранатального периода, перинатальной патологии ЦНС ребенка на развитие в будущем у него избытка массы тела ( $p < 0,05$ , рисунок 5.21).



**Рисунок 5.21. - Отношение шансов (Odds ratio) влияния интранатальной и неонатальной патологии на избыток массы тела у детей (Me [CI, 95%])**

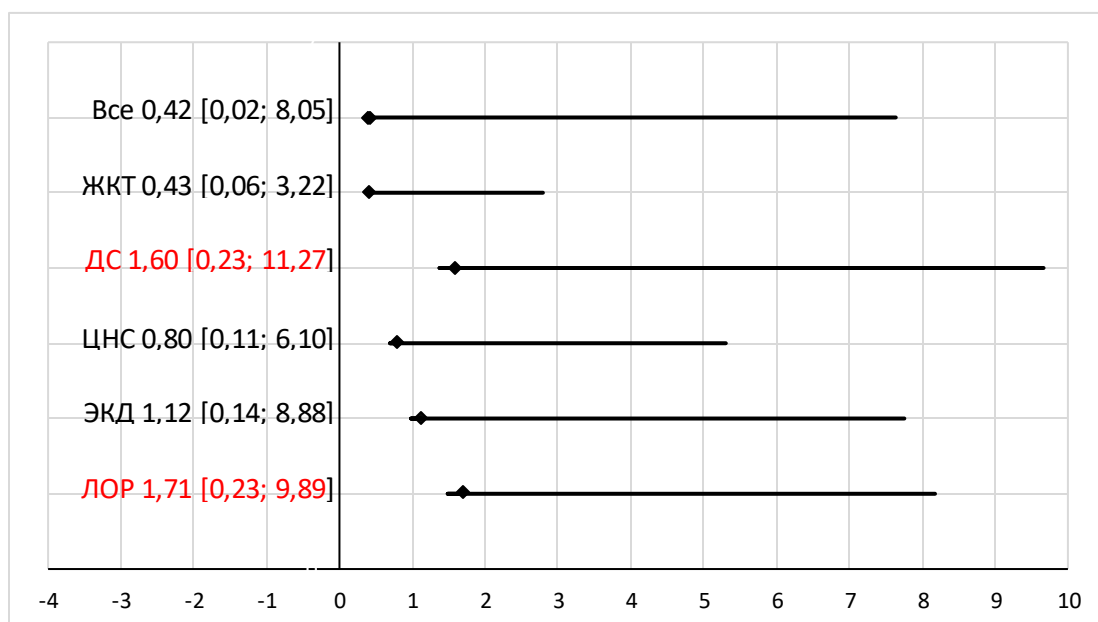


А у детей с ДМТ наибольшая вероятность влияния осложнения родов отмечалась при кесаревом сечении и обвитии пуповиной шеи плода (рисунок 5.22).



**Рисунок 5.22. - Отношение шансов (Odds ratio) влияния осложнений родов на дефицит массы тела у детей (Me [CI, 95%])**

Значительное воздействие на гармоничность физического развития ребенка в раннем возрасте оказывает его соматическое здоровье (рисунок 5.23).



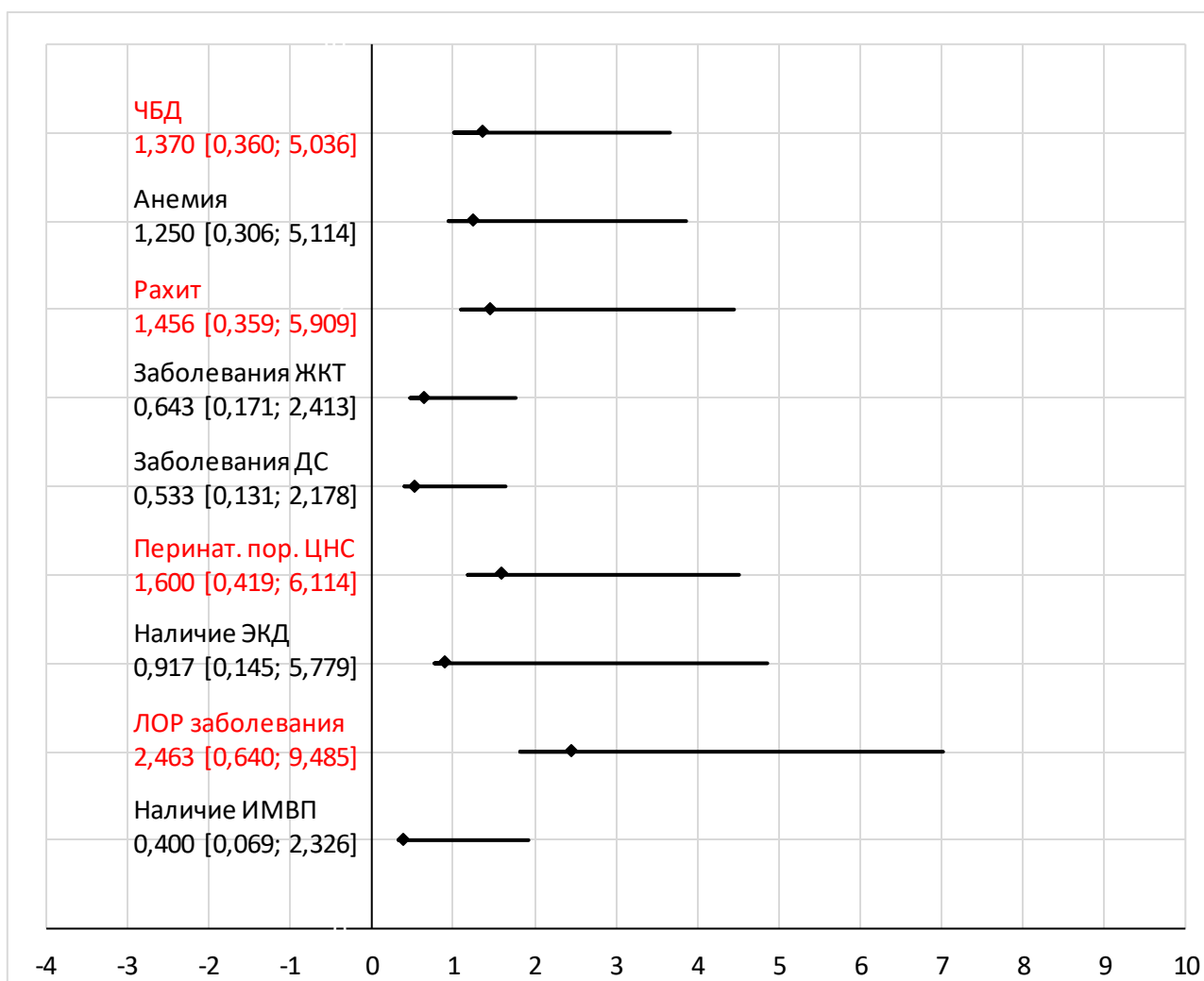
**Рисунок 5.23. - Отношение шансов (Odds ratio) влияния заболеваний различных систем на избыток массы тела у детей (Me [CI, 95%])**

Так, проведенный анализ выявил влияние патологии бронхолегочной системы и ЛОР-органов на развитие избытка массы тела у ребенка.

На развитие же дефицита массы тела у детей в раннем возрасте оказывал влияние несколько иной спектр заболеваний. Хотелось бы отметить наличие МФН в неонатальном периоде (1,440 [0,135, 5,336]).

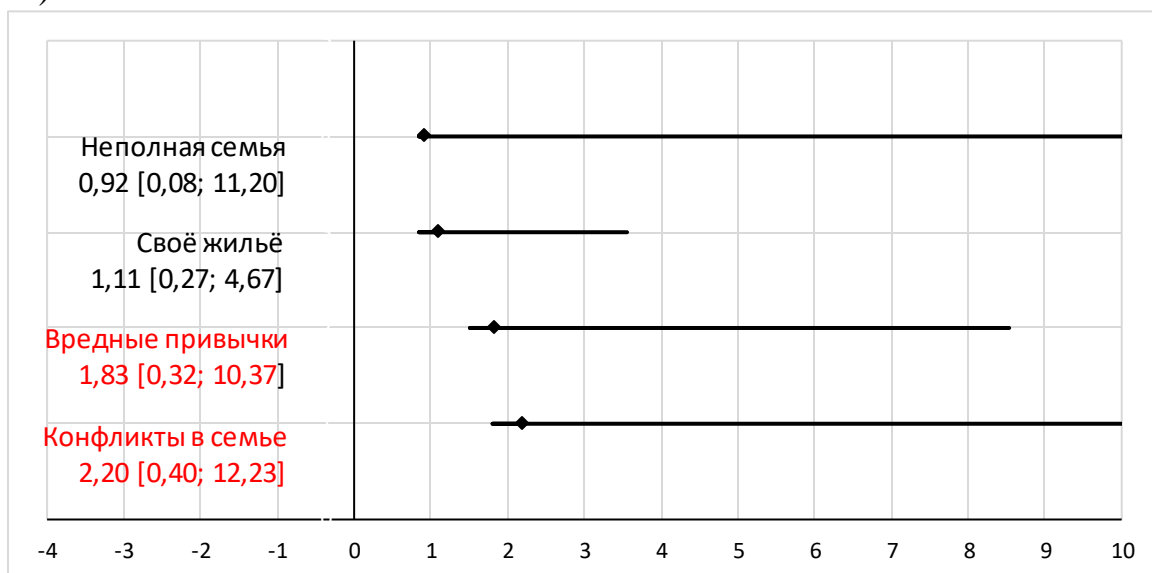
Наличие неонатальной энцефалопатии, стационарное лечение в неонатальном периоде не влияли на развитие ДМТ у детей в раннем возрасте. Ведущая роль принадлежала патологии ЛОР-органов, но немаловажная роль отводилась такой фоновой патологии, как рахит и перинатальная патология ЦНС.

Было отмечено, что у часто болеющих детей частота встречаемости дефицита массы тела наблюдалась с большей вероятностью (рисунок 5.24).



**Рисунок 5.24. - Отношение шансов (Odds ratio) влияния заболеваний на дефицит массы тела у детей (Me [CI, 95%])**

Проведя анализ ФР детей из семей с разным психологическим микроклиматом, установлено, что в семьях с частыми конфликтами, а также наличием вредных привычек у родителей вероятность развития дисгармоничного физического развития у ребенка становится высокой, причем как в сторону избытка, так и в сторону дефицита массы тела ( $p < 0,05$ , рисунок 5.25).



**Рисунок 5.25. - Отношение шансов (Odds ratio) влияния социальных факторов на гармоничность физического развития у детей (Me [CI, 95%])**

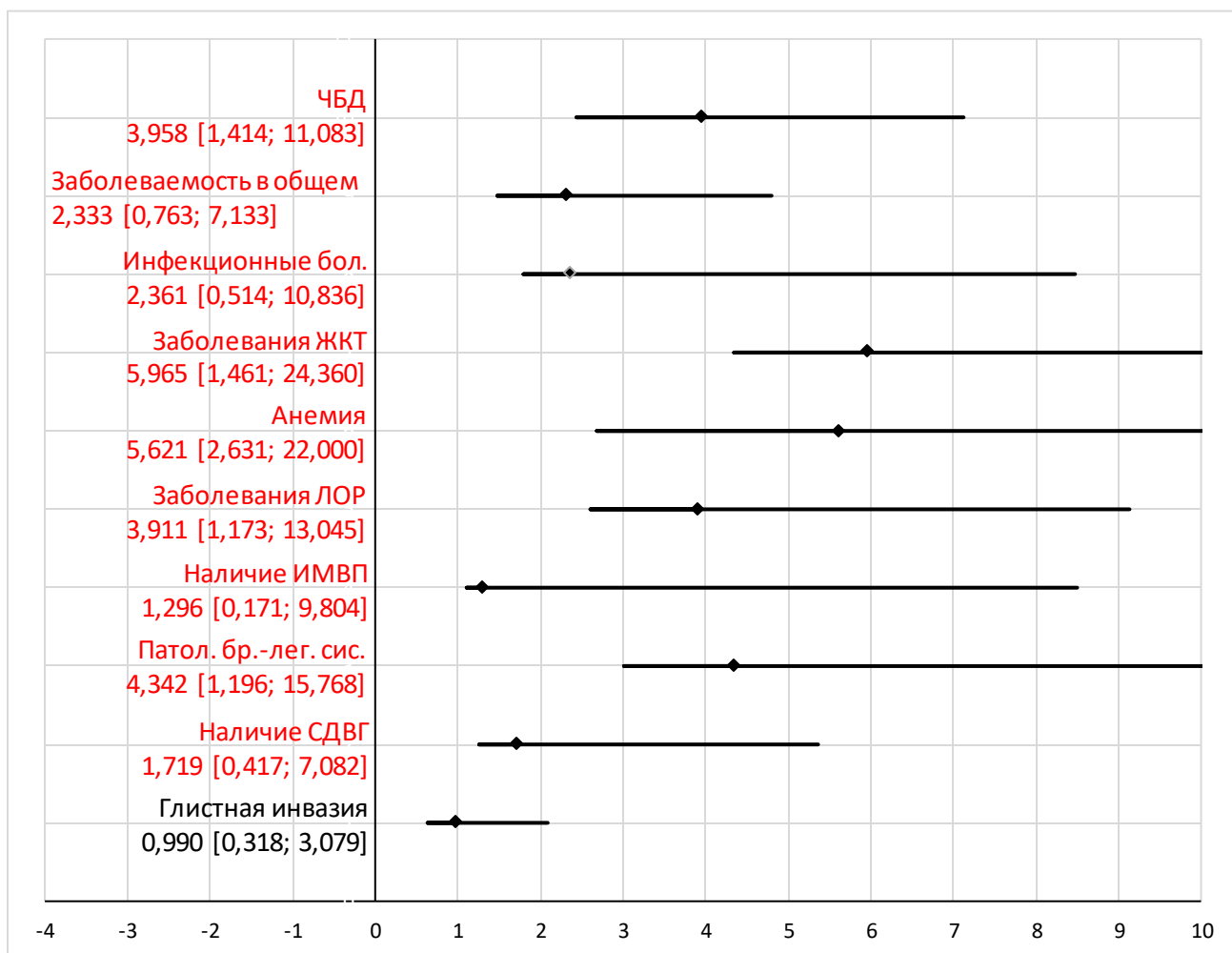
На основании корреляционного анализа установлена статистически значимая зависимость между показателями ФР детей в раннем возрасте, а именно избытка его массы тела с массой тела матери ( $r=0,53$ ), служебным положением матери ( $r=0,67$ ).

На развитие же ДМТ у детей в раннем возрасте больше влияют паритет ( $r=-0,33$ ), служебное положение отца ( $r=0,32$ ).

На гармоничность развития детей влиял характер питания. Было выявлено, что однообразное и неполноценное питание влияло на развитие дефицита массы тела ( $r=0,361, p < 0,001$ ).

На отклонения физического развития в дошкольном периоде больше всего влияли различные заболевания самого ребенка.

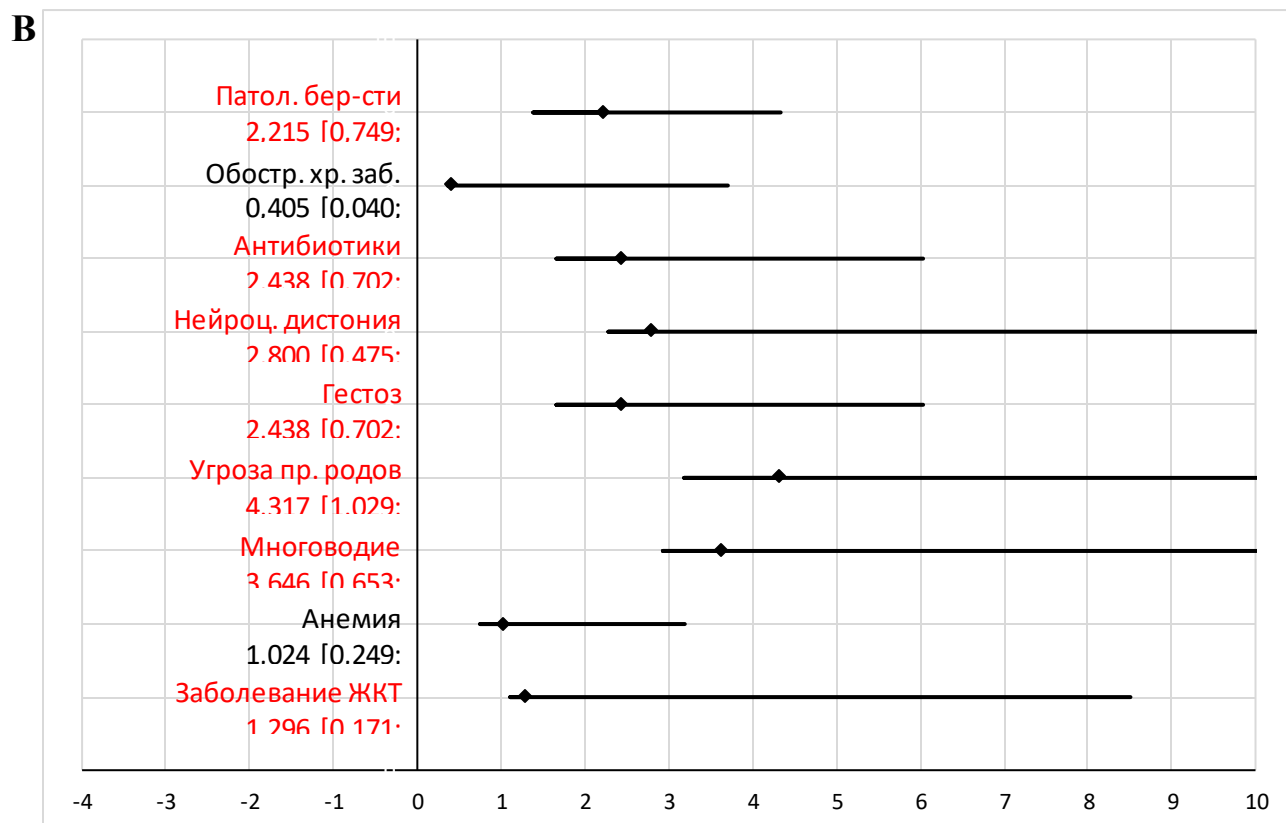
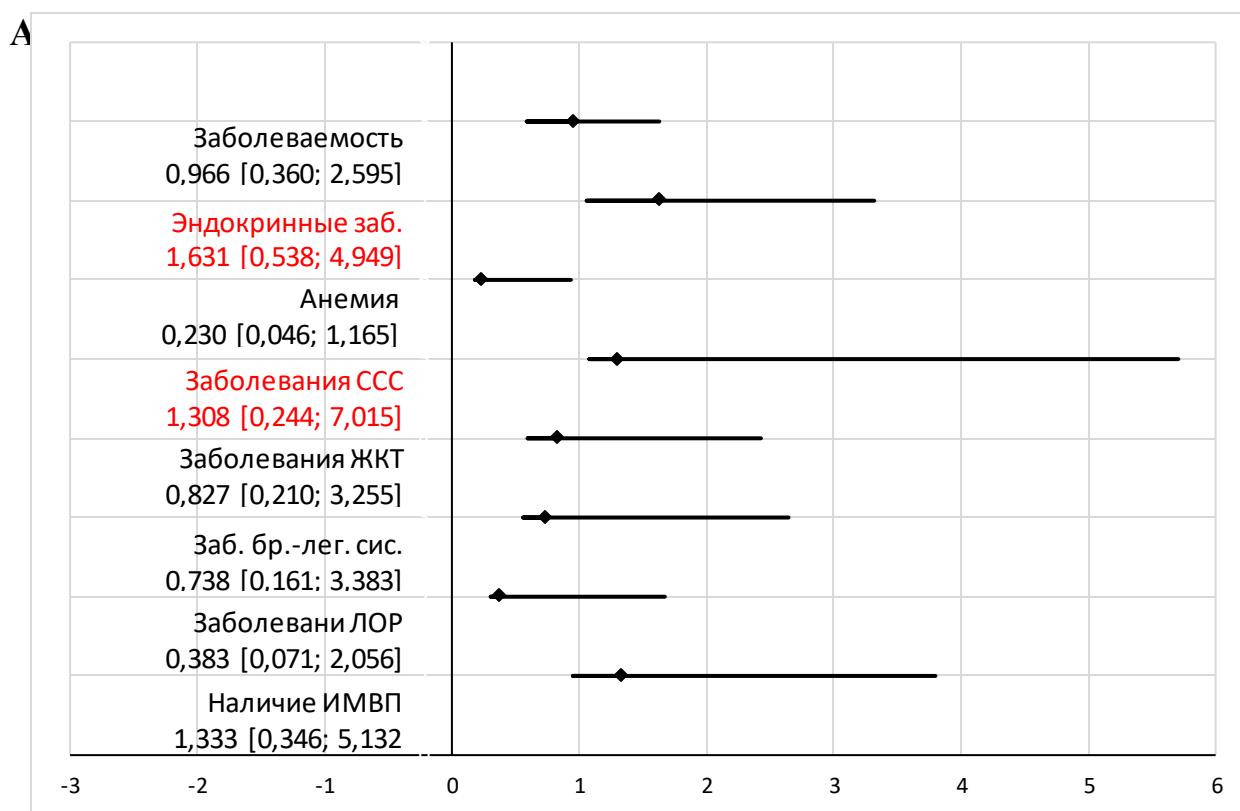
В результате исследование было выявлено, что на формирование дефицита массы тела у детей дошкольного возраста влияет наличие патологии со стороны бронхолегочной системы, желудочно-кишечного тракта, ЛОР-органов, инфекции мочевыводящих путей, инфекционных заболеваний, анемии, СДВГ, а также большая подверженность ребенка частым респираторным заболеваниям (рисунок 5.26).



**Рисунок 5.26 - Отношение шансов (Odds ratio) влияния заболеваний на дефицит массы тела у детей дошкольного возраста (Me [CI, 95%])**

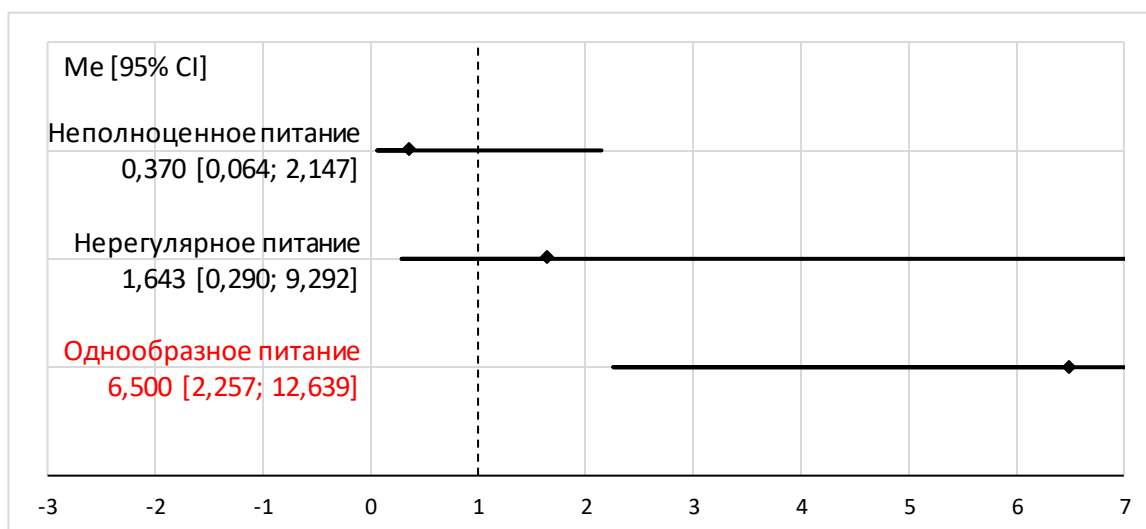
Со стороны материнских факторов риска на развитие дефицита массы тела у детей дошкольного возраста влияли такие факторы, как эндокринные заболевания матери, заболевания желудочно-кишечного тракта и

нейроциркуляторная дистония, а также различная патология беременности (гестозы, угроза прерывания беременности, многоводие), прием антибактериальной терапии во время беременности (рисунок 5.27 А и В).



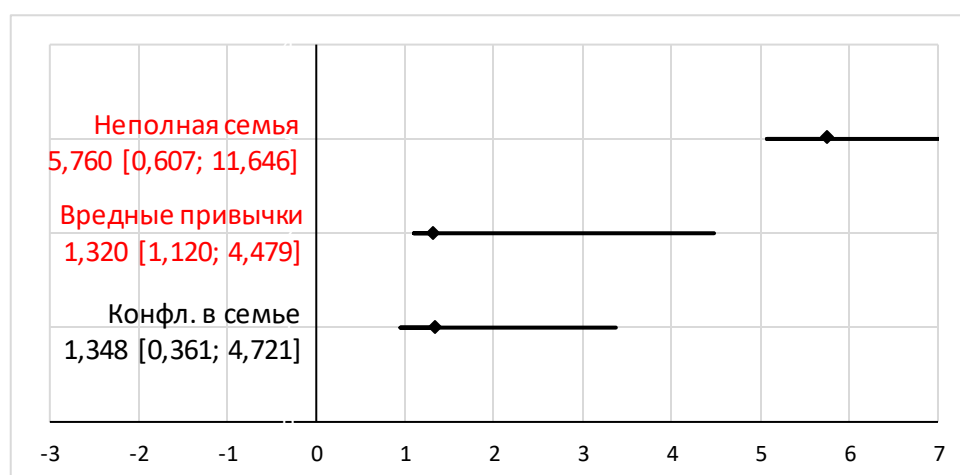
**Рисунок 5.27 - Отношение шансов (Odds ratio) влияния материнских факторов на дефицит массы тела у детей дошкольного возраста (Me [CI, 95%])**

Влияние вышеизложенных факторов риска на возникновение избытка массы тела у детей данного возраста выявлено не было. На развитие избытка массы тела у детей дошкольного возраста больше всего повлияло однообразное и нерегулярное питание. В основном, это была углеводная пища (картофель, макароны, фастфуд, хлебобулочные изделия), еда всухомятку (рисунок 5.28).



**Рисунок 5.28. - Отношение шансов (Odds Ratio) влияния характера питания на избыток массы тела ребёнка (Me [95% CI])**

Проведенный анализ выявил влияние некоторых социальных факторов на развитие дефицита массы тела у детей дошкольного возраста (рисунок 5.29).



**Рисунок 5.29. - Отношение шансов (Odds ratio) влияния социальных факторов на дефицит массы тела у детей (Me [CI, 95%])**

Так, неполная семья, состоящая из одного родителя, а также пристрастие родителей к спиртному или курению играют немаловажную роль в развитии дисгармоничного ФР у ребенка.

Хотелось бы отметить наличие корреляционной связи между дисгармоничным физическим развитием ребенка в дошкольном периоде с возрастом и антропометрическими показателями матери.

Так, у детей, имеющих избыток массы тела, выявлена прямая зависимость массы ( $r = 0,31$ ;  $p < 0,05$ ) и длины тела ( $r = 0,39$ ;  $p < 0,05$ ) ребенка от возраста матери, т.е. у женщин, родивших детей в более старшем возрасте (более 40 лет), имеется вероятность развития ИМТ ребенка в дошкольном возрасте.

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

Таким образом, определены ведущие факторы, способствующие физическому развитию детей в раннем и дошкольном возрастах.

Наиболее значимыми факторами, негативно влияющими на формирование физического развития детей, являются:

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

Таким образом, итоги многочисленных исследований по изучению факторов риска, влияющих на формирование физического развития ребенка, явились основанием считать, что физическое развитие – это явление социальное. Наши исследования также подтверждают тот факт, что физическое развитие ребенка формируется под влиянием различных факторов как положительных, так и негативных.

#### **5.4. Сравнительный анализ динамики физического развития детей раннего и дошкольного возраста г. Душанбе (2001-2018 гг.)**

В процессе жизнедеятельности детский организм находится в состоянии непрерывного роста и развития, возникающие в процессе его жизни какие-либо негативные отклонения должно расцениваться как показатель неблагополучия в состоянии здоровья. Для контроля за данным процессом необходимо располагать своевременной достаточно достоверной информацией о физическом развитии ребенка.

Всеобъемлемых научных работ по оценке физического развития детей в конце прошлого столетия не проводилось. В период реформирования здравоохранения специальные научные исследования по разработке региональных нормативов физического развития детей в возрастной группе от 2 до 14 лет в г. Душанбе были проведены в 2001 году [265].

Учитывая отсутствие в отечественной литературе статистически обработанных показателей физического развития детей от 0 до 6 лет в течение последних 17 лет, силами сотрудников Республиканского научно-клинического центра педиатрии и детской хирургии с 2015 по 2018 гг. были проведены исследования в данном направлении [64].

Настоящее исследование посвящено второму этапу лонгитудинальных наблюдений, которые организованы и проведены сотрудниками Республиканского научно-клинического центра педиатрии и детской хирургии МЗиСЗН Республики Таджикистан в период с 2001 по 2018-х годы.

Весомым достижением проведенных ранее и настоящих исследований является то, что была использована единая методология формирования выборки, измерение и обработка полученных результатов, что явилась залогом сопоставимости полученных данных.

Актуальность данного исследования была обусловлена необходимостью установления изменений в процессах физического развития детей и разработкой региональных нормативов для его оценки в рамках Национальной стратегии «Здоровья населения Республики Таджикистан на 2010-2020 годы».



При составлении оценочных таблиц использованы материалы наблюдения 7319 детей в возрасте от 0 до 6 лет таджикской национальности, из них 3908 (53,4%) мальчиков и 3411 (46,6%) девочек, коренных жителей г. Душанбе.

Группы детей были уравновешены в возрастном-половом аспекте, численность каждой составляла 100 и более человек. А также из группы наблюдения были исключены все случаи «неоднородности» по состоянию здоровья, т.е. дети, страдающие хроническими заболеваниями, имеющие существенные отклонения в деятельности органов и систем организма, эндокринные заболевания, дети от преждевременных и многоплодных родов, что является обязательным требованием для разработки региональных стандартов физического развития детей.

Антропометрические исследования включали измерение массы и длины тела, окружности грудной клетки (ОГК) и проводились в соответствии с общепринятой методикой.

С целью оценки динамики формирования здоровья детей и показателей физического развития было проведено сопоставление антропометрических показателей 2001 года и современных детей раннего и дошкольного возрастов г. Душанбе.

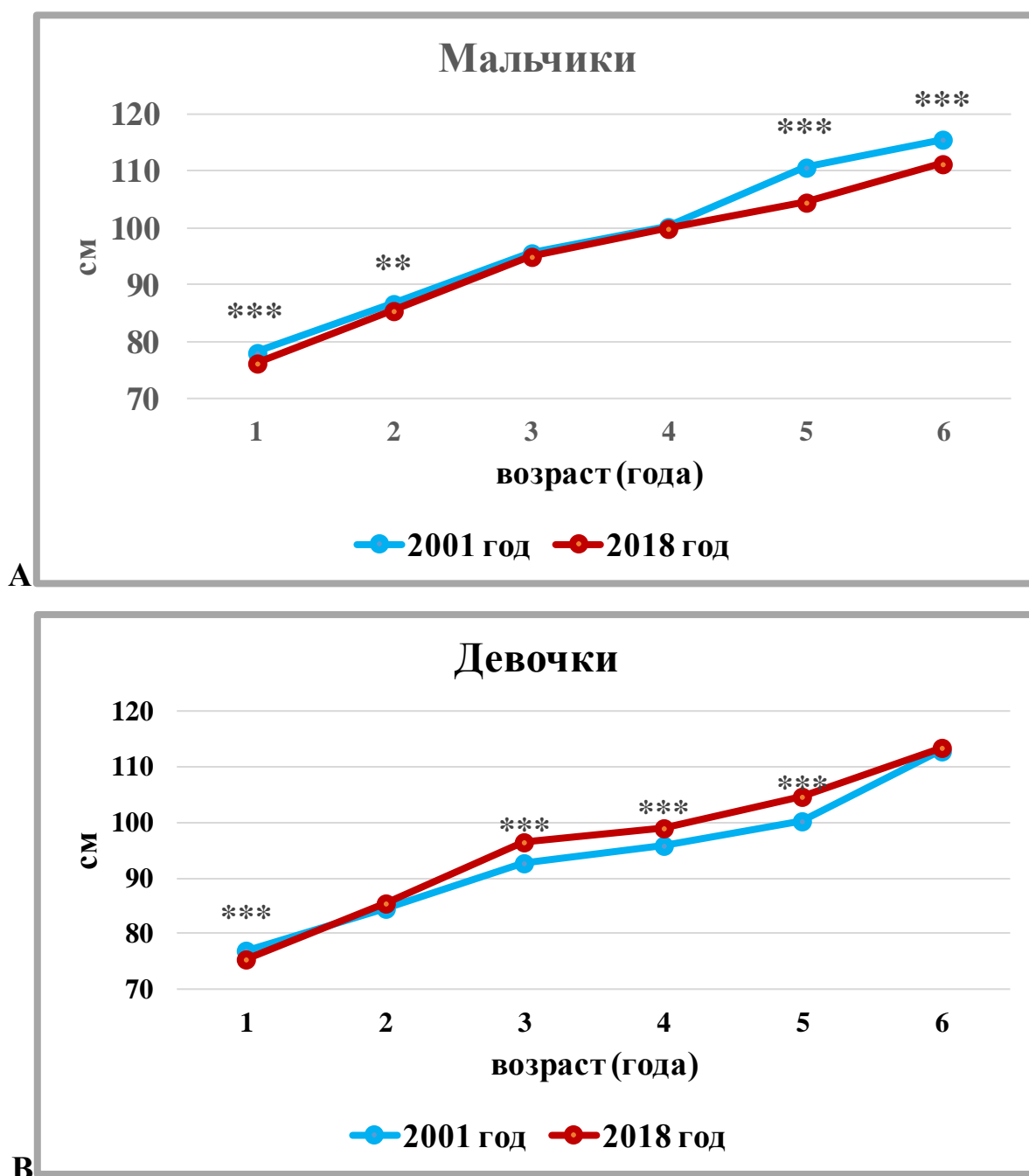
Так, сравнительный анализ физического развития выявил, что длина тела детей первого года жизни в 2001 году была достоверно выше своих современных ровесников ( $p < 0,001$ ). Длина тела мальчиков первого года жизни в 2001 году составила  $78,20 \pm 0,33$  см, в 2018 году –  $76,21 \pm 0,18$  см; девочек –  $76,90 \pm 0,36$  см и  $75,37 \pm 0,21$  см соответственно.

Данная тенденция сохраняется среди мальчиков и на втором году жизни (в 2001 году  $86,66 \pm 0,32$  см, в 2018 –  $85,56 \pm 0,23$  см,  $p < 0,01$ ).

На третьем и четвертом годах жизни показатели длины тела мальчиков в сравниваемых группах выравниваются.

Однако в возрасте пяти ( $110,61 \pm 0,69$  см) и шести ( $115,45 \pm 0,57$  см) лет длина тела мальчиков в 2001 году вновь опережала аналогичные показатели

мальчиков, обследованных в 2018 году ( $104,60 \pm 0,21$  см и  $111,40 \pm 0,43$  см соответственно,  $p < 0,001$ , рисунок 5.30 А, В).



**Рисунок 5.30. - Длина тела обследованных детей при лонгитудинальных наблюдениях в 2001 и 2018 гг. (\* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ ; \*\*\* -  $p < 0,001$ )**

Сравнительный анализ антропометрических показателей девочек выявил, что уже на втором году жизни длина тела девочек, обследованных в 2018 году

(85,31±0,29 см), превышала аналогичный показатель девочек того же возраста 2001 года (84,53±0,41 см), хотя эти различия были статистически незначимы.

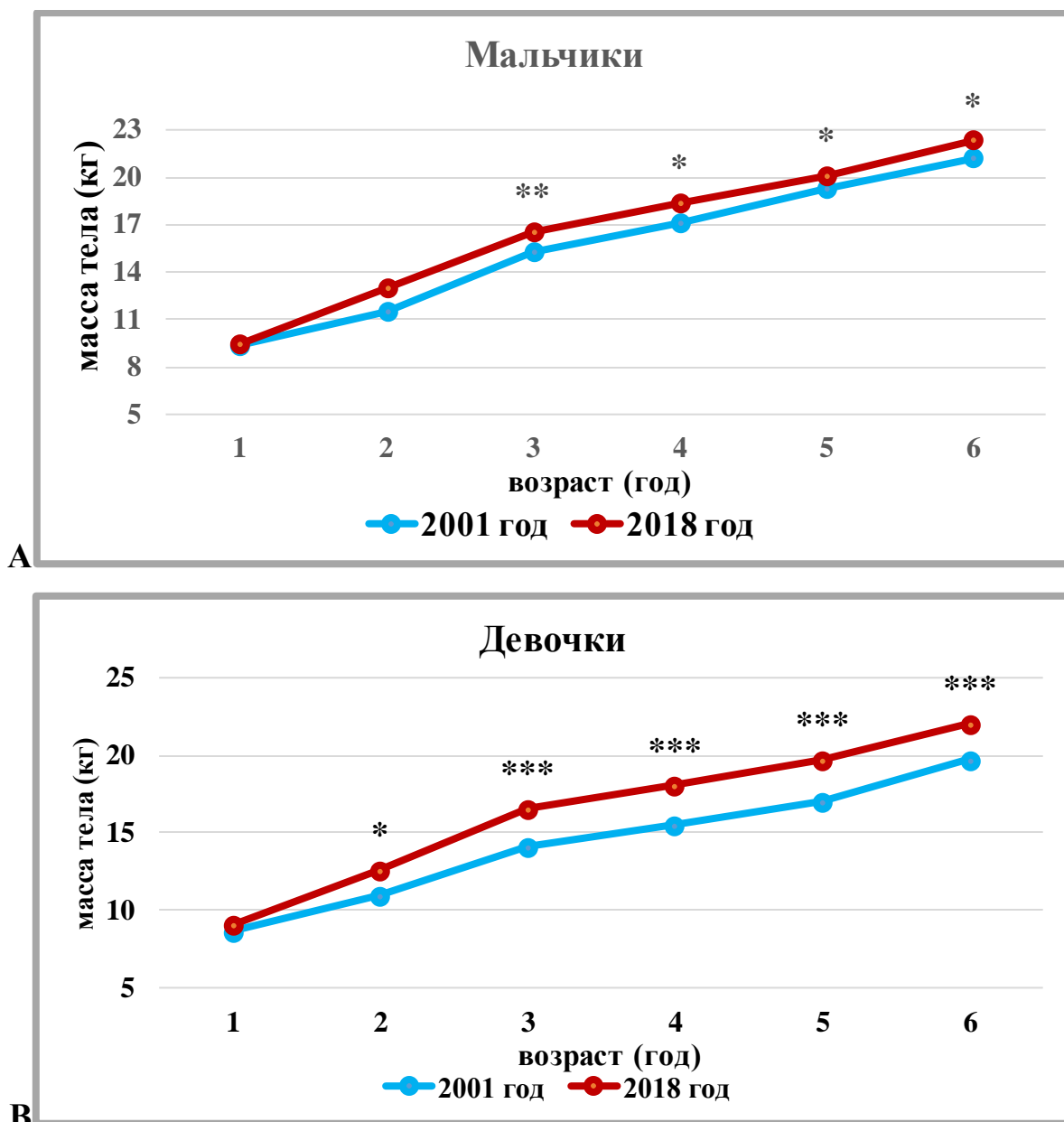
Однако на протяжении последующих трех лет жизни (от 3 до 5 лет: 96,44±0,17 см, 99,05±0,19 см, 104,54±0,22 см) было выявлено, что длина тела девочек, обследованных в 2018 г., статистически значимо превышала данный показатель девочек, обследованных в 2001 г. (92,61±0,51 см, 95,70±0,50 см, 100,20±0,71 см, соответственно,  $p < 0,001$ ).

В шесть лет длина тела девочек в 2018 году (113,27±0,34 см) оставалась выше, по сравнению с обследованными девочками 2001 г. (112,91±0,63 см), однако статистически значимых различий не выявлено.

Сопоставление массы тела обследованных детей показало, что масса тела современных детей статистически достоверно превышает средние значения данного показателя у детей 2001 года ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$ ,  $p < 0,001$ ). Исключением явился первый год жизни, где среднегрупповые показатели массы тела как у мальчиков (2001 г. - 9,37±0,18 см, 2018 г. - 9,43±0,84 см), так и у девочек (2001 г. - 8,67±0,21 см, 2018 г. - 9,06±0,71 см) статистически значимых различий не имели.

Однако уже в 2 года статистически значимое превышение показателей массы тела было выявлено среди современных девочек (2001 г. - 10,94±0,22 см, 2018 г. - 12,60±0,80 см соответственно,  $p < 0,05$ ). Данная тенденция сохранялась и в последующие годы жизни: среднегрупповые значения массы тела девочек в 3 года составляли в 2001 году 14,06±0,21 см, 2018 - 16,56±0,52 см, в 4 года - 15,55±0,24 см и 18,03±0,49 см, в 5 лет - 17,06±0,28 см и 19,74±0,40 см, в 6 лет - 19,76±0,26 см и 22,05±0,61 см соответственно,  $p < 0,001$ .

Сопоставление массы тела мальчиков выявило, что наиболее значимые различия были выявлены в возрасте от 3 до 6 лет. Так, в трехлетнем возрасте масса тела мальчиков составила в 2001 году 15,29±0,21 кг, в 2018 году - 16,55±0,47 кг ( $p < 0,01$ ). В 4 года - 17,12±0,20 кг, в 2018 году - 18,39±0,52 кг, в 5 лет - 19,31±0,24 кг и 20,12±0,40 кг, в 6 лет - 21,17±0,22 кг и 22,30±0,50 кг соответственно ( $p < 0,05$ , рисунок 5.31 А, В).

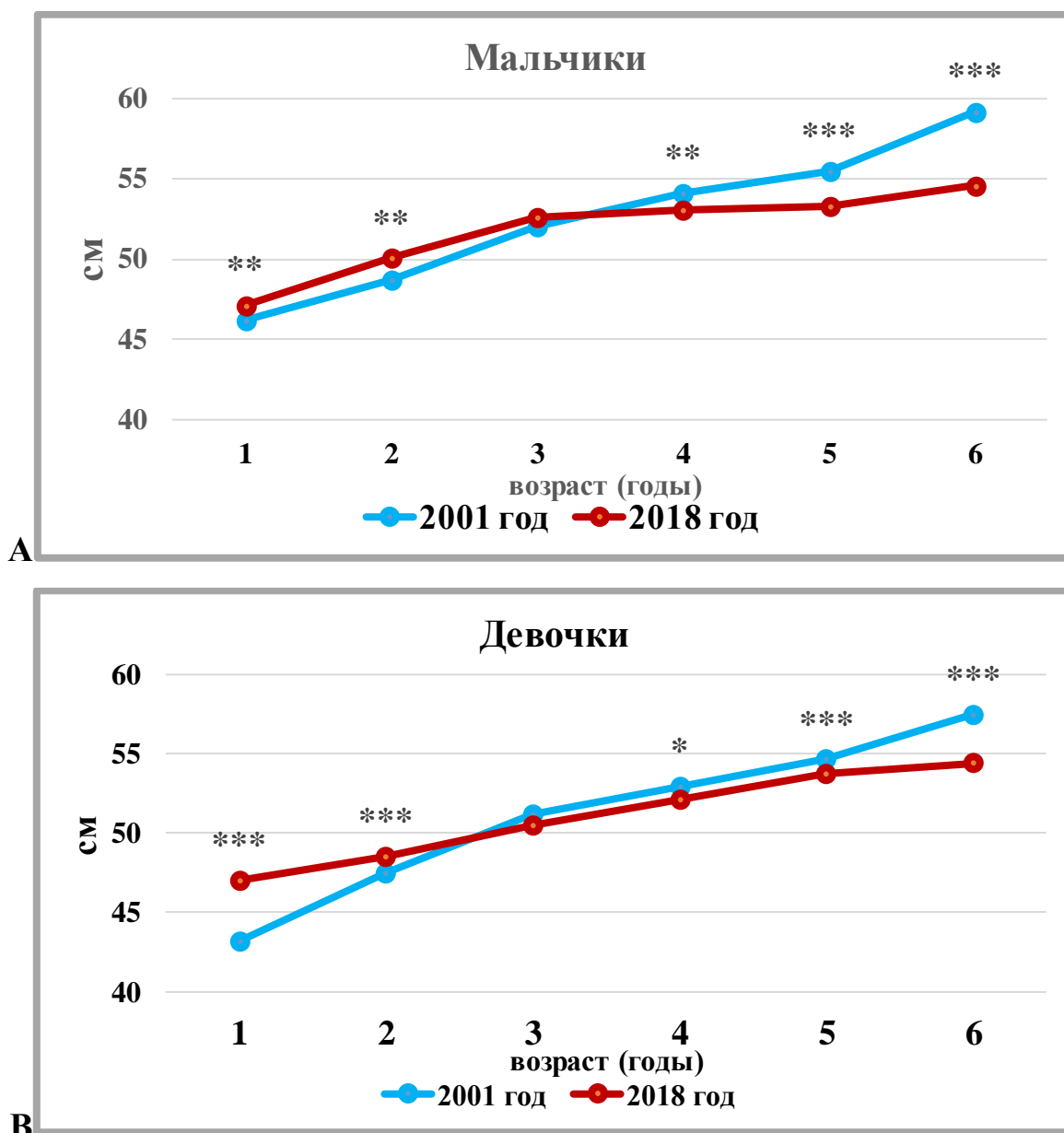


**Рисунок 5.31. - Масса тела обследованных детей при лонгитудинальных наблюдениях в 2001 и 2018 гг. (\* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ ; \*\*\* -  $p < 0,001$ )**

Полученные результаты свидетельствуют о том, что превышение массы тела что свидетельствует о негативных изменениях в показателях физического развития детей раннего и дошкольного возрастов, в динамике за период с 2001 по 2018 г.

Средние параметры окружности грудной клетки у современных детей раннего возраста как у мальчиков, так и у девочек статистически значимо превышали аналогичный показатель у детей, обследованных в 2001 году. Тогда

как к дошкольному возрасту данный показатель был статистически значим у детей, обследованных в 2001 году ( $p < 0,001$ , рисунок 5.32 А, В).



**Рисунок 5.32. - Окружность грудной клетки обследованных детей при лонгитудинальных наблюдениях в 2001 и 2018 гг.**

(\* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ ; \*\*\* -  $p < 0,001$ )

Так, было выявлено статистически значимое увеличение окружности грудной клетки современных мальчиков первого ( $47,13 \pm 0,14$  см) и второго ( $50,03 \pm 0,23$  см) годов жизни, по сравнению с данными показателями мальчиков 2001 года ( $46,2 \pm 0,26$  см и  $48,74 \pm 0,36$  см соответственно,  $p < 0,01$ ). К трем годам

отмечалось практическое выравнивание данного показателя среди обследованных детей, после чего в дальнейшем отмечалась противоположная картина. Т.е., отставание срденгрупповых значений окружности грудной клетки современных детей, по сравнению с мальчиками 2001 года: в 4 года в 2001 году -  $54,08 \pm 0,41$  см, в 20018 году -  $53,03 \pm 0,18$  см, в 5 лет -  $55,48 \pm 0,38$  см и  $53,33 \pm 0,24$  см, в 6 лет -  $59,17 \pm 0,32$  см и  $54,60 \pm 0,20$  см соответственно ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,001$ ).

У девочек отмечалась аналогичная картина. Так, в первые два года жизни показатели окружности грудной клетки современных девочек (годовалые -  $47,03 \pm 0,18$  см, в 2 года -  $48,54 \pm 0,17$  см) опережали таковые показатели девочек 2001 года (годовалые -  $43,20 \pm 0,27$  см, в 2 года -  $47,53 \pm 0,29$  см,  $p < 0,001$ ). К трем годам данный показатель в обеих группах статистических различий не имел (в 2001 -  $51,23 \pm 0,47$  см, в 2018 -  $50,49 \pm 0,14$  см,  $p > 0,05$ ).

Далее отмечалось увеличение показателей окружности грудной клетки девочек 2001 года в сравнении с показателями своих современных сверстниц. Окружность грудной клетки 4-летних девочек составляла в 2001 году -  $52,96 \pm 0,31$  см, в 2018 году -  $52,16 \pm 0,19$  см ( $p < 0,05$ ); в 5 лет составляла в 2001 г -  $54,66 \pm 0,22$  см, в 2018 -  $53,77 \pm 0,20$  см ( $p < 0,001$ ); в 6 лет составляла в 2001 г -  $57,49 \pm 0,30$  см, в 2018 г -  $54,39 \pm 0,25$  см соответственно ( $p < 0,001$ ).

Таким образом, нами были установлены неблагоприятные изменения у современных детей раннего и дошкольного возрастов г. Душанбе в динамике формирования одного из важнейшего компонента ФР, каким является такой параметр, как окружность грудной клетки.

Таким образом, сравнивая основные антропометрические показатели ФР детей раннего и дошкольного возрастов г. Душанбе с 2001 по 2018 г., установлено статистически значимое увеличение массы тела обследованных детей на фоне отсутствия соответствующих изменений в показателях длины тела и окружности грудной клетки, что в свою очередь указывает на дисбаланс в процессах роста и физического развития у современных детей.

Сравнивая антропометрические показатели практически здоровых детей 2001–2018 гг., было установлено изменение морфометрических характеристик в

данной популяции, следовательно, становится очевидным тот факт, что необходимо обновлять региональные нормативы через каждые 5-10 лет.

### **Резюме**

Основываясь на итогах проведенного исследования, установлено, что процессы роста и развития современных детей раннего и дошкольного возрастов г. Душанбе, по сути, согласуются с основными биологическими закономерностями развития.

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

Сопоставимость данных показателей к шести годам у обследованных мальчиков и девочек свидетельствует о тенденции к гендерному выравниванию антропометрических характеристик в популяции дошкольников г. Душанбе.

Наши результаты полностью совпадают с общими закономерностями, характерными для этого периода онтогенеза, и свидетельствуют в пользу первого периода «вытягивания» (4 – 7 лет) [116, 117, 260]. А также наши данные подтверждают мнение других исследователей, которые утверждают, что в дошкольном возрасте гендерные различия либо не проявляются, либо вовсе незначительны [96, 116, 224]. Обследованные нами дети дошкольного возраста относились к периоду первого детства, это когда размеры тела увеличиваются относительно равномерно и характеризуются как «нейтральные», следовательно, различия по размерам и форме тела между мальчиками и девочками практически не выявляются [290].

Основываясь на результатах корреляционного анализа, установлены статистически значимые связи между основными показателями ФР на протяжении всего периода исследования, а также между показателями ФР детей и характером вскармливания.

Оценка уровня ФР детей показала качественные и количественные изменения физического развития. Установлено, что более половины детей

раннего возраста имели нормальные показатели ФР и отклонения от данных величин отмечались в сторону увеличения.

К дошкольному возрасту данная тенденция имела противоположенную картину, т.е. отклонения были преимущественно в сторону уменьшения показателей физического развития. Так, в 1,5 раза увеличилось количество детей с ниже средним и в 6 раз – количество детей, имеющих низкое физическое развитие.

Полученные результаты свидетельствуют о более выраженных отклонениях при оценке ФР детей по местным региональным нормативам. Соответственно, есть все основания полагать, что для более точной оценки физического развития детей наиболее приемлемы региональные нормативы, так как они более чувствительны к выявлению отклонений в физическом развитии, по сравнению с международными.

Анализ гармоничности ФР детей раннего и дошкольного возрастов г. Душанбе показал, что более половины обследованных детей раннего и дошкольного возрастов имели гармоничное физическое развитие. Установленным фактом является то, что дисгармоничное физическое развитие является следствием дефицита массы тела и преобладает среди девочек. В то время как дисгармоничное физическое развитие за счет избытка массы тела более свойственно мальчикам.

Выявлены наиболее значимые факторы, влияющие на формирование ФР детей в раннем и дошкольном возрастах:

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

На основании проведенного ретроспективного анализа результатов двух этапов лонгитудинальных исследований представляется возможным установить,



что для современных детей характерно превалирование высокой массы тела при отсутствии соответствующих изменений длины тела и окружности грудной клетки, что в свою очередь указывает на дисбаланс в процессах роста и физического развития современных детей, т.е. отмечается тенденция к низкорослости.

Проведенный сравнительный анализ антропометрических показателей практически здоровых детей в 2001 и 2018 гг. дает основание констатировать наличие изменений морфометрических характеристик в данной популяции, что требует необходимости обновления региональных нормативов через каждые 5-10 лет.

## **Глава 6.**

### **Оценка качества оказываемой медицинской помощи детям на уровне первичного звена здравоохранения**

Одной из ведущих задач современной системы здравоохранения является обеспечение качественной амбулаторно-поликлинической помощи населению на уровне первичного звена, так как именно это направление в настоящее время является приоритетным [9, 12, 32, 160, 161, 228, 247, 267, 312].

Основа реализации полного объема соответствующей медицинской помощи заключается в организации и проведении экспертной оценки деятельности медицинских учреждений с вовлечением в процесс изучения и оценки медицинской деятельности, оценки укомплектованности материально-технической базы, включая уровень квалификации персонала, а также анализ качества и доступности медицинской помощи населению [56, 236, 244, 254, 309, 332, 377].

#### **6.1. Удовлетворенность законных представителей детей качеством медицинской помощи, оказываемой на уровне первичного звена здравоохранения**

Изучение характера и степени удовлетворенности или неудовлетворенности непосредственных потребителей – пациентов (или их законных представителей) медицинскими услугами на уровне первичного звена здравоохранения является предметом исследования многих авторов, рассматривающих удовлетворенность медицинским обслуживанием как субъективный критерий, отражающий оценку качества медицинской помощи и функционирования системы в целом [5, 41, 83, 253, 268, 302, 311, 319].

Следовательно, залогом эффективности деятельности системы здравоохранения является оценка уровня удовлетворенности населения качественной медицинской помощью.

С целью изучения мнения населения о качестве медицинской помощи детям на уровне ПМСП проведен социологический опрос родителей или

законных представителей детей от 0 до 6 лет. Разработанная анкета состояла из вопросов по оценке уровня и качества оказываемой педиатрической помощи, организации работы центров здоровья, доступности служб, квалификации и профессионализма врача и среднего медицинского персонала, а также о возможностях и необходимости свободного выбора лечащего врача, об отношении к платным медицинским услугам.

Распределение опрошенных респондентов, являющихся законными представителями детей, показало, что 75% из них были матерями, 11,4% представлены отцами, в остальных 13,6% - бабушки.

Распределение по возрастам показало, что большинство из них были в возрасте от 19 до 35 лет (66%), от 36 до 45 лет – 18% и более 46 лет было 16% респондентов.

Более половины опрошенных имели высшее образование – 56,8%, каждый третий из них со средним полным образованием – 31,8%, неполным средним – 11,4%.

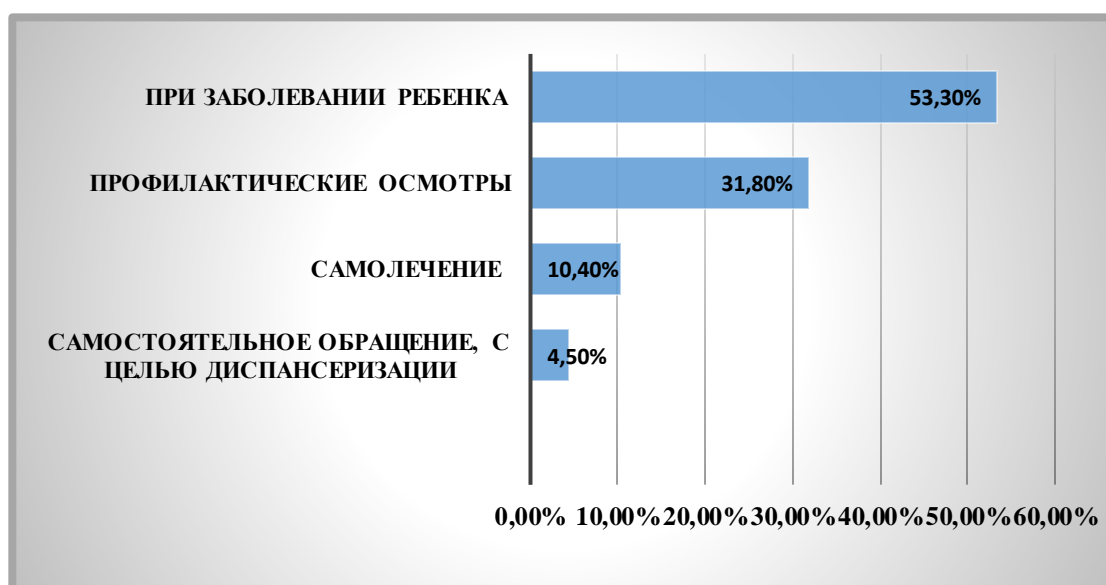
Социально-профессиональное положение респондентов было следующим: служащие – 27,8%, предприниматели (средний и малый бизнес) – 18,5%, рабочие – 34,7% и 19% - временно не работающие (домохозяйки и студентки).

Медицинская активность родителей является важным фактором, влияющим на качество оказываемой медицинской помощи, в особенности такой фактор, как своевременность обращения за медицинской помощью. Результаты опроса показали, что в первые дни возникновения заболевания ребенка только четверть родителей (26,3%) обращаются к врачу за помощью, на 3-4 день болезни – 59,3% респондентов и 14,4% ответили, что прибегнут к помощи врача «когда не поможет самолечение».

92% опрошенных обращались за медицинской помощью в городские центры здоровья по месту жительства.

В основном, причиной обращения к врачу являлся эпизод заболевания (53,3%), для профилактического осмотра или с целью вакцинации обращались

почти треть респондентов (31,8%), самолечением занималась каждая десятая семья – 10,4% (рисунок 6.1).



**Рисунок 6.1. - Распределение респондентов в зависимости от причины обращения в городские центры здоровья**

Анализ результатов анонимного опроса респондентов показал, что в 42,4% случаев родители оценивают состояние здоровья как хорошее, в более половине случаев (52,6%) - удовлетворительное, 5% - неудовлетворительное.

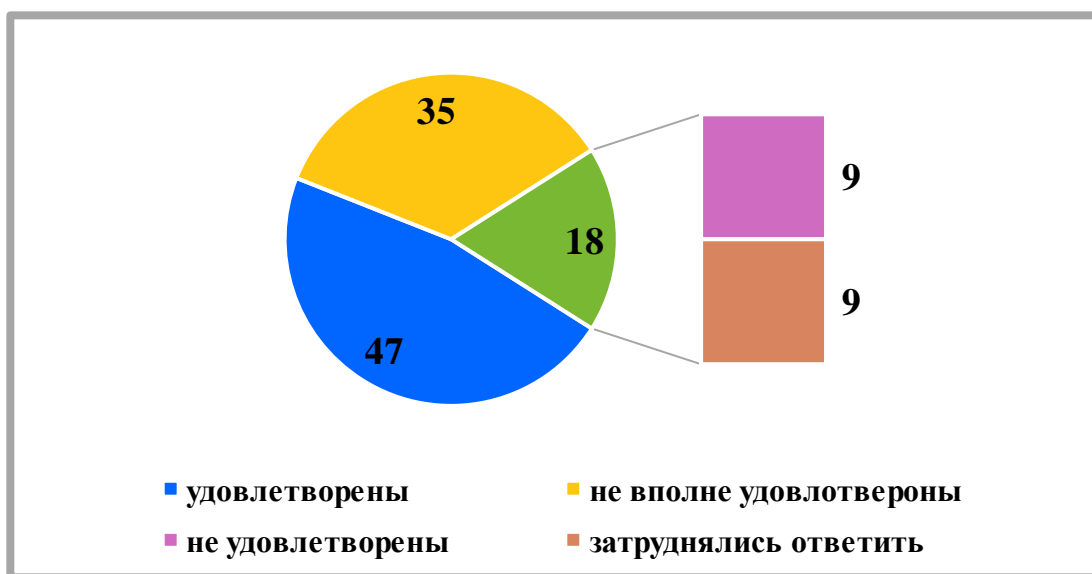
Более двух третей респондентов считают, что у их детей нет хронических заболеваний (78,3%) и инвалидности (96%). Хотелось бы отметить, что, несмотря на то, что каждый пятый родитель (21,7%) считает, что их ребенок имеет какую-либо хроническую патологию, с целью диспансеризации в центры здоровья обращаются всего лишь 4,5% из них.

Важным аспектом, влияющим на оказание качественной медицинской помощи, является хорошая оснащенность центров здоровья, профессионализм и квалификация медицинского персонала.

Почти четверть респондентов беспокоит низкий уровень технического оснащения их центров здоровья (23,2%), вследствие чего, естественно, страдает диагностическое звено в цепочке оказания качественной медицинской помощи.

Очевидно, что это является одной из причин обращения пациентов к услугам платной медицины.

В результате анкетирования выяснилось, что 47% респондентов были вполне удовлетворены качеством оказываемой медицинской помощи их детям, треть опрошенных (35%) не вполне удовлетворены, а 9% респондентов остались абсолютно не удовлетворенными оказываемой их детям медицинской помощью. 9% респондентов испытывали затруднение в ответе (рисунок 6.2).



**Рисунок 6.2. - Распределение респондентов в зависимости от удовлетворенности оказанием медицинской помощи детям городских центрах здоровья (%)**

Наиболее частыми причинами неудовлетворенности были: долгое ожидание приема врача – 20,5%, частая ротация врачей – 18,2%, неудовлетворительное состояние кабинетов – 16%, невозможность выбора врача – 16%, затруднение в получении консультации врачей узких специальностей (большая очередность) – 16%.

Вызывало неудобство родителей и неудобные часы приема врачей – 6,8%, неудовлетворительная работа регистратуры – 2,3%, грубость персонала – 3,3%. Сомнения вызывали и постановка диагноза, со слов родителей, в 2,3% случаев, и полипрагмазия (7,8%).

Одним из критериев качественной медицинской помощи является доступность этой помощи, подразумевающая время ожидания приёма врача, возможность беспрепятственно обратиться к своему врачу и узким специалистам, а также своевременное получение помощи, в которой он нуждается в должном объёме.

Как отмечено выше, на долгое ожидание приёма врача (более 30 минут) указали каждый пятый посетитель (20,5%), на отсутствие специалистов, среди которых чаще всего указывались иммунологи, аллергологи, гастроэнтерологи, психологи, нефрологи – каждый третий (32,5%).

Естественно, все эти функциональные обязанности ложатся на плечи семейного врача, а это значит, что врач вынужден сокращать время на приём одного пациента, что в свою очередь может приводить к снижению качества обслуживания. В тоже время, даже несмотря на загруженность медицинского персонала, при посещении центров здоровья не более 4,5% посетителей возникали проблемы с отказом в необходимых, по их мнению, обследованиях и лечении.

Немаловажной была и информация об осведомленности родителей о режиме работы центров здоровья в выходные и нерабочие праздничные дни. Так, более половины респондентов (70,5%) были информированы об этих днях. Каждый пятый не имел информации о режиме работы центров здоровья в эти дни – 20,5%, почти каждый десятый из опрошенных частично владел информацией – 9%.

Медицинским обслуживанием в выходные и праздничные дни были довольны половина посетителей (56,8%), каждый десятый (11,4%) – не удовлетворён и треть пациентов затруднялись ответить (31,8%). Причинами неудовлетворенности работой центров здоровья в выходные дни, в основном, были: малая продолжительность рабочего дня – 22,7%, долгое ожидание прибытия врача для обслуживания ребенка на дому – 16%, долгое ожидание приёма врача – 9%.

В обычные рабочие дни обслуживанием больных детей на дому были удовлетворены 43,2% опрошенных. Треть респондентов высказывали свое неудовлетворение (34,1%), а каждый пятый (22,7%) затруднялся ответить.

Причинами недовольства оказались почти в трети случаев долгое ожидание прихода врача (38,5%), каждый пятый указывал на трудности в дозвоне для регистрации вызова (22,5%), нередко была отмечена грубость персонала (11,4%), не вызывали врача домой 20,8% опрошенных и в 6,8% случаев была формулировка - «не приходят». Вероятнее всего, все вышеизложенное также послужило одной из нередких причин обращения пациентов к услугам платной медицины.

В результате опроса было выявлено, что 43,2% опрошенных достаточно часто пользуются услугами платных учреждений или частнопрактикующих специалистов. Треть респондентов «иногда» пользуются (36,4%) данными услугами, а каждый пятый указал, что «не может себе этого позволить» (20,4%) из-за дороговизны услуг.

При анализе причин обращения к платной медицине наиболее частыми формулировками были «получения медицинских услуг более высокого качества» (68,2%), «из-за отсутствия такого высококвалифицированного подхода к лечению в их центре здоровья» - 31,2%, «из-за более внимательного отношения врачей» - 22,7%, такое же количество респондентов указало на отсутствие очереди на приём к педиатру (22,7%), на хорошие санитарные условия указал каждый пятый опрошенный (20,5%).

Среди причин, по которым граждане вынуждены были обращаться к услугам платной медицины, было отсутствие нужных врачей узкой специальности (37,4%), каждый десятый отметил низкий уровень оснащённости их центра здоровья (10,6%) и столько же (10,6%) опрошенных указали на «недоверие к семейному врачу».

При оценке показателей удовлетворённости пациентов услугами платной медицины было выявлено, что половина из них (52,2%) оставалась довольной.

«Иногда», т.е. не все ожидания, были удовлетворены у 41% респондентов и 6,8% «не почувствовали разницу».

На доступность к качественной медицинской помощи большое влияние оказывает степень доверия пациентов своему участковому врачу. В результате анкетирования было выявлено, что половина опрошенных были вполне довольны своим семейным врачом (54,5%), менее трети респондентов выразили своё сомнение и неудовлетворенность (29,5%), а 16% затруднились ответить. Примерно одинаковое количество голосов опрошенных было распределено и среди медицинских сестёр: 56,8% - вполне довольны, не совсем довольными оказались 29,5% респондентов и 13,6% затруднились ответить.

Причинам неудовлетворенности своим семейным врачом оказались «излишняя торопливость при осмотре ребенка» - в 36,4% случаях, «недостаточное внимание к ребенку» - 22,7%, «поверхностный осмотр ребенка» - 12,3%, «неумение расположить ребенка к себе» - 6,8%. Родители часто оставались недовольными тем, что врач не полностью информирует о заболевании ребенка, методах его лечения, назначает дорогостоящие препараты (18,2%) и 6,8% респондентов указывали на отсутствие эффекта от терапии. Каждый десятый из опрошенных отметил некомпетентность врача (11,4%).

Причинами неудовлетворенности медицинской сестрой являлись: излишняя торопливость (31,8%), недостаточное внимание к ребенку (22,7%), неаккуратность при выполнении каких-либо манипуляций (15,9%), неумение расположить к себе и ребенка и родителей 13,6%, грубость (7,8%), излишняя медлительность (8,2%). На некомпетентность медицинской сестры указали 9,4% респондентов.

Высокая степень доверия семейному врачу подтверждается и степенью его квалификации. Так, по мнению респондентов, почти треть опрошенных считают своего семейного врача специалистом высокой квалификации (29,5%). В то время как чуть более половины родителей (54,5%) оценивают своего участкового врача как специалиста средней квалификации, 2,3% - низкой квалификации. В 13,7% случаев респонденты затруднились ответить.



В результате опроса более половины респондентов (63,6%) оценили средний медицинский персонал как «специалистов средней квалификации», почти каждый пятый – высокой квалификации (18,2%) и 6,8% опрошенных считали их «специалистами низкой квалификации». А каждый десятый (11,4%) затруднялся в своём ответе.

Целью данного исследования было также выяснение мнения респондентов о потребности и необходимости врача-педиатра или же наличие семейного врача вполне достаточным для оказания качественной медицинской помощи их детям.

В результате анкетирования было выявлено, что наибольшая часть опрошенных выразила высокую потребность в педиатрах (86,4%). В пользу семейного врача было 6,8% голосов и стольким же респондентам (6,8%) было совершенно не принципиально, кто будет наблюдать за их ребенком.

При рассмотрении причин столь высокой потребности респондентов в педиатре ведущее место занимала формулировка «является специалистом в области детских болезней» (66%). Оставшиеся голоса одинаково были распределены среди формулировок «более квалифицированный подход в вопросах питания, ухода, профилактики и лечения ребенка» - 36,4% и «занимается только состоянием здоровья детей» - 36,4%.

Большинство родителей считают работу семейного врача трудоёмкой и обширной, занимаясь и вопросами взрослых и детей, заменяя функции и некоторых «узких» специалистов в одном лице, степень внимания к их ребенку, по их мнению, становится недостаточной и поверхностной.

Ещё одним немаловажным моментом данного исследования являлось предложение посетителям оценить по пятибалльной системе качество оказываемой медицинской помощи их детям, в частности, лечебной, диагностической и профилактической.

Итак, в ходе исследования выяснилось, что все услуги были оценены на «удовлетворительно».

В то же время, необходимо указать на тот момент, что наибольшая средняя оценка была получена по оказанию лечебных услуг ( $3,9 \pm 0,07$ ), а самая

наименьшая – по процессу диагностики ( $3,0 \pm 0,11$ ). Тогда как среднее место занимают профилактические мероприятия ( $3,7 \pm 0,03$ ), уровень организации и проведения которых оказывает влияние на пропаганду здорового образа жизни, сокращая сроки лечения и повышая ее эффективность (рисунок 6.3).



**Рисунок 6.3. - Усреднённые оценки медицинских услуг, оказываемые в центрах здоровья посетителями (по 5-ти балльной оценке)**

Очень важно было узнать мнение посетителей по выявлению факторов, которые бы способствовали улучшению работы городских центров здоровья.

Так, в результате опроса выяснилось, что более половины респондентов (54,5%) считают, что улучшению качества обслуживания в городских центрах здоровья будет способствовать совершенствование профессиональных знаний и умения сотрудников. 36,4% опрошенных считают, что улучшение материально-технического оснащения сыграет важную роль в повышении качества работы их центра. Очень важным считают 31,8% опрошенных, что современное оснащение рабочего места врача, в соответствие с его квалификацией, и обеспечение компьютерами с базовой программой будут способствовать сокращению времени при оформлении медицинской документации.

По мнению многих респондентов (56,8%), если здоровьем их ребенка будет заниматься только педиатр, качество помощи будет в разы эффективнее, т.е. врач будет больше уделять внимания вопросам, касающимся состояния

здоровья, питания, ухода, закаливанию ребенка, будет подробнее проводить беседы по вопросам профилактических прививок, об их необходимости. Почти четверть опрошенных считают, что необходимо повысить заработную плату участковым врачам (23,8%), 16% считают необходимым в центрах организовать помещения для кормления и ухода за ребенком.

Основой повышения уровня качества оказываемой медицинской помощи детям, по мнению посетителей, является соответствующий профессионализм и улучшение условий работы врачей. Данные знания можно использовать в качестве алгоритма к действию, т.е. разработать пути решения проблемы повышения результативности медицинской помощи.

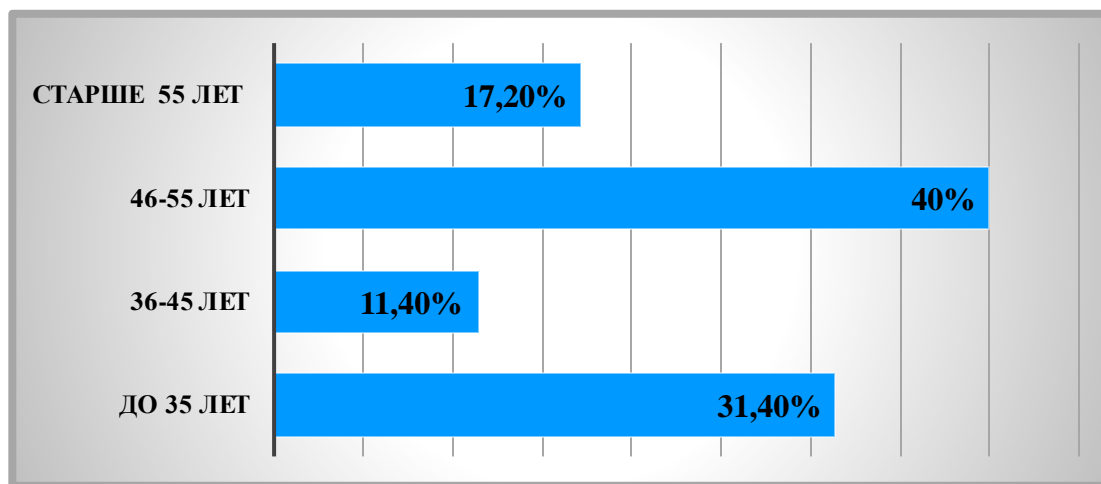
## **6.2. Качество, оказываемых медицинских услуг на уровне первичного звена здравоохранения по мнению медицинских работников**

Для выявления проблем и повышения качества обслуживания детей на амбулаторно-поликлиническом уровне немаловажное значение имеет отношение самих врачей и среднего медицинского персонала к оценке своей работы.

С этой целью была разработана анкета, по которой был проведен социологический опрос медицинского персонала, работающего непосредственно в центрах здоровья. Вопросы анкеты охватывали оценку мнений медицинских работников о причинах, приводящих к ухудшению качества оказываемых медицинских услуг, трудностях в решении данных вопросов, удовлетворенности работников своей работой, трудностях организационного характера, встречающихся в каждодневной рутине, а также возможных путях устранения возникших проблем.

Большинство из опрошенных были семейные врачи (44,5%), треть респондентов были врачи-специалисты (36,1%) и почти каждый пятый – медицинская сестра (19,4%). Женщин среди опрошенных было наибольшее количество – 83%, мужчины составляли 17%.

В возрастном аспекте большинство медицинских работников были в возрасте от 46 до 55 лет (40%). Почти каждый третий был моложе 35 лет (31,4%) и старше 55 лет – почти каждый пятый работник – 17,2% (рисунок 6.4).



**Рисунок 6.4. - Распределение медицинских работников по возрасту**

Семейное положение: в 77,8% случаях были полные семьи, почти каждый шестой работник был разведён или же вдовец (16,7%) и всего лишь 5,5% были не замужем (не женаты).

В результате опроса было выявлено, что большая часть медицинских работников имели стаж работы от 6 до 35 лет (75%), более 35 лет – 11,1% и от 1 года до 5 лет – 13,9%.

Наличие информации о возрасте, достаточном рабочем стаже и квалификации медицинских работников даёт основание полагать, что результаты проведенного опроса свидетельствуют о достаточной компетентности в определении в последующем недостатков, резервов и путей оптимизации деятельности городских центров здоровья при оказании медицинской помощи детям.

Общеизвестно, что качество оказания медицинской помощи напрямую зависит от уровня квалификации медицинского работника, критерием оценки которого является его категория (рисунок 6.5).



**Рисунок 6.5. - Распределение медицинских работников в зависимости от квалификационной категории (%)**

Как видно из рисунка, наибольшее количество медицинских работников имели высшую квалификационную категорию. Причем, семейных врачей с высшей категорией было значительно больше, в сравнении с медицинскими сёстрами (50% и 42,8% соответственно,  $p < 0,05$ ).

Количество специалистов со второй квалификационной категорией (1 категория) было почти в 1,5 раза больше среди врачей (40,4%), по сравнению со средним медицинским персоналом ( $p < 0,01$ ).

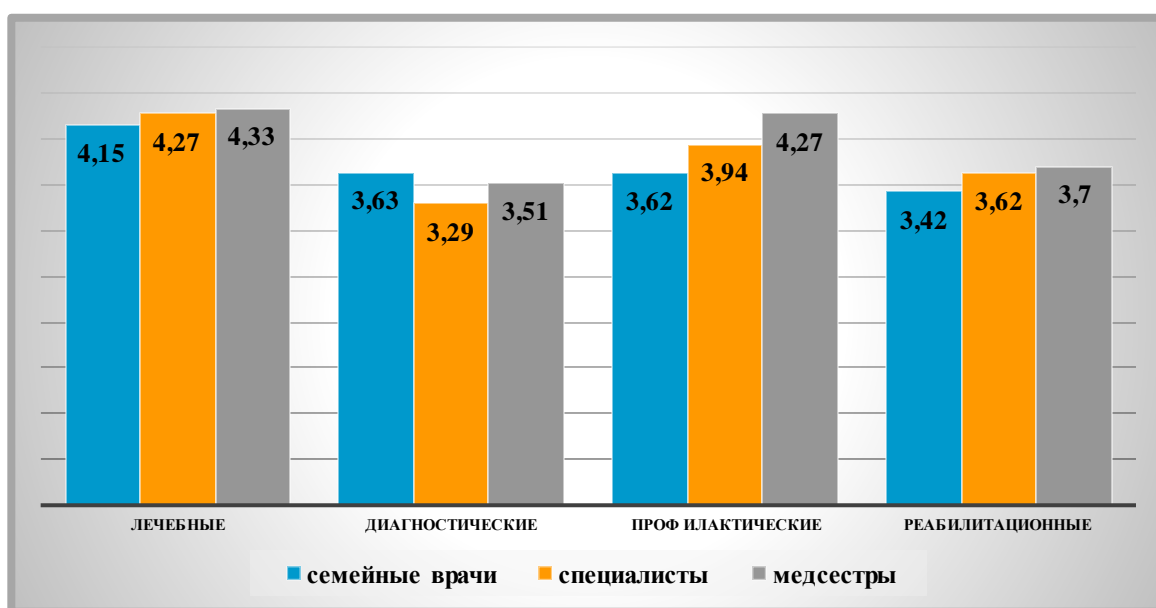
Вторая категория отмечалась достоверно больше среди врачей специалистов, как по сравнению с семейными врачами, так и в сравнении с медицинскими сёстрами ( $p < 0,001$ ).

Отсутствие квалификационной категории встречалось почти у каждого десятого семейного врача (12,5%) и среднего медицинского персонала (11,7%), а также у 7,6% врачей специалистов. Отсутствие категории было обусловлено стажем менее 5 лет и, соответственно, не прохождением курсов повышения квалификации.

Однако, необходимо отметить, что в результате анкетирования было выявлено, что большинство респондентов на вопрос: «Как Вы считаете – достаточны ли Ваши знания для выполнения своей деятельности?» ответили

положительно. Так, в особенности, средний медицинский персонал был наиболее уверен в своих знаниях (94,2%), специалисты – 86,4%, а участковые врачи (семейные врачи) обладали такой уверенностью в меньшей степени – 68,7%.

Было немаловажным изучение субъективного мнения респондентов о качестве выполняемой деятельности. Для этого медицинским работникам было предложено оценить качество оказываемых медицинских услуг в их медучреждении (рисунок 6.6).



**Рисунок 6.6. - Усредненные оценки медицинских услуг, оказываемых детям медицинскими работниками в городских центрах здоровья (по 5-ти балльной системе)**

Как видно из рисунка, наиболее высокие усреднённые оценки респондентами были даны лечебным услугам. Диагностические и реабилитационные услуги были оценены в наименьшей степени, а профилактические услуги занимали среднюю позицию, причем по мнению всех опрошенных, хотя известно, что вышеперечисленные услуги являются основным видом деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения.

Одним из очень важных моментов повышения результативности труда является изучение и оценка психологического микроклимата в рабочем коллективе. Итак, по данным анализа анкет, более половины медработников считают, что психологический микроклимат в их коллективе вполне благоприятный (73,8%).

Было очень важным изучение мнения респондентов по вопросу рабочей атмосферы и характеристики взаимоотношений между собой. Результаты опроса выявили, что такие характеристики, как взаимоуважение (40,7%), взаимопонимание и взаимопомощь (36,2%) звучали намного чаще, по сравнению с такими же не менее важными понятиями, как «идти на компромисс» (12,4%), терпимость и выдержка (10,7%).

Необходимо отметить, что четверть опрошенных (26,2%) указывают на наличие проблем во взаимоотношениях в рабочем коллективе. Среди основных причин конфликтных отношений были перечислены: недоверительные отношения коллег (16,7%), недоброжелательность (13,8%), отсутствие взаимопонимания с руководством (7,6%). Многие респонденты указали на наличие конфликтных личностей в коллективе (30,8%), низкую квалификацию коллег, приводящую к ссорам и непониманию в работе (16,9%), грубость коллег (14,2%).

Большая часть респондентов (74,2%) порекомендовали бы своим знакомым и родственникам обследоваться и получать лечение в медучреждении, в котором работают сами. Вместе с тем, 17,5% опрошенных затруднились ответить на данный вопрос, а 8,3% не рекомендовали бы своё учреждение для получения медицинской помощи.

Безусловно, что качество медицинской помощи зависит от степени удовлетворённости своей деятельностью медицинскими работниками.

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

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

Предложение медицинским работникам оценить по 5-ти балльной системе степень своей удовлетворённости показало, что наиболее высокие оценки были от медсестёр –  $4,33 \pm 0,11$ . Врачи общей практики и врачи-специалисты практически одинаково оценили свою удовлетворённость, которая была значительно ниже в сравнении с оценкой среднего медицинского персонала –  $3,64 \pm 0,12$  и  $3,78 \pm 0,09$  соответственно ( $p < 0,05$ ).

Естественно, было очень важным выявление причин неудовлетворённости. Результаты опроса показали множество причин, которые отрицательно сказывались на повседневной работе медперсонала.

Итак, ведущее место среди выявленных причин занимает низкая оплата труда, на которую указывает три четверти опрошенных (75%). Второе место среди врачей занимала формулировка «высокая психологическая нагрузка» - 65,6%, а среди медицинских сестёр – «высокая физическая нагрузка» (43,4%).

Далее причинами неудовлетворённости были – плохие жилищные условия и невозможность приобретения нового жилья (27,8%).

На работоспособность медицинского персонала оказывало влияние и отсутствие возможности хорошего летнего отдыха (13,8%), повышенная требовательность и нервозность пациентов (11,3%).

При изучении трудностей организационного характера, влияющих на качество работы медицинского персонала, было выявлено, что чрезмерное заполнение медицинской документации (72,2%) занимает большую часть рабочего времени, каждый третий указывает на плохую оснащённость рабочего места, в том числе и отсутствие персонального компьютера (33,4%). Практически каждый шестой из опрошенных указывал на отсутствие времени для изучения литературы по специальности и недостаточное участие в научных конференциях, обучающих семинарах (16,7%).



Половина респондентов считают, что недостаточный объем лабораторно-инструментальных исследований, имеющихся в их медицинском учреждении, также играет важную роль в возникновении трудностей и ошибок в работе (52,8%). Далее недостаточный уровень знаний (13,9%), поспешность в процессе деятельности из-за большой нагрузки (11,2%) и давление со стороны проверяющих органов (8,3%) также негативно сказываются на деятельности врача.

Средний медицинский персонал среди причин, по которым возникали ошибки в их деятельности, достоверно чаще отмечали недостаток знаний о возможных последствиях (42,8%,  $p < 0,001$ ), поспешность в работе (28,6%,  $p < 0,01$ ), а также недостаточный контроль со стороны старшей медицинской сестры и низкая осведомленность о законах и положениях, принятых в МЗиСЗН РТ (9,4%).

Очень важно было знать мнение медицинских работников в отношении недостатков деятельности их центра здоровья. Врачей общей практики (семейных врачей) больше всего не устраивал большой объем различной медицинской документации (40%), а врачей-специалистов – низкое оснащение медицинской аппаратурой и недостаточные возможности лаборатории (37,1%). Санитарными условиями учреждения были недовольны каждый четвертый участковый врач (24,3%) и почти каждый пятый врач «узкой специальности» (17,2%).

По результатам опроса было выявлено, что немалая часть врачей оказалась недовольна работой диагностической службы (16,7% - семейные врачи и 25% врачи-специалисты), регистратурой (11,3% семейные врачи и 17,2% - специалисты соответственно), а также психологический климат в коллективе не устраивал каждого десятого семейного врача (11,3%) и 16,7% специалистов.

Большим количеством проверок и комиссий, которые, по мнению врачей, не вполне благоприятно влияют на работу их учреждения, недовольны практически половина опрошенных (48,6%). Вполне довольны деятельностью

своего медицинского учреждения оказалось 7,6% семейных врачей и 10,4% специалистов.

По результатам опроса медицинских сестёр, ведущее место занимало недовольство санитарными условиями (30,8%) и работой регистратуры (27,4%). Каждую четвертую медицинскую сестру не устраивала работа диагностической службы (25,3%) и почти каждую пятую – неблагоприятный микроклимат в коллективе (16,9%).

Только через решение проблем, связанных с совершенствованием профессионального уровня знаний, в том числе участие на конференциях и конгрессах различного уровня, может способствовать повышению качества медицинской помощи, таков был ответ 83,3% респондентов.

Достаточно значимую роль играет более избирательная форма оплаты труда, такого мнения придерживаются 31,4% семейных врачей, 37,1% - специалистов. На необходимость более удобного и оснащенного рабочего места с учетом квалификации специалиста в значительной степени указывают 40% врачей-специалистов, по сравнению с 20,7% семейных врачей,  $p < 0,001$ .

Мнение среднего медперсонала также совпадает с мнением врачей-специалистов относительно оснащения рабочего места (37,3%), а также дифференцированного подхода к оплате (32,6%).

Таким образом, для улучшения качества оказываемых медицинских услуг и повышения эффективности труда медицинских работников необходимо совершенствование профессиональных знаний, обеспечение оснащенности рабочего места, избирательной формой оплаты труда и правильная организация отдыха медработников.

### **6.3. Экспертная оценка деятельности медицинского персонала амбулаторного звена здравоохранения**

Основным принципом современной системы здравоохранения является повышение уровня и качества оказываемой медицинской помощи и клинической безопасности на уровне первичного звена здравоохранения.

Одним из многих методов для оценки и анализа качества оказываемых услуг и деятельности персонала, который чаще всего применяется в управлении здравоохранения, является экспертный метод, заключающийся в анализе карты амбулаторного больного.

В данном исследовании были выбраны основные направления деятельности семейных врачей, такие как профилактическая работа, лечебно-диагностическая деятельность и диспансеризация детей.

Первоочередной задачей была оценка профилактической работы и, прежде всего, это касалось оформления медицинской документации. В ходе исследований было выявлено, что практически в четверти случаев (26,4%) амбулаторные карты были оформлены нечетко и небрежно. Сроки проведения профилактических осмотров соответствовали декретированным срокам в 39,6%, с незначительными отклонениями были отмечены в 41,5% и в 18,9% случаях было выявлено полное несоответствие.

Описание профилактических осмотров детей во время приема врачами было полным и четким в 24,5% с незначительными замечаниями – в 41,5%. Каждая четвертая карта, подвергнутая экспертизе (26,5%), была оформлена недостаточно и в 7,5% случаях описание отсутствовало.

При составлении индивидуального плана работы с детьми также были допущены недоработки. Так, почти в половине случаев (47,2%) составленные планы имели незначительные замечания (28,3%) или же были неполными и нечеткими (18,9%). В каждом третьем случае не были проведены в полном объеме обязательные лабораторные и инструментальные исследования (34%).

Консультации специалистами были проведены не в полном объеме в более чем в четверти случаях (28,3%), а в 11,3% случаях выявлено отсутствие записей осмотров специалистами.

Одним из главных звеньев профилактической работы является проведение профилактических прививок. В подавляющем большинстве (92,5%) в амбулаторных картах был отмечен охват профилактическими прививками. Несоответствие сроков и объема иммунизации согласно Национальному

календарю было указано в 26,4% случаях. Причинами, по которым происходило данное несоответствие, в основном, были частые респираторные заболевания, т.е. временные отводы, отсутствие проживания детей по указанному адресу, а также отказ от прививок законных представителей детей.

Большая работа была проведена в вопросах грудного вскармливания, профилактики рахита и глистной инвазии.

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

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

Зачастую первичный патронаж новорожденных осуществлялся своевременно (64,2%).

Состояние ребенка первого года жизни было описано в достаточном объеме в большинстве случаев – 60,4%, остальные записи, по мнению экспертов, не в полном объеме отражали состояние ребенка (39,6%).

Несмотря на наличие в картах больных индивидуальных планов обследования и лечения, в большинстве случаев реализация мероприятий не была осуществлена. Так, был выявлен недостаточный охват детей грудного возраста НСГ, УЗИ внутренних органов, ЭХО-КГ, в то время как в ходе проверок амбулаторных карт было значимое количество указаний на перинатальную патологию. Недостаточная работа с группами риска привела, к сожалению, к реализации прогнозируемой патологии практически у каждого третьего ребенка (23,8%).

В отношении оценки физического и нервно-психического развития также имелись замечания. Так, только лишь в каждом пятом случае была выставлена соответствующая нормам оценка ФР ребенка (20,8%), в более половине случаев

(64,2%) оценка была неполной и в 15% оценка ФР ребенка полностью отсутствовала.

Соответствующая стандартам оценка нервно-психического развития ребенка была указана лишь в 18,9% амбулаторных карт. В половине случаев (50,9%), по мнению экспертов, при диагностике и оценке НПР были допущены значительные ошибки.

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

Группа здоровья, выставленная в соответствии с диагнозом, была определена в преобладающем большинстве – 86,8%. Однако, полная комплексная оценка состояния здоровья детей проводилась лишь в половине случаев – 54,7% (неполная оценка физического и нервно-психического развития, не установленная группа риска). Соответственно, и рекомендации для улучшения состояния здоровья были не полные и имели свои замечания (48,7%).

Диагностика и лечение заболеваний у детей является вторым направлением в работе амбулаторного звена.

Оформление амбулаторных карт в этом направлении имело недостатки в каждом десятом случае – 11,2%. Обоснованность плана обследования и лечения больного не всегда соответствовала его состоянию почти в четверти случаев – 23,7%. Описание этапных эпикризов соответствовало требованиям почти в половине проверенных амбулаторных карт (45,3%), в 37,7% случаев зафиксированы недоработки, а в 3,8% и вовсе отсутствовали.

Объем диагностических мероприятий соответствовал декретированным срокам в 36,3% случаях, тогда как в каждой четвертой амбулаторной карте, несмотря на наличие показаний, мероприятия проведены не были (24,5%).

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

Хотелось бы отметить, что почти в каждом третьем случае (31,9%) были выявлены несоответствия выставленного диагноза рубрификации МКБ-Х. В каждом пятом случае диагноз вообще не выставлялся (18,8%).

Соответствие терапии выставленному диагнозу было выявлено в более половине случаев (68,2%), однако не во всех картах была подробно описана дозировка и длительность приема лекарственных препаратов (64,2%). Также не во всех картах был указан эффект от проведенной терапии и описание состояния ребенка в динамике (37,6%).

Осмотры и консультации специалистов были обоснованы и проведены в полном объеме в более половине случаев – 60,4%, в 26,4% - частично. Рекомендации специалистов выполнялись практически в полном объеме.

Одним из важных направлений работы участкового врача является диспансерное наблюдение за хроническими больными. К сожалению, самым уязвимым звеном при проведении оценки деятельности работы городских центров здоровья являлась диспансерная составляющая, так как практически в 86,8% случаев карты были не заполненными или частично заполнены, записи были нечеткие, неполные, скудные, а в 13,2% записи отсутствовали.

Практически к каждой имеющейся карте возникли замечания – неполный план обследования ребенка в динамике (27,3%), несвоевременная консультация специалиста (10,8%), интерпретация заключений лабораторно-инструментальных исследований нечеткая и неполная (34,3%), отсутствие динамического наблюдения (18,4%), этапных эпикризов (23,4%).

Имелись замечания по обоснованности и несвоевременности госпитализации детей с хронической патологией (24,6%), что указывает на недостаточную работу с этими детьми.

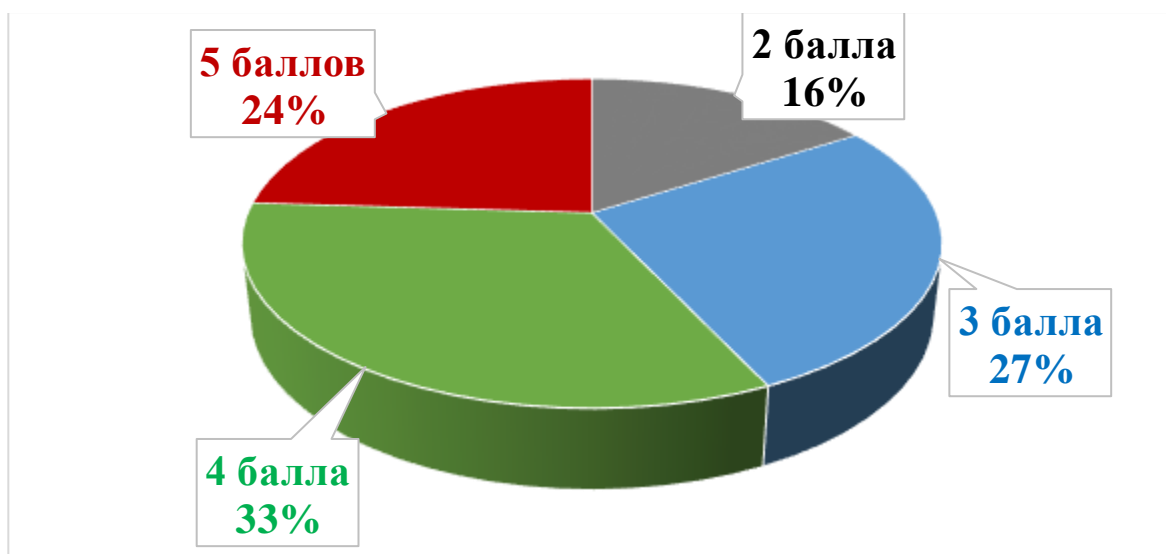
Терапия соответствовала выставленному диагнозу в более половине случаев (63,7%). Лекарственные средства были назначены в соответствии с диагнозом. Однако эффект от назначенной терапии отражался только лишь в каждой третьей карточке (31,7%).

Таким образом, к основным причинам некачественного диспансерного наблюдения можно отнести недостаточную интерпретацию лабораторно-инструментальных исследований, недочеты в плане ведения больного, а также отсутствие этапных эпикризов.

Учитывая вышеизложенные проблемы и недочеты в деятельности врачей общей практики, было принято решение о тестировании знаний медицинских работников в вопросах анатомио-физиологических особенностях детей, течения и терапии различных морфофункциональных отклонений, профилактики и реабилитации различных заболеваний, о пищевом программировании ребенка в раннем возрасте, о закаливании и предупреждении развития хронизации каких-либо патологических процессов в организме ребёнка.

Для этого были разработаны специальные тестовые вопросы, которые отражали все вышеперечисленные проблемы. Тесты были разработаны в соответствии с должностными обязанностями, возлагающимися на врачей общей практики, при этом они охватывали все направления деятельности первичной медико-санитарной службы, т.е. лечебное, диагностическое, профилактическое и реабилитационное. Традиционно оценки выставлялись по пятибалльной системе.

Тестирование было проведено у 325 семейных врачей в 14 городских центрах здоровья г. Душанбе (рисунок 6.7).



**Рисунок 6.7. – Результаты тестирования врачей общей практики**

Результаты тестирования показали, что чуть больше половины врачей общей практики обладали хорошими знаниями в области педиатрии – 57%. Каждый четвертый медицинский работник имел удовлетворительную оценку – 27%. Неудовлетворительные оценки по результатам тестирования отмечались у 16% врачей.

Анализ ответов врачей общей практики показал, что наиболее сложными оказались вопросы, касающиеся дифференциальной диагностики и терапии различных заболеваний, диспансеризации и реабилитации детей с хронической патологией, а также заслуживали внимания вопросы пищевого программирования детей.

Таким образом, по результатам проведенного тестирования уровня знаний врачей общей практики в области педиатрии становится очевидным, что для более эффективной работы службы ПМСП необходимость регулярного повышения уровня квалификации медицинских работников, участие их в семинарах, круглых столах, конференциях и конгрессах различного уровня становится необходимой реальностью.

## **Резюме**

Результаты исследования показали, что медицинская активность родителей была достаточно высока (92%). В половине случаев обращения были по поводу какого-либо заболевания ребенка (53,3%), но только треть опрошенных обращалась для профилактических осмотров и получения прививки (31,8%), а каждый десятый занимался самолечением (10,4%).

Каждый пятый родитель считает, что их ребенок имеет какую-либо хроническую патологию (21,7%), при этом с целью диспансеризации в центры здоровья обращаются лишь 4,5%.

Результаты анкетирования посетителей показали, что почти половина респондентов были вполне удовлетворены качеством медицинской помощи, оказываемой в их городском центре здоровья (47%), каждый третий (35%)



отмечал неполную удовлетворенность и не удовлетворён услугами вообще был каждый одиннадцатый посетитель (9%).

Негативное отношение в медицинском обслуживании у респондентов отмечалось при длительном ожидании приёма врача, затруднении в получении консультаций врачей узкого профиля из-за отсутствия таковых в центре, низкой оснащённости учреждения и, как следствие, недоступных диагностических услугах, что заставляло граждан обращаться к услугам частной медицины в 43,2% случаях.

Причинами обращения к услугам платной медицины были: получение медицинских услуг более высокого качества (68,2%), квалифицированный подход к диагностике и лечению (31,2%), внимательное отношение врачей (22,7%), хорошие санитарные условия (20,5%), низкий уровень оснащения их центра здоровья (10,6%), недоверие к семейному врачу (10,6%).

Вполне довольны своим семейным врачом оказалась половина опрошенных (54,5%), сомнение выразили 29,5%. В основном, причинами неудовлетворенности своим участковым врачом были: торопливость при осмотре (36,4%), недостаточное внимание к ребенку (22,7%), поверхностный осмотр (12,3%), назначение дорогостоящих препаратов (18,2%), на некомпетентность врача указали 11,4%.

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

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

Результаты опроса показали высокую потребность в педиатрах – 86,4%. Всего 6,8% респондентам было непринципально, кто именно будет наблюдать за их ребенком. Необходимость была обусловлена, по мнению родителей, тем, что педиатр – «это специалист в области детских болезней, имеет квалифицированный подход в вопросах питания, ухода, профилактики и лечения ребенка».

Усреднённая оценка медицинских услуг, оказываемая в центрах здоровья, посетителями была «удовлетворительной». Наибольшая оценка респондентами была дана лечебным услугам, далее профилактическим и наименьшая – диагностическим.

В процессе проведения экспертной оценки относительно деятельности медицинских работников по сведениям медицинской документации установлены определённые проблемы: не всегда качественное и аккуратное ведение амбулаторных карт, неполноценное описание истории болезни и жизни больного и неполноценное исполнение требований стандартов медицинской помощи.

Проведенная экспертиза карт амбулаторных больных в профилактическом направлении показала, что практически в четверти случаев (26,4%) медицинская документация была оформлена нечетко и небрежно. Сроки проведения профилактических осмотров соответствовали декретированным срокам всего лишь в 39,6%, а в каждой пятой амбулаторной карте (18,9%) было выявлено полное несоответствие, консультации узкими специалистами были проведены не в полном объеме в более чем в четверти случаев (28,3%), а в 11,3% случаях выявлено отсутствие записей осмотров специалистами, в каждом третьем случае не были проведены в полном объеме обязательные лабораторные и инструментальные исследования (34%). В половине случаев (50,9%) при оценке НПР и в более половине случаев (64,2%) при оценке физического развития были допущены ошибки.

Охват профилактическими прививками и проведение бесед по вопросам грудного вскармливания, профилактике рахита и глистной инвазии был зафиксирован в подавляющем большинстве амбулаторных карт (92,5% и 94,3% соответственно).

Группа здоровья, выставленная в соответствии с диагнозом, была определена в преобладающем большинстве – 86,8%. В более половине случаев (54,7%) комплексная оценка состояния здоровья детей проводилась с дефектами (неполная оценка ФР и НПР, не установленная группа риска).

Обоснованность плана обследования и лечения больного не всегда соответствовала его состоянию почти в четверти случаев (23,7%). Описание этапных эпикризов соответствовали требованиям почти в половине проверенных амбулаторных карт (45,3%), в 37,7% случаев зафиксированы недоработки. Объем диагностических мероприятий соответствовал декретированным срокам в 36,3% случаях, в каждой четвертой амбулаторной карте были показания, но мероприятия проведены не были (24,5%). Интерпретация полученных результатов лабораторных методов исследований была полной и правильной почти в половине случаев (42,5%), в каждой десятой карте (11,3%) – отсутствовала.

В каждом третьем случае (31,9%) было выявлено число несоответствий выставленного диагноза рубрификации МКБ-Х. В каждом пятом случае диагноз вообще не выставлялся (18,8%). Соответствие терапии выставленному диагнозу было выявлено в более половине случаев (68,2%).

К сожалению, самым уязвимым звеном при анализе карт амбулаторных больных было определено диспансерное наблюдение за детьми с хроническими заболеваниями, где отмечалось наибольшее количество замечаний. В 86,8% случаев карты были не заполненными или частично заполнены, записи были нечеткие, неполные, скудные, а в 13,2% записи отсутствовали.

Практически к каждой имеющейся карте имелись замечания – неполный план обследования ребенка в динамике (27,3%), несвоевременная консультация специалиста (10,8%), интерпретация заключений лабораторно-инструментальных исследований нечеткая и неполная (34,3%), отсутствие динамического наблюдения (18,4%) и этапных эпикризов (23,4%), несвоевременная госпитализация детей с хронической патологией (24,6%).

По мнению самих респондентов, факторами, улучшающими работу городских центров здоровья, являются совершенствование профессиональных знаний и умение сотрудников, улучшение материально-технического оснащения центра, современное оснащение рабочего места врача в соответствие с его квалификацией и обеспечение компьютерами с базовой программой,

необходимость увеличения заработной платы участковым врачам, а также организация помещения для кормления и ухода за ребенком.

По мнению самих медицинских работников, факторы, влияющие на качество их работы, имеют больше организационный характер – чрезмерное заполнение медицинской документации, давление со стороны проверяющих органов, недостаточная оснащенность рабочего места, в большинстве случаев отсутствие персонального компьютера, отсутствие времени для изучения современной литературы по специальности, недостаточное участие в научных конференциях и семинарах, недостаточный объем лабораторно-инструментальных исследований, имеющихся в их медицинском учреждении.

Немаловажное влияние на качество работы медицинского персонала оказывают такие субъективные причины, как низкая оплата труда, высокая психологическая нагрузка, плохие жилищные условия и невозможность приобретения нового жилья, отсутствие возможности хорошего летнего отдыха, повышенная требовательность и нервозность пациентов.

По мнению медицинского персонала, пути решения проблем заключаются в постоянном совершенствовании профессиональных навыков и знаний, в том числе участие в конференциях и конгрессах различного уровня за пределами своей республики, дифференцированная оплата труда, оснащение рабочего места в соответствии с квалификацией специалиста.

## **Глава 7.**

### **Пути оптимизации первичной медико-санитарной помощи детям раннего и дошкольного возраста**

ВОЗ и медицинское сообщество считают, что одним из главных достижений в начале XXI века в сфере здравоохранения является первичная медико-санитарная помощь, поскольку она является малозатратным, надежным, своевременным, современным и высоко эффективным звеном в достижении здоровья для всех в настоящее время [208, 236, 292].

Первостепенной задачей здравоохранения является улучшение качества оказания первичной медико-санитарной помощи детскому населению [9, 162, 236, 338].

Становится очевидным, что назрела необходимость в научной оценке, разработке и обосновании путей её оптимизации.

#### **7.1. Основные направления совершенствования первичной медико-санитарной помощи детям раннего и дошкольного возраста**

Лейтмотивом современного здравоохранения является принцип сохранения и укрепления здоровья детского населения. Пути поиска и достижения решения данной проблемы своё всестороннее отражение нашли в «Стратегии охраны здоровья населения Республики Таджикистан на период до 2030 года».

Согласно данной стратегии, основные направления реформы здравоохранения были направлены на обеспечение устойчивости и доступа всех групп населения к оздоровительной, лечебной и реабилитационной медицине.

Улучшение качества первичной медико-санитарной помощи населению признано одной из важнейших задач современного здравоохранения.

Основные задачи заключаются в коренном решении вопроса повышения качества диагностики и всех видов медицинской помощи, а, главное, – переориентация отрасли на профилактическую медицину.

Следовательно, одними из приоритетных направлений в решении поставленных задач являются: развитие и модернизация учреждений первичной медико-санитарной помощи, постоянное обновление технологий и повышение квалификации медицинского персонала.

### **Основные направления по оптимизации первичной медико-санитарной помощи детскому населению.**

- **Профилактика нарушений состояния здоровья детей раннего и дошкольного возрастов.** Главное место в цепочке оздоровления детского населения занимают мероприятия, направленные на сохранение и укрепление здоровья детей, а также разработку клинических протоколов и стандартов по терапии острого периода заболевания.

Очевидно, что основу здоровья детей составляет контроль за состоянием здоровья матерей.

В результате проведенных исследований была выявлена корреляционная зависимость состояния здоровья ребенка, его физического развития и качества жизни от состояния здоровья матери.

В связи с чем особое внимание необходимо уделить подготовке женщин к предстоящей беременности. Для выявления очагов хронической инфекции и своевременной санации этих очагов обязательным должно быть обследование женщин на маркеры инфекций, передающихся внутриутробно (TORCH-инфекция).

Немаловажную роль играет выявление и лечение у женщин различных соматических заболеваний, таких как анемия, зоб, заболевания мочеполовой системы и др. Особое место должна занимать пропаганда здорового образа жизни.

Воздействие различных факторов риска (инфекционные, генетические, социальные, экологические и др.) приводит к недоразвитию плода, патологическому состоянию или болезням новорожденных, начиная с перинатального периода, а также детей раннего возраста. Необходимо указать на то, что пути решения данной проблемы заложены в организации и

проведении профилактики, раннего вмешательства в процесс диагностики и лечения с обязательным использованием достижений современной медицинской науки и здравоохранения.

Анализа заболеваемости детей выявил, что врожденные пороки развития занимают одно из ведущих мест в структуре младенческой смертности.

Это послужило основанием для принятия важных решений, т.е. разработки соответствующих нормативно-правового и законодательного актов, направленных на запрет родственных браков, а также обязательное медицинское обследование молодоженов перед вступлением в брак.

Именно принятие данных законодательных актов направлено на оздоровление нации и сохранения генофонда. Законодательный акт обязывает молодоженов при условии выявления инфекционных заболеваний проходить полный курс лечения. Только при условии выполнения всех требований статей закона им будет дано разрешение на заключение брака.

Правильная организация лечебно-профилактической работы ПМСП явится залогом снижения заболеваемости детей.

Реализуемый в настоящее время целый пакет профилактического и реабилитационного характера на уровне различных центров здоровья даст возможность существенно воздействовать на состояние здоровья, психомоторное и физическое развитие ребёнка на всех этапах его развития.

Активизация работы, направленной на ante-, пре- и перинатальное развитие плода и новорожденного, будет способствовать благоприятному течению периода новорожденности, а это, в свою очередь, будет способствовать оптимальному развитию психомоторного и физического развития ребёнка и, соответственно, становлению здоровья в дальнейшем.

Общеизвестно, что грудное вскармливание является «золотым» стандартом в обеспечении полноценного здоровья новорождённых и детей раннего возраста, оно является основой резистентности подрастающего организма к воздействию инфекций и различных неблагоприятных факторов внешней среды.

10 принципов успешного грудного вскармливания являются основополагающими принципами стратегии ВОЗ/ЮНИСЕФ под названием «Baby friendly hospital» («Больница доброжелательного отношения к ребёнку») по вопросам грудного вскармливания [133].

Только правильная организация работы с родителями, направленная на сохранение естественного вскармливания, заложит основу широкого охвата численности детей, находящихся на исключительно грудном вскармливании, что будет залогом снижения заболеваемости и смертности детей.

Очень важным является не только медицинское обеспечение, но и социальное сопровождение ребенка с учётом его ближайшего окружения – семьи и образовательного учреждения.

Направления медико-социального сопровождения:

- ✓ антенатальный этап – пренатальное воспитание;
- ✓ новорожденные – мотивация к лактации, сформированность навыков ухода;
- ✓ ранний возраст – специальная подготовка особенности течения адаптации к детским дошкольным учреждениям;
- ✓ дошкольники – обеспечение готовности к школе;
- ✓ формирование навыков здорового образа жизни с учётом возраста и конституциональной принадлежности;
- ✓ профилактика и коррекция наиболее частых проблем развития и заболеваний.

Необходимость создания отделения медико-социальной помощи детям и образовательных центров для дошкольников в современных условиях становится очевидной, т.к. всё больше и больше детей нуждаются в помощи психологов, логопедов, дефектологов, педагогов.

Недостаточная интеграция центров здоровья и детских образовательных учреждений, педагогическая запущенность являются тормозящим фактором в цепочке взаимодействий этих двух важных аспектов жизни ребёнка – медицины и образования.



- **Применение комплекса эффективных лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий.**

Обеспечение своевременного ante- и перинатального ухода, проведение вакцинации, пропаганда грудного вскармливания, налаживание профилактических осмотров в декретированные сроки с обязательным участием узких специалистов, с отражением всех критериев комплексной оценки состояния здоровья детей, лабораторных исследований и лечебных мероприятий дадут возможность медицинским работникам успешно решить задачи по снижению заболеваемости и инвалидности детей.

Необходимо проводить беседы с родителями о рациональном режиме дня и питания, физическом воспитании и методах закаливания, о здоровом образе жизни, правильной установке на активную социализацию ребёнка [123, 186, 193, 256, 283].

Результаты исследования показали, что одним из слабых звеньев в цепочке оказания медицинской помощи детскому населению является диспансерное направление. Хотя именно профилактические осмотры дают возможность определения принадлежности детей к той или иной группе здоровья, что имеет важное медико-социальное значение.

Очевидно, что своевременная диспансеризация детей с привлечением узких специалистов даст возможность своевременного выявления различных отклонений в состоянии здоровья ребёнка: своевременное выявление и лечение очагов инфекции, анемии, гипотрофии, рахита, являющихся фоновыми заболеваниями и наиболее часто встречающимися в раннем возрасте, отставания в физическом и нервно-психическом развитии.

Регулярные профилактические осмотры будут способствовать выявлению среди общей когорты детей раннего и дошкольного возрастов группы детей, часто подвергающихся острым респираторным заболеваниям, относящихся, в основном, ко второй группе здоровья, среди которых существует высокий риск формирования хронической патологии.

Эти дети нуждаются в организации и проведении оздоровительных и реабилитационных мероприятий и особом врачебном сопровождении, что даст

возможность своевременной коррекции нарушений здоровья у этих детей. Тем самым возможно не только предотвратить переход этих детей из второй группы здоровья в третью, а при разработке и адресно-ориентированном применении индивидуальных программ оздоровления – способствовать их переходу в первую группу здоровья.

Это возможно при применении своевременных лечебно-оздоровительных мероприятий, таких как:

- рациональные режим дня и питание;
- пропаганда здорового образа жизни;
- пропаганда грудного вскармливания;
- закаливание, массаж, гимнастика, ЛФК, физиотерапия;
- своевременное проведение вакцинации;
- беседа с родителями о профилактике рахита, глистной инвазии, анемии, кариеса;
- своевременная и адекватная терапия острых заболеваний и санация хронических очагов инфекции, гельминтозов;
- сезонная профилактика ОРИ (применение препаратов, стимулирующих местный и общий иммунитет, витаминoproфилактика, фитoproфилактика).

• **Использование показателя КЖ в качестве одного из инструментов при комплексной оценке состояния здоровья детей.**

Залогом гарантии адекватной профилактической и реабилитационной помощи детям может служить применение в ежедневной практике врача новых медицинских технологий в вопросах оценки состояния их здоровья, что, несомненно, будет способствовать предотвращению предпосылок к его ухудшению.

Основываясь на полученных результатах исследования, в качестве нового дополнительного критерия **комплексной оценки** состояния здоровья детей раннего и дошкольного возрастов, может быть широко применен в качестве инструмента анализа и оценки КЖ. Данная методология позволит

субъективно оценить ряд показателей ребёнка, его физической, эмоциональной и социальной адаптации.

Определение качества жизни ребёнка в ряде случаев может служить одним из основных критериев эффективности лечения при клинических исследованиях. В связи с чем очень серьёзное внимание следует уделять методам его оценки и анализа, так как именно этот метод позволяет вернуться на новом витке эволюции к основополагающему принципу клинической медицины – «лечить не болезнь, а больного».

• **Повышение качества и эффективность оказываемой медицинской помощи детскому населению.**

Существующая система реформирования предъявляет большие требования к амбулаторному звену здравоохранения.

Общие резервы повышения качества медицинской помощи на уровне ПМСП:

- обеспечить применение разработанных протоколов при оказании амбулаторно-поликлинической помощи детям;
- проведение полной комплексной оценки состояния здоровья детей с рождения;
- обеспечение профилактических осмотров в декретированные сроки, при помощи которых возможна своевременная коррекционная и лечебно-оздоровительная работа с детьми с отклонениями в состоянии здоровья;
- своевременное обеспечение организации и проведения диспансерного наблюдения за хронически больными детьми;
- для повышения охвата детей профилактическими медицинскими осмотрами активизировать профилактическую и оздоровительную работу в детских дошкольных образовательных учреждениях;
- совершенствовать диагностику, выявляемость и методы профилактики врожденных пороков развития (развитие и внедрение программ пренатального и неонатального скрининга, расширение и совершенствование медико-генетической службы);

- создать условия для своевременного повышения квалификации врачей общей практики по вопросам физиологии и патологии ребёнка, а также обеспечить укомплектованность штатов городских центров здоровья с учётом потребности детского населения, особенно врачами-специалистами;
- внедрить современные технологии по правильному и качественному оформлению медицинской документации;
- возобновить работу кабинета здорового ребёнка (КЗР).

Для обеспечения более успешной работы и внесения соответствующих корректив в деятельность городских центров здоровья необходимо владеть информацией, которую можно получить только путём проведения регулярной экспертизы и мониторинга качества и доступности первичной медико-санитарной помощи населению.

Необходимо отметить, что пакет разработанных нами анкет даст возможность получить необходимую информацию по всем основным направлениям деятельности центров здоровья за короткий период, т.е. профилактическое, лечебно-диагностическое, диспансерное наблюдение.

Очень важно знать степень удовлетворённости пациентов качеством оказываемой им медицинской помощи для того, чтобы использовать данную информацию в качестве обратной связи для оценки и подтверждения об исполнении его потребностей в медицинской помощи.

Таким образом, полученные знания при проведении в медицинском учреждении внутреннего аудита с целью выявления негативных факторов, можно использовать в качестве алгоритма к действию, т.е. разработать пути решения проблемы повышения качества медицинских услуг с последующей их корректировкой и, как следствие, повысить удовлетворенность пациентов медицинской помощью.

- **Разработка и применение информационных технологий** в управлении амбулаторно-поликлинической службы – это уже необходимая реальность.

Через руки практического врача общей практики проходит огромный объём документооборота при выполнении лечебно-диагностической,

профилактической и диспансерной деятельности, становится очевидным, что потребность в получении достоверной и оперативной информации растёт постоянно. Необходимо проводить постоянный мониторинг деятельности центров здоровья. Это, в свою очередь, диктует необходимость разработки и широкого применения современных информационных технологий.

Суть сбора, анализа и переработки информации для принятия обоснованных управленческих решений заключается в процессе внедрения ресурсосберегающих медицинских технологий в процесс управления в системе здравоохранения.

Необходимо разработать программы, которые бы отвечали основным требованиям современной деятельности врача и облегчали бы его труд. В первую очередь это касается оптимизации ведения документации, создания базы данных пациентов (необходимо, чтобы у врача всегда была вся медицинская информация о пациенте, результаты лабораторных и функциональных методов исследований должны быть доступны в реальном времени), при этом должна быть соблюдена конфиденциальность, обеспечение доступа к информационным ресурсам (справочных, нормативно-правовых и методических документов) и др.

Внедрение такого рода информационно-аналитических программ способствовало бы улучшению качества медицинской помощи населению путём оптимизации ведения документации, возможности отслеживания логистики пациента и получения полной информации об оказанных медицинских услугах, данных лабораторных и функциональных методов исследований, что даст возможность своевременно и оперативно начать терапию или профилактику заболеваний, а также параллельно с этим будет производиться контроль за действиями медицинских работников при оказании первичной медико-санитарной помощи детскому населению.

Внедрение данных программ даст возможность проводить при необходимости ежедневный мониторинг деятельности городских центров здоровья, т.е. слежение за обращаемостью, проведением рутинных методов

при постановке диагноза в соответствии с МКБ, отслеживание материально-технического состояния, передвижение кадровых и финансовых ресурсов и др.

Таким образом, огромный объём документооборота в ходе лечебно-диагностического, профилактического и диспансерного процессов, потребность в получении достоверной и оперативной информации, постоянный мониторинг деятельности центров здоровья диктуют необходимость разработки и широкого применения современных информационных технологий.

- **Совершенствование системы подготовки и переподготовки кадров.**

Развитие системы здравоохранения предполагает эффективную деятельность медицинских учреждений, которая, в свою очередь, невозможна без высокопрофессиональной работы медицинского персонала.

В соответствии с этим, в рамках научной работы нашего центра с целью выявления уровня знаний в области педиатрии было проведено тестирование 325 врачей общей практики 14 городских центров здоровья г. Душанбе.

Результаты исследования выявили, что только у четверти врачей общей практики (24%) уровень знаний был оценён на «отлично». Каждый третий – (33,2%) обладал знаниями в области педиатрии на «хорошо». 27% врачей имели удовлетворительные оценки по итогам тестирования. К сожалению, почти каждый пятый опрашиваемый врач общей практики (15,8%) практически не владел на достаточном уровне знаниями по основным вопросам педиатрии.

Результаты тестирования показали, что пробелы в знаниях врачей общей практики, в основном, касались вопросов анатомо-физиологических особенностей детского возраста, оценки психомоторного и физического развития, питания и особенностей течения и терапии заболеваний у детей.

Учитывая сложившуюся ситуацию, можно сделать вывод о необходимости соответствующей подготовки высококвалифицированных медицинских кадров для сферы педиатрии. Очевидно, что этого можно достигнуть путём непрерывного проведения различных тренингов, семинаров, конференций, круглых столов с участием врачей общей практики, узких специалистов,

среднего медицинского персонала по вопросам улучшения первичной медико-санитарной помощи детскому населению.

Постоянное совершенствование знаний в этой области в значительной степени вызвано появлением новых видов инфекционных заболеваний, атипичным течением некоторых болезней, новыми подходами и технологиями в диагностике, лечении и реабилитации многих патологий – всё это требует непрерывного обучения и усовершенствования знаний.

Таким образом, предложенные основные направления совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи детям отвечают основным концепциям Стратегии охраны здоровья населения Республики Таджикистан, что позволяет реализовать намеченные мероприятия на получение детьми качественной и доступной медицинской помощи на уровне первичного звена здравоохранения.

## **7.2. Использование показателей качества жизни, как критериев оценки эффективности применения медицинских технологий в педиатрической практике**

Одним из ключевых направлений оптимизации амбулаторной помощи детям является разработка критериев оценки эффективности современных медицинских технологий и программ практического здравоохранения. Одним из таких компонентов является качество жизни, оценка которого в системе профилактической и клинической медицины даст возможность повысить её эффективность [104, 126, 179, 373, 375, 405, 408, 412, 417]. Тем более, что в современных экономических условиях внедрение медицинских технологий требует наименее затратных методик, каковым и является метод изучения качества жизни.

Данный метод, как показывает практика, является малозатратным, доступным, легко воспроизводимым и высокоинформативным.

Следовательно, особенно актуальным является использование показателей КЖ, как критерия оценки различных медицинских технологий в практической деятельности врача первичного звена здравоохранения. Тем более, что

внедрение в медицину данного понятия, выражающегося в цифрах, даёт возможность врачам общей практики дать комплексную оценку состоянию здоровья ребёнка с учётом его физического, эмоционального и социального благополучия.

Ввиду того, что имеются ограничения в методах оценки эффективности деятельности городских центров здоровья, в особенности их профилактического направления, попытка изучить возможности использования показателей КЖ в данном контексте представляло большой интерес.

Неуклонный рост хронических заболеваний органов дыхания, нарушения питания, инфекционная патология в детском возрасте, способствуя росту числа часто болеющих детей, требуют необходимости разработки единых подходов к распознаванию, диагностике, профилактике, определению тактики ведения и рационального лечения данной когорты больных в условиях первичного звена здравоохранения.

Основываясь на вышеизложенном, нашей задачей явилось изучение возможностей применения показателя КЖ, как критерия оценки эффективности профилактических и лечебных мероприятий на примере часто и длительно болеющих детей раннего и дошкольного возрастов.

По итогам исследования определено, что более половины детей (66,1%) относились ко 2 группе здоровья, среди которых были дети с морфофункциональными отклонениями в состоянии здоровья, элементами нарушения питания, признаками задержки нервно-психического и физического развития, тогда как функции органов и систем были сохранены.

Часто и длительно болеющие дети в раннем возрасте были выявлены в каждом третьем случае - 31,6%, а в дошкольном периоде – в 43,8% случаев.

Очевидно, что данная категория детей нуждалась в профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятиях. Программа реабилитации данной когорты детей включала в себя организацию режима дня с обязательным полноценным и достаточным по длительности сном, прогулками,



исключением переутомления, полноценным и рациональным питанием [46, 239].

Современные подходы к терапии часто и длительно болеющих детей включают патогенетически обоснованные лечебные препараты с иммуностропным эффектом [87, 107, 145, 175, 190, 239].

Учитывая тот факт, что у часто и длительно болеющих детей отмечается снижение продукции интерферона- $\alpha$ , в качестве иммунокорректирующей терапии был использован наиболее эффективный и безопасный в детской практике препарат «Виферон» в ректальных суппозиториях (свечей).

Препарат представляет собой комплекс, содержащий рекомбинантный альфа-2b-интерферон и антиоксиданты (витамины E и C), усиливающие противовирусный эффект более чем в 10 раз и действие интерферона на T- и B-лимфоциты [87, 145].

«Виферон» назначался наряду с комплексным лечением острых респираторных инфекций у детей по 1 свече 2 раза в день в течение 5-ти дней (детям до 7 лет – Виферон-1, 150000).

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

Представляло большой интерес изучение протективного эффекта Виферона в отношении последующих эпизодов ОРВИ. Так, катамнестическое наблюдение за 48 детьми из числа обследованных в течение 6-12 месяцев выявило, что при назначении препарата с профилактической целью в период

высокой заболеваемости ОРИ способствовало снижению частоты данной патологии в 2,5 раза, в сравнении с предыдущим годом ( $p < 0,01$ ).

Для подтверждения терапевтической эффективности препарата была исследована динамика изменений лабораторных показателей. Так, у часто болеющих детей был выявлен дефект Т-клеточного звена иммунитета, который заключался в снижении количества CD3+, CD 4+, CD18+ клеток Т-лимфоцитов, нарушении иммунорегуляторного индекса, возрастании количества CD8+ Т-лимфоцитов, нарушении митогенного ответа на антитела.

После применения комплексного курса лечения с использованием Виферона у исследуемых детей со стороны Т-клеточного иммунитета отмечалось восстановление количества CD-клеток Т-лимфоцитов и иммунорегуляторного индекса.

Таким образом, терапевтическая и профилактическая эффективность препарата в отношении повторных эпизодов респираторной инфекции у детей раннего и дошкольного возрастов убедительно подтверждена результатами проведенного исследования.

Кроме этого, в комплексную систему оздоровления часто и длительно болеющих детей входило применение курсового приёма различных витаминно-микроэлементных комплексов, используемых врачами общей практики.

В комплекс оздоровительных и реабилитационных мероприятий, направленных на повышение адаптационных и компенсаторных возможностей организма детей, часто подверженных острым респираторным заболеваниям, также были рекомендованы ЛФК, массаж, плавание, физиотерапевтические процедуры.

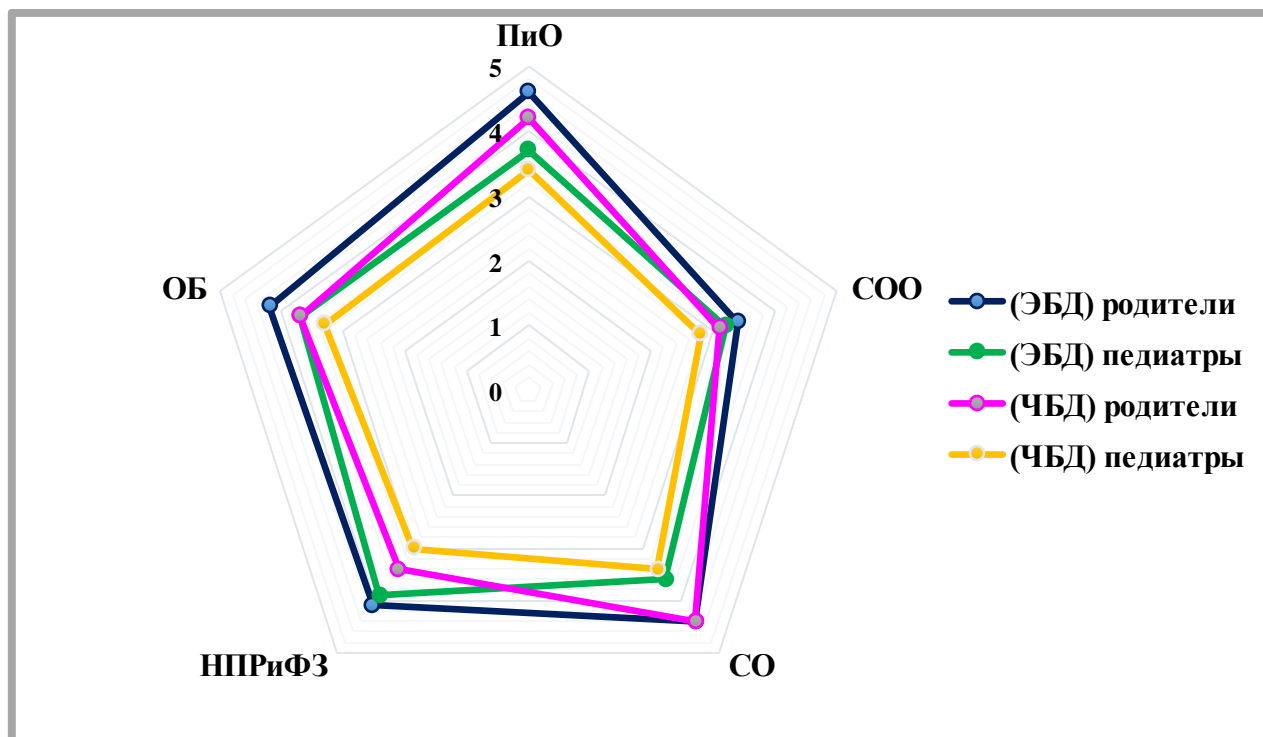
В литературе много информации относительно хорошего клинического эффекта от применения галотерапии, когда в процессе процедуры создается искусственный микроклимат соляных пещер. Основными механизмами действия галотерапии являются: нормализация кардиореспираторной системы (увеличение бронхиальной проходимости, жизненной емкости лёгких,

улучшение функциональных проб), иммуномодулирующее действие (активация системы интерферона, местного иммунитета, Т-клеточного иммунитета, модуляция IgA, IgG, IgM), неспецифическая гипосенсибилизация, местное (бактериостатическое, противовоспалительное, бронхолитическое, секретолитическое, улучшение дренажной функции бронхов) воздействие.

После прохождения процедур (по 10 дней) отмечалось улучшение эмоционального состояния детей, положительные изменения в вегетативном статусе, положительная динамика со стороны регионарных лимфоузлов, снижение количества осложнений, частоты использования антибактериальных препаратов и исчезновение обструктивного синдрома.

Итак, в ходе исследования на начальном этапе нами было оценено КЖ часто и длительно болеющих детей раннего возраста, независимо от наличия или отсутствия обострений и применённой в лечении и обследовании медицинской технологии.

Профиль КЖ эпизодически и часто болеющих детей в начале исследования до проведения лечебных и профилактических мероприятий изображён на рисунке 7.1.



**Рисунок 7.1. - Профиль КЖ эпизодически и часто болеющих детей острыми респираторными заболеваниями**

Итак, сравнительный анализ показателей КЖ часто болеющих детей по ответам респондентов показал, что педиатры оценивают их КЖ намного ниже, по сравнению с родителями.

Так, статистически значимые различия отмечались почти по всем аспектам исследуемой методики КЖ: «поведение и общение» (3,4 [3,1; 3,6] педиатры и 4,2 [3,8; 4,5] родители,  $p=0,007$ ,  $p<0,01$ ), «семейное окружение» (3,4 [3,2; 3,7] педиатры и 4,4 [3,8; 4,7] родители,  $p=0,000$ ,  $p<0,001$ ), «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» (3,0 [2,8; 3,1] педиатры и 3,6 [3,1; 3,9] родители,  $p=0,002$   $p<0,01$ ), кроме аспекта «способности оставаться одному», где статистических различий по ответам респондентов выявлено не было ( $p>0,05$ ).

В группе эпизодически болеющих детей по ответам респондентов наибольшие различия отмечались по шкалам «поведение и общение» (3,7 [3,4; 4,3] педиатры и 4,6 [4,2; 4,7] родители,  $p=0,000$   $p<0,001$ ), «семейное окружение» (3,6 [3,1; 3,9] педиатры и 4,4 [3,7; 4,9] родители,  $p=0,012$   $p<0,05$ ) и общему баллу (3,7 [3,2; 3,9] педиатры и 4,2 [3,7; 4,5] родители,  $p=0,016$   $p<0,05$ ).

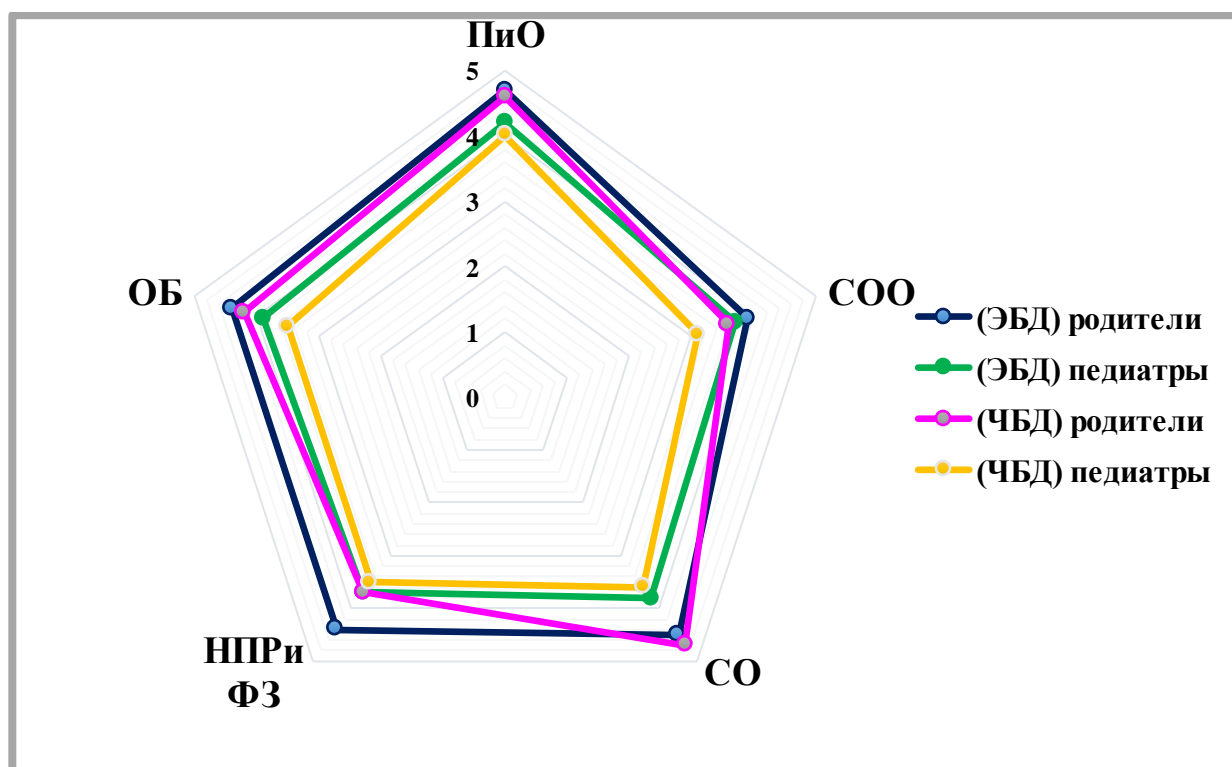
Следующим этапом было применение у часто болеющих детей комплексных лечебных и профилактических мероприятий, к которым относилась вышеизложенная методика реабилитации (посиндромная терапия, витаминотерапия, эубиотики, рациональное питание, фитотерапия, физиотерапевтические процедуры, галатерапия, иммунокорректирующая терапия, ЛФК, массаж и др.).

После применения у часто и длительно болеющих детей вышеперечисленных комплексных оздоровительных мероприятий нами было проведено повторное исследование КЖ этих детей.

Анализ сравнительных результатов применения комплексных лечебно-оздоровительных мероприятий с использованием критериев КЖ показал очевидное их преимущество.

В процессе исследования по итогам повторного опроса установлена отчетливая значимая динамика повышения многих параметров КЖ часто

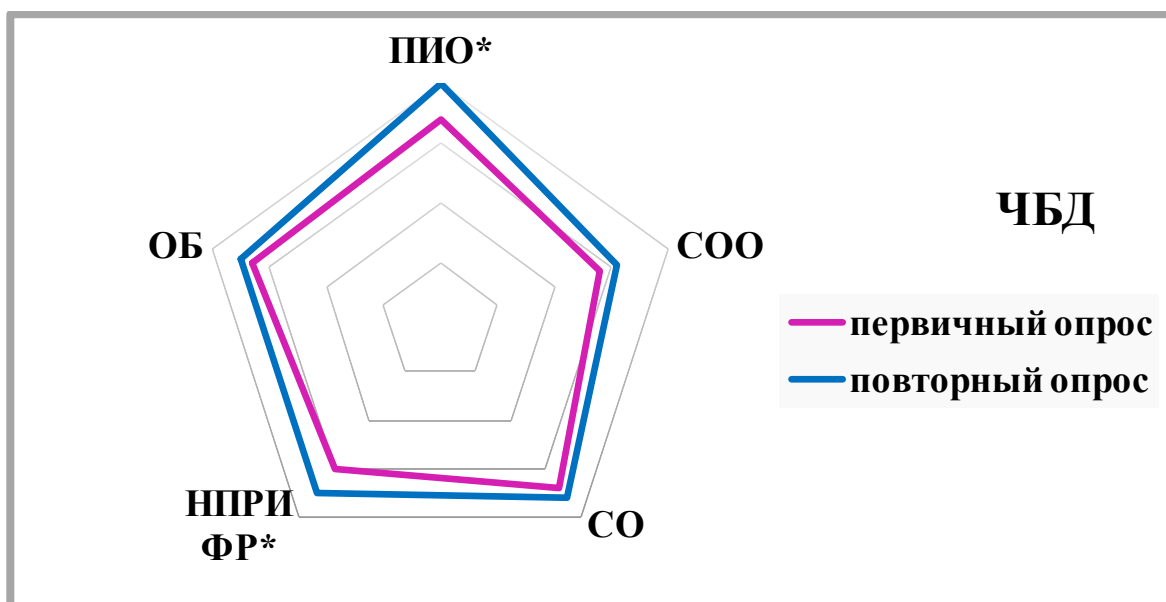
болеющих детей, тогда как показатели КЖ в контрольной группе (ЭПД) оставались почти на прежнем уровне. Это касалось таких аспектов как «поведение и общение» ( $p < 0,05$ ), «способности оставаться одному» ( $p < 0,01$ ), «семейное окружение» ( $p < 0,01$ ), (рисунок 7.2).



**Рисунок 7.2. - Профиль КЖ эпизодически и часто болеющих детей острыми респираторными заболеваниями после прохождения комплекса оздоровительных мероприятий**

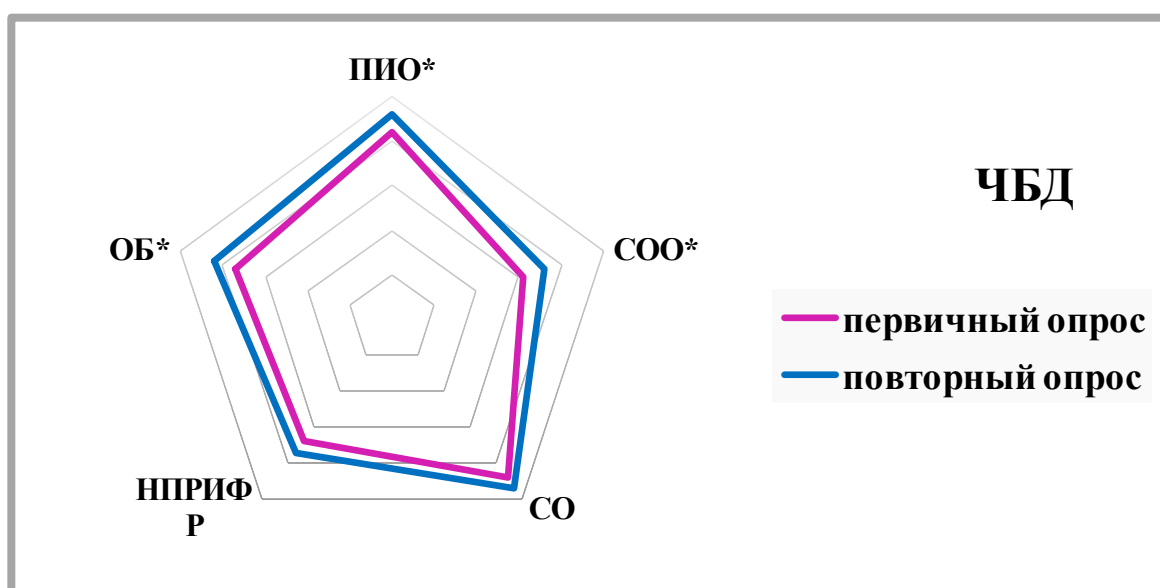
Результаты проведенного педиатрами сравнительного анализа результатов оценки КЖ среди ЧБД на начальном этапе исследования и в динамике после проведения лечебно-оздоровительных мероприятий показали значимое повышение таких аспектов КЖ, как «поведение и общение» ( $p < 0,01$ ), «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» ( $p < 0,05$ ).

Остальные аспекты качества жизни детей также имели положительную динамику в процессе проведенных лечебно-оздоровительных мероприятий, однако значимых различий выявлено не было (рисунок 7.3).



**Рисунок 7.3. - Профиль КЖ часто и длительно болеющих детей по ответам педиатров (звездочками указаны значимые различия в ответах)**

Повторный опрос родителей также выявил положительную динамику некоторых показателей КЖ у часто и длительно болеющих детей. Эта тенденция относилась к таким компонентам КЖ, как «поведение и общение», «способность оставаться одному», а также достоверно значимое увеличение было выявлено и по общему баллу ( $p < 0,01$ ) (рисунок 7.4)



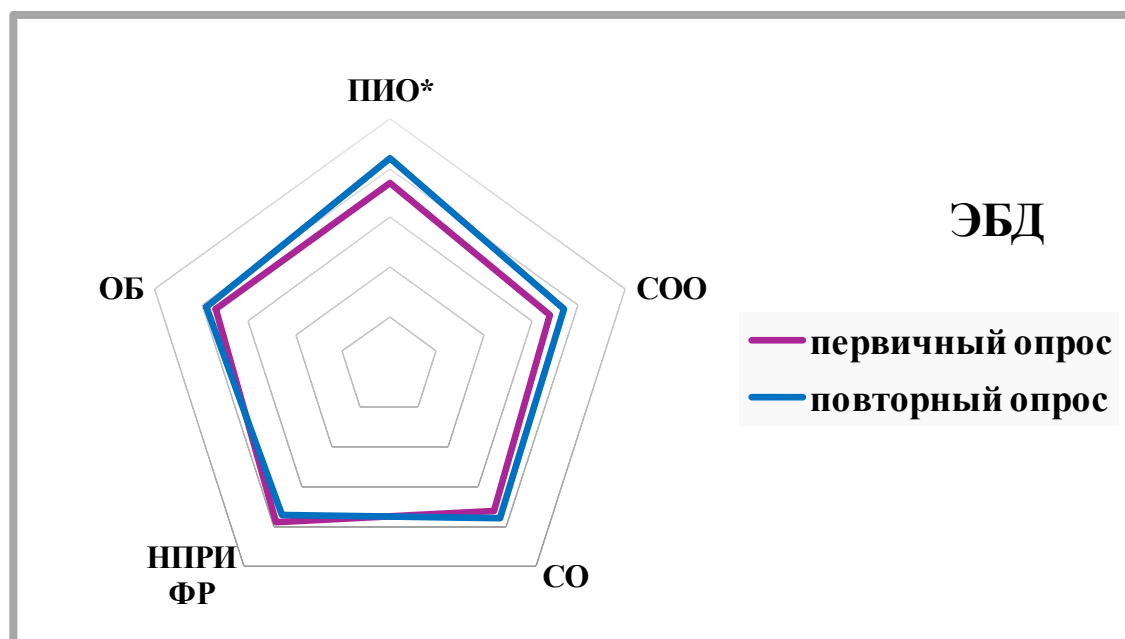
**Рисунок 7.4. - Профиль КЖ часто и длительно болеющих детей по ответам родителей (звездочками указаны значимые различия в ответах)**

Можно заключить, что применение выше предложенных лечебно-оздоровительных мероприятий у часто и длительно болеющих детей в первую очередь, по мнению педиатров, нормализуют такие виды субъективного благополучия как эмоциональное, нервно-психическое и физическое здоровье.

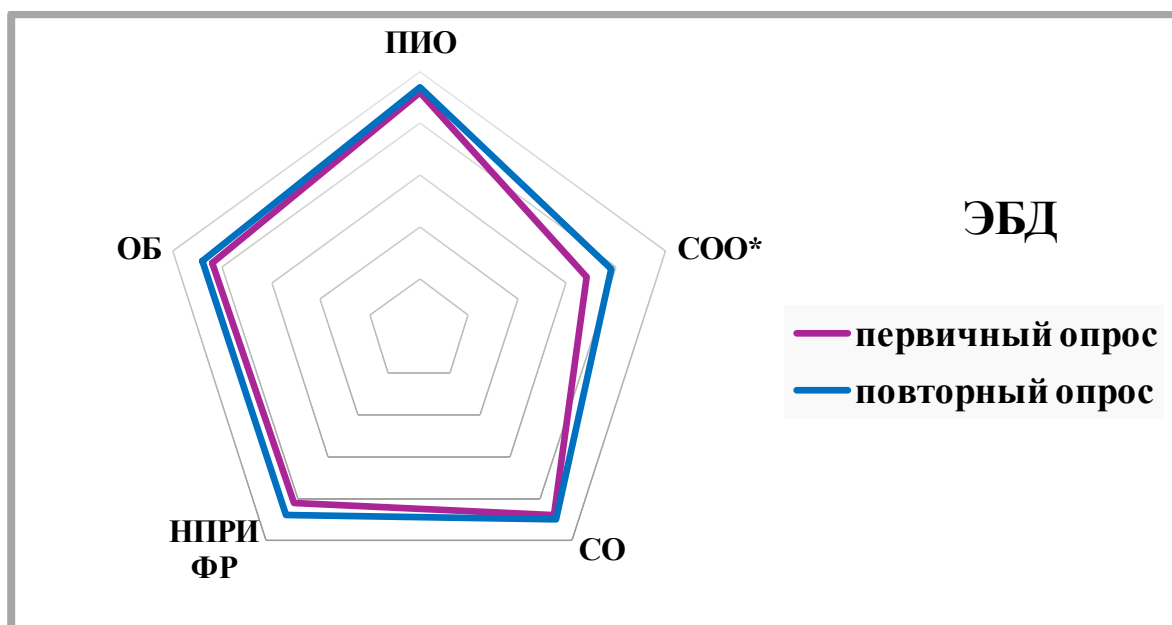
По мнению родителей, лучшие показатели КЖ отмечались в аспектах эмоционального и социального поведения.

Очевидно, что положительная динамика в общесоматическом статусе часто и длительно болеющих детей способствовала повышению параметров качества их жизни.

Результаты повторного анкетирования респондентов в группе эпизодически болеющих детей, где применялись общепринятые лечебные мероприятия (в основном посиндромная терапия), без применения вышеизложенных технологий, достоверных различий в показателях КЖ почти не выявлено (рисунки 7.5 и 7.6). За исключением таких аспектов КЖ, как «поведение и общение» в педиатрическом опроснике ( $p < 0,05$ ) и «способность оставаться одному» в родительском опроснике ( $p < 0,01$ ).



**Рисунок 7.5. - Профиль КЖ эпизодически болеющих детей по ответам педиатров (звездочками указаны различия в ответах)**



**Рисунок 7.6. - Профиль КЖ эпизодически болеющих детей по ответам родителей** (звездочками указаны различия в ответах)

Можно предположить, что применение общепринятых лечебных мероприятий у детей улучшает эмоциональное благополучие, а физическое и нервно-психическое функционирование восстанавливаются медленнее.

Следовательно, результаты проведенных исследований убедительно свидетельствуют о том, что рекомендуемые в практическое здравоохранение лечебно-оздоровительные мероприятия, носящие профилактический характер, положительно сказываются на нервно-психическом развитии и физической активности, а также социальной адаптации обследованных детей.

Таким образом, проведенные исследования дают основание утверждать о целесообразности применения показателей КЖ в качестве критерия оценки результативности использования различных оздоровительных и реабилитационных программ, направленных на улучшение и сохранение здоровья детского населения.

Исследование КЖ можно использовать как инструмент для дифференцированного отбора детей раннего и дошкольного возрастов в группу медико-социального риска. Это именно те дети, которые нуждаются в дополнительном обследовании включая меры активной поддержки,



направленные не на саму болезнь, а на профилактику негативной тенденции в здоровье ребенка путём её своевременной медико-социальной коррекции.

Более того, именно применение «групповой» оценки параметров КЖ позволяет выделить отдельную группу пациентов, имеющих идентичные социальные проблемы, особенности функционирования и самооценки, которые могут быть использованы для определения потребности в медико-педагогической коррекции и системных лечебно-оздоровительных мероприятиях.

Таким образом, результаты исследования КЖ детей позволяют научно обосновать использование различных оздоровительных и реабилитационных программ, направленных на улучшение и сохранение здоровья детей, базирующиеся на основных постулатах норм качества жизни как на индивидуальном уровне, так и на уровне здравоохранения в целом.

#### **Индивидуальный уровень подразумевает:**

✓ внедрение комплексной оценки состояния здоровья с применением оценки качества жизни для раннего выявления детей с низкими показателями КЖ, что позволит обосновано формировать группы медико-социального риска. Это в свою очередь позволяет разработать индивидуально ориентированный комплексный план наблюдения с разработкой и реализацией конкретной реабилитационной программы, с выявлением главных и важных направлений в программе оздоровления ребёнка: медицинская, социальная реабилитация, психолого-педагогическая коррекция.

#### **На уровне организации здравоохранения:**

- ✓ рекомендуется разработка программы по сохранению и укреплению здоровья детей, основываясь на показателях качества жизни;
- ✓ использование показателей КЖ в процессе выявления потребности в системных лечебно-оздоровительных и медико-профилактических мероприятиях;
- ✓ на основании показателей КЖ формирование конкретных групп пациентов, где имеются идентичные социальные проблемы и особенности

функционирования, для совершенствования медико-социальных служб, которые должны предоставить комплексную медицинскую, психологическую, социальную помощь для сохранения здоровья детей;

✓ усиление мер по совершенствованию системы психолого-педагогической и медико-социальной помощи для улучшения состояния здоровья и качества жизни детей раннего и дошкольного возрастов.

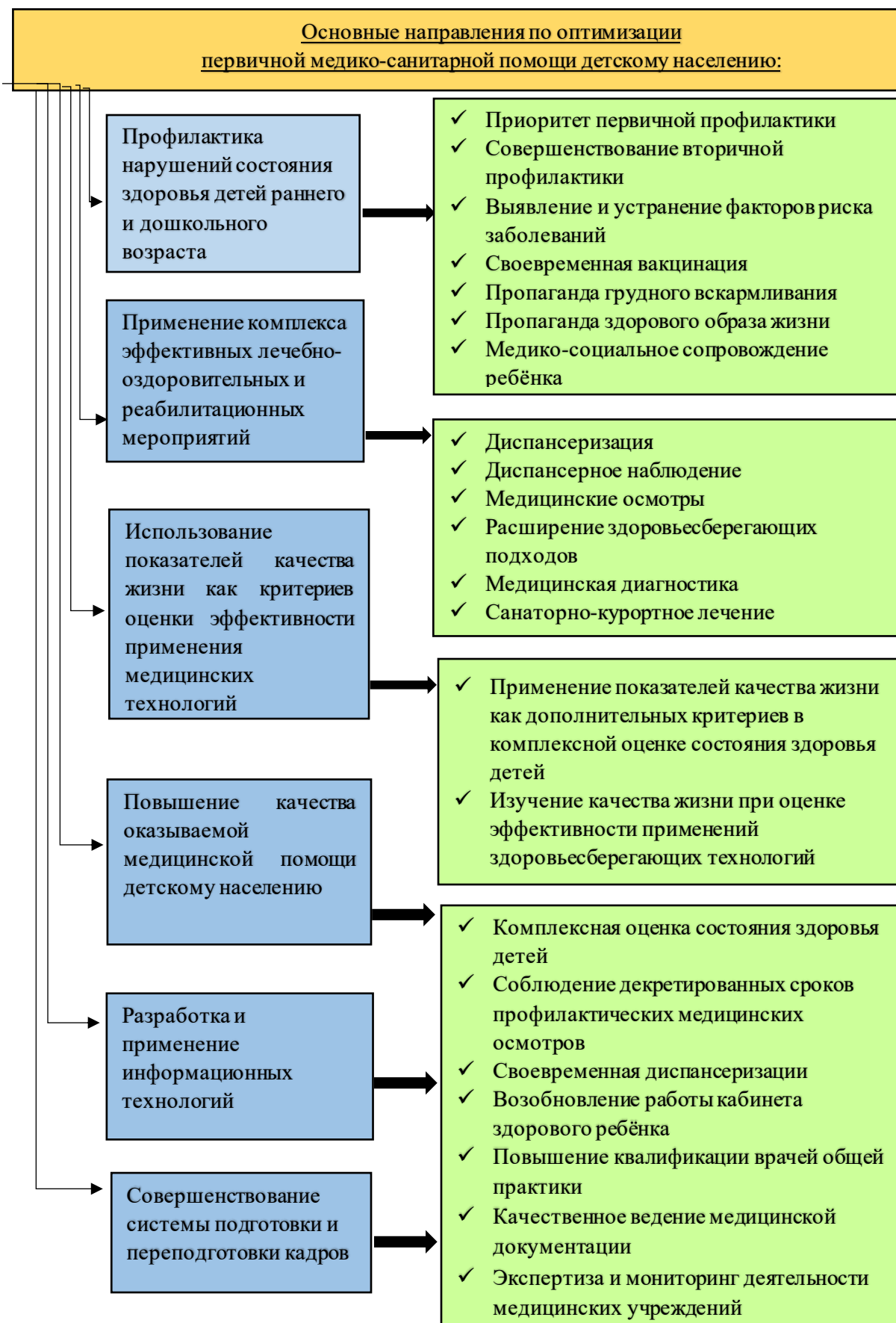
Таким образом, реализация всех видов деятельности и направлений ПМСП нуждается в активном внедрении в повседневную практику центров здоровья современных технологий.

Широкое внедрение научно обоснованных технологий, на современном этапе позволит оптимизировать первично медико-санитарную помощь детскому населению.

Это технологии, направленные на комплексную профилактику и реабилитацию, техническую и информационную поддержку, оценку уровня качества жизни, как способа анализа и оценки эффективности применения медицинских технологий, подготовка квалифицированных кадров по обслуживанию детского населения в Республике Таджикистан.

Всё это, несомненно, будет влиять на повышение качества оказываемой медицинской помощи детям со стороны медицинского персонала.

Резюмируя проведенное исследование, мы предлагаем ниже предложенную схему основных направлений оптимизации первичной медико-санитарной помощи детскому населению (рисунок 7.7).



**Рисунок 7.7. – Основные направления оптимизации ПМСП**

## Глава 8.

### Обсуждение результатов исследования

Состояние здоровья подрастающего поколения в настоящее время остается одной из главных и приоритетных задач здравоохранения, решение которой имеет высокую социальную значимость, отражающуюся в соответствующих нормативно-правовых документах, утвержденных на государственном уровне.

После приобретения независимости Республика Таджикистан столкнулась со сложным экономическим переходным периодом, ухудшением социальной инфраструктуры, которой предшествовала гражданская война, длившаяся несколько лет. Хотя экономика постепенно восстанавливалась с 2000 года, она дополнительно пострадала в результате финансового кризиса 2008 года и Таджикистан по настоящее время остается страной с низким уровнем дохода [91, 272].

Показатели МС и ДС, по данным ВОЗ, в 1990 г. прошлого столетия были выше, по сравнению с другими странами Европейского региона (91‰ и 117‰ детей в возрасте до 5 лет). Проблема охраны здоровья матери также вызывала много вопросов и проблем. В 1993 г. показатели коэффициента материнской смертности были угрожающими – 124,4 на 100000 рожденных.

В республике обеспеченность квалифицированными врачами населения была низкая, не хватало врачей узких специальностей и, прежде всего, педиатров. Особенно это проявлялось в сельской местности, где проживала большая часть населения, но работали менее 20% врачей республики.

В связи с этим страна ориентировала свою деятельность на разработку комплексной программы по реформированию сектора здравоохранения, которая была направлена на усиление системы ПМСП, реформирование механизмов финансирования здравоохранения, формирование новых подходов к решению кадрового вопроса, рациональное использование больничного сектора, повышение качества предоставляемых услуг, совершенствование потенциала управления и принятие принципа, направленного на ответственность личности за свое здоровье [272].

Правительством Республики Таджикистан разработан и реализован в жизнь огромный пакет серьезных и важных политических документов, оптимизирующих комплекс воздействий на развитие системы здравоохранения, совершенствуя и направляя при этом усилия на механизмы межотраслевого взаимодействия и реформирование системы предоставления услуг в области здравоохранения: с целью увеличения ожидаемой продолжительности жизни, проведения соответствующих работ в области инфекционных и неинфекционных заболеваний; обеспечения гарантированного государством пакета льгот, а также финансирования и организации здравоохранения в целях повышения эффективности и доступности своевременных и современных медицинских услуг.

В последнее десятилетие, несмотря на значительные достижения в медицинской науке и практике, продолжает сохраняться тенденция снижения уровня здоровья детей и подростков [123, 125, 146, 236]. Причиной этого является воздействие различных внешних и внутренних факторов, высокий уровень стресса, широкое и зачастую неоправданное применение лекарственных препаратов, приводящих к снижению резистентности детского организма.

По данным многих исследователей, показатели заболеваемости детей раннего и дошкольного возрастов имеют четкую тенденцию к росту, тогда как численный состав абсолютно здоровых детей уменьшается. А также наблюдается неуклонный рост частоты хронических заболеваний, психических отклонений, инвалидности [1, 14, 15, 19, 35, 36, 62, 76, 99, 123].

По мнению Баранова А.А. с соавт., весомая роль в этой тенденции отводится подвергшимся изменениям условия как воспитания, так и интенсивного роста, и развития в данном возрастном периоде, во время которого организм ребенка преодолевает огромное количество критических периодов развития [162, 185].

Очевидно, что повышение качества оказания медицинской помощи на уровне первичного звена еще с первых дней жизни ребенка является важным условием сохранения здоровья детей. Одним из путей решения данной проблемы

может быть применение современных технологий раннего выявления детей с нарушением развития, диагностикой характера повреждения, а также с помощью наблюдения за развитием ребенка с рождения для определения темпов и особенностей развития, компенсаторных возможностей детского организма и разработки дальнейшего плана ведения ребенка [3, 185, 191].

Общеизвестно, что динамическое наблюдение за развитием ребенка, осуществляемое амбулаторно-поликлиническими учреждениями, является диагностическим ключом к своевременному решению вопроса о показаниях к углубленному обследованию ребенка [19].

Для службы детского здравоохранения именно комплексная оценка является наиболее применяемым методом оценки состояния здоровья детей, составными частями которого является всестороннее обследование органов и систем ребенка, определение группы здоровья и выбор схем диспансерного наблюдения, что послужит основанием для разработки способов профилактики и коррекции.

По мнению группы исследователей (Баранова А.А. с соавт., 2008), возникает необходимость в расширении критериев здоровья, что будет сопоставимо понятию здоровья с функциональными возможностями и социальной дееспособностью ребенка [199, 261].

Понятия ВОЗ о здоровье послужили основой для изучения КЖ в педиатрии, т.к. состоят из многокомпонентной структуры, включающей компоненты физического, духовного, социального, психологического и функционального аспектов благополучия [37, 196, 348, 350, 384, 388, 399, 413, 419].

Основным моментом в изучении КЖ у детей определено состояние оптимального здоровья с позиций самого ребенка, его родителей.

Изучение КЖ позволит оценить эффективность профилактических и новых методов лечения, реабилитационных технологий. Анализ с последующей оценкой КЖ дает возможность научно обосновать и усовершенствовать систему организации оказания детям адресной медицинской, социальной, психолого-

педагогической помощи [328, 352, 376]. Это в конечном счете позволит научно сформировать целый комплекс мероприятий, направленных на оптимизацию социальных и экономических программ на государственном уровне [375, 392].

Лейтмотивом разработки и внедрения показателя КЖ в детское здравоохранения, по мнению многих исследователей, должно стать повышение качества оказания медицинской услуг детям.

Таким образом, в отечественной педиатрии проблема исследования качества жизни детского населения остаётся малоизученной. До настоящего времени остается открытым вопрос изучения КЖ у детей раннего и дошкольного возрастов в Республике Таджикистан. Каких-либо специальных научных исследований по оценке воздействия медико-биологических и социально-гигиенических факторов на КЖ детей также не обнаружено.

Важным моментом является изучение возможностей применения показателей КЖ как критериев комплексной оценки состояния здоровья детей, а также как инструмента оценки эффективности применяемых технологий. Их можно использовать для разработки и принятия долгосрочных государственных программ, направленных на улучшение и создание новых условий формирования здоровья будущего поколения.

Учитывая отсутствие в отечественной литературе научных работ по комплексному изучению состояния здоровья детей раннего и дошкольного возрастов, с учётом их физического здоровья и показателей качества жизни, было предпринято данное исследование.

Настоящая работа является завершающим, обобщающим комплексным медико-социальным исследованием по проблеме биологической и социальной адаптации детей, состояния здоровья и качества их жизни, а также изучению проблем амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению г. Душанбе.

Работа выполнена в Научно-клиническом центре педиатрии и детской хирургии РТ и в лаборатории социальной педиатрии и качества жизни отдела

информационно-аналитической работы ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» МЗ РФ г. Москва.

В основу исследования был положен многоэтапный принцип сбора информации, его статистической обработки и, в конечном итоге, анализа полученных результатов, охватывающий 2011 – 2021 гг.

Объектами исследования явились: городские центры здоровья г. Душанбе (№ 1-14); детские сады № 80, 133, 143, 147; частные медико-консультативные центры «Зангула», «Медиан».

В группы исследования были включены: детское население г. Душанбе – диспансеризацией было охвачено 272506 детей от 0 до 18 лет; для разработки региональных стандартов физического развития детей от 0 до 6 лет были исследованы 7319 детей, из них 3908 – мальчиков и 3411 – девочек; проведено комплексное изучение состояния здоровья 724 детей раннего и дошкольного возраста; оценка физического развития была произведена у 1566 детей, из них 836 – раннего и 730 детей дошкольного возраста; исследование качества жизни было проведено у 603 детей; для исследования удовлетворённости качеством оказываемой медицинской помощи законных представителей детей заполнены 88 анкет, медицинского персонала – 72 анкеты, экспертная оценка качества работы медицинского персонала – 106 карт; тестирование уровня знаний врачей общей практики – 325 анкет.

Основываясь на задачах исследования, последующая работа была разделена на несколько взаимосвязанных этапов.

На **начальном этапе** исследования была проведена аналитическая работа над отечественной и зарубежной литературой касательно проблем и различных аспектов охраны здоровья детей, факторов риска, включая анализ структур заболеваемости, физического развития и КЖ. В процессе ознакомления и анализа литературных источников, основанных на опыте работы многих исследователей, специально подвергался изучению вопрос организации амбулаторно-поликлинической помощи детям раннего и дошкольного возрастов



на современном этапе. Всего этим процессом было охвачено более 435 литературных источников.

На основе анализа литературных источников по проблеме комплексной оценки состояния здоровья детей раннего и дошкольного возрастов, была определена актуальность проводимого исследования, изучены методологические подходы к оценке качества жизни и физического развития данной когорты детей и далее, руководствуясь полученной информацией, был проведен отбор детей для исследования.

**Второй этап** был посвящён статистическому исследованию динамики основных показателей здоровья детского населения в период реформирования сектора здравоохранения Республики Таджикистан (2011-2021 гг.).

Установлено, что общий коэффициент рождаемости за исследуемый период имел тенденцию к уменьшению, как по г. Душанбе – с 23,8 ‰ (2011 г.) до 16,1 ‰ (2021 г.) на 7,7 ‰, так и по всей республике – с 28,7 ‰ (2011 г.) до 22,1 ‰ (2021 г.) на 6,6 ‰.

Отмечалось увеличение количества численности детей от 0 до 6 лет на 59699 человек, большая часть которых приходилась на детей в возрасте от 0 до 1 года.

Проведенный анализ показал снижение фетоинфантильных потерь в более чем два раза (с 34,3‰ в 2011 г. до 16,5‰ в 2021 г.), преимущественно за счёт снижения числа мертворожденных (на 11,9‰), на фоне снижения МС (на 5,9‰).

Установленное уменьшение уровня младенческой смертности в 1,7 раза (с 14,9‰ в 2011 г. до 9‰ в 2021 г.) отмечалось за счёт снижения неонатальной смертности (с 30,5‰ в 2011 г. до 7,2‰ в 2021 г.).

В структуре причин младенческой смертности лидирующее место занимали инфекционные болезни, врожденные аномалии и пороки развития, болезни органов дыхания.

Выявленные темпы понижения показателя МС в течение анализируемого периода были связаны, в основном, с болезнями органов дыхания (в 5,8 раз),

состояниями, связанными с перинатальным периодом (в 5,5 раз), инфекциями (в 3,4 раз), ВПР (в 1,3 раз).

Установлено, что уровень детской смертности снизился в 1,6 раза (с 16,7 в 2011 году до 10,4 на 1000 ж/р в 2021 году).

Лидирующее место в структуре заболеваемости детей раннего возраста занимала патология бронхолегочной системы, далее следовали инфекционные заболевания и отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде.

Необходимо отметить, что вплоть до 2010 года отмечалось ежегодное снижение охвата детей профилактическими осмотрами в декретированные сроки. Очевидно, что не было соответствующей динамической оценки состояния здоровья детского населения и, естественно, это влияло на работу профилактического характера, на эффективность реабилитационных мероприятий и, как следствие, на оздоровлении детей в будущем.

В связи с чем, по инициативе Научно-клинического центра педиатрии и детской хирургии, в котором проводилось настоящее исследование, Министерством здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан было принято решение о проведении диспансеризации детей в возрасте от 0 до 18 лет в г. Душанбе (приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан от 11.08.2012 г. № 397 «О пилотном проведении диспансеризации детей в возрасте от 0 до 18 лет в г. Душанбе»).

Диспансеризацией было охвачено 272506 детей г. Душанбе.

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

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

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

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

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

Согласно результатам научных исследований ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН, общее число здоровых детей колеблется в пределах 2-15%, сохраняется тенденция достоверного роста хронических заболеваний при продолжающемся снижении числа детей с I и II группами здоровья. По данным ряда авторов, в различных регионах России количество детей с I группой здоровья колеблется от 8% до 36%, а со II – от 46% до 57%. Неуклонно растёт число подростков с III группой здоровья среди подростков [20, 21, 255].

Установлена структура болезней детей от 0 до 18 лет, лидирующее место в которой занимала патология органов дыхания (48,8%).

Доля впервые выявленной и взятой на учёт патологии составила 22% от всей группы больных, поставленных на диспансерный учет с данным заболеванием.

Наиболее высокий уровень впервые выявленной патологии отмечен по следующим классам болезней: болезни крови и кроветворных органов - 32%, болезни эндокринной системы - 31%, в основном за счет болезней щитовидной железы (34%) и ожирения (25%), болезни костно-мышечной системы - 26,5%, болезни органов пищеварения - 24,7%, болезни системы кровообращения - 24%.

В лечебно-оздоровительных мероприятиях в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения нуждалось 51,8% детей, лечебно-коррекционные мероприятия в условиях стационара были необходимы 10,74% детям, в лечебно-коррекционных мероприятиях в санаторно-курортных условиях нуждалось 15,9% детей.

**Третий этап** исследования был посвящён более углубленному изучению состояния здоровья, медико-социальной характеристики и КЖ детей раннего и дошкольного возрастов.

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

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

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

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

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

В рекомендуемые сроки (6 мес.) первый прикорм был введен детям в 57,4% случаев, до 6 месяцев – в 24,3%, после семи месяцев – в 18,3%. Разнообразие вводимого прикорма соответствовало рекомендуемому всего лишь в четверти случаев (24,3%).

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

Установлена прямая взаимосвязь показателей физического развития (по массе –  $r=0,38$ ,  $p<0,05$ , по росту –  $r=0,34$ ,  $p<0,05$ ) от типа и характера вскармливания как в раннем, так и в дошкольном периодах детства.

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

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

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

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

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

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

Всего в 78,9% случаев нервно-психическое развитие детей раннего возраста соответствовало возрасту. К группе безусловного риска относились 15,8% детей, задержка психомоторного развития наблюдалась в 5,3% случаях. Из числа обследованных всего у 87,6% детей дошкольного возраста нервно-психическое развитие соответствовало первой группе развития, тогда как 12,4% детей отставали на один-два эпикризных срока.

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

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

Часто и длительно болеющие дети в раннем возрасте выявлены в каждом третьем, а в дошкольном периоде – почти в половине случаев. Степень резистентности организма к острым респираторным заболеваниям зависела от возраста ребенка – чем старше становился ребенок, чем более чаще подвержен

острым респираторным заболеваниями в связи с ранней социализацией детей, в частности, ранним определением детей в детские дошкольные учреждения.

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

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

Установлено, что самой многочисленной являлась II группа здоровья (66,1%) – группа риска, т.е. больше половины детей при неблагоприятных медико-социальных условиях могли реализовать любую патологию или способствовать формированию хронических заболеваний.

III группа здоровья встречалась у 11,3% детей, которые имели хронические заболевания в стадии ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями. Тогда как IV группа встречалась в 3,2% случаях, когда хронические заболевания были уже в стадии субкомпенсации.

Хотелось бы отметить, что полученные нами результаты совпадают и с другими исследованиями, посвященными результатам профилактических осмотров детей раннего возраста, которые продемонстрировали, что на первом году жизни у 47,9% детей имела место I группа здоровья, около половины (49,8%) – II группа, а III группу здоровья – 2,3%. К 3 годам у 37,1% имелась I группа, 56,6% - II и только у 6,3% - III группа здоровья [36, 62, 125, 151, 166, 200, 298, 314].

**Четвёртым** этапом научной работы было изучение качества жизни обследованных детей. Исследование качества жизни было проведено с помощью международного опросника QUALIN у 141 ребёнка первого года жизни и 108 детей с года до 2 лет. В процессе исследования у 354 детей дошкольного возраста оценка КЖ оценивались применением адаптированной русской версии международного опросника по изучению качества жизни в педиатрии Pediatric Quality of Life Inventory - PedsQL™ 4.0 [426].

В результате проведенного исследования было установлено, что наиболее высокие значения из всех компонентов КЖ детей до года и 1-2 лет имели «Поведение и общение» и «Семейное окружение», тогда как аспекты «Способность оставаться одному» и «Нервно-психическое развитие и физическое здоровье» отличались более низким уровнем. Полученные результаты низкого значения шкалы «способность оставаться одному» перекликаются с результатами некоторых исследователей [37, 177, 234]. Полученные результаты можно интерпретировать возрастными особенностями детей данной категории.

Уровень физического и нервно-психического развития оказывал существенное влияние на КЖ детей раннего возраста.

Установлено, что снижению КЖ ребенка способствуют показатели его физического развития, соответствующие ниже средним и низким величинам, ( $p < 0,05$ ).

На показатели КЖ негативное влияние оказывает степень выраженности НПП, по сравнению с детьми, у которых нормальный уровень НПП по всем его аспектам ( $p < 0,05$ ).

Проведенная оценка воздействия состояния здоровья детей раннего возраста на качество их жизни показала, что для здоровых детей было характерным то, что все показатели КЖ достоверно выше, по сравнению с детьми, у которых имелись отклонения в состоянии здоровья ( $p < 0,001$ ). По результатам опроса педиатров, степень снижения КЖ у детей с отклонениями в состоянии здоровья была более выраженной, чем по ответам родителей, что согласовывалось с некоторыми литературными данными [14, 37, 62].

Установленная взаимосвязь подтверждает преимущественное влияние на КЖ детей раннего возраста таких социальных факторов, как образование матери, количество детей, психологический климат в семье и питание.

Исследование КЖ детей в более старшем возрасте выявило некоторые особенности. Так, по мнению родителей, в результате анкетирования было



установлено, что в возрасте 3-4 лет достоверно выше оценивалось ролевое функционирование, а в 5-7 лет – эмоциональное ( $p < 0,01$ ).

Различия по половому признаку у детей дошкольного возраста имели свои особенности: значимые различия были установлены при оценке эмоционального функционирования детей 3-4 лет, где средний балл был выше у мальчиков ( $p < 0,05$ ).

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

Родители детей дошкольного возраста склонны оценивать КЖ своих детей несколько ниже, нежели сами дети. Полученные результаты подтверждают мнение о недостаточной осведомленности родителей об особенностях функционирования детей в детских дошкольных коллективах [14, 17, 112].

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

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

Полученные результаты перекликаются с данными исследования некоторых авторов, где также не было выявлено статистических различий в показателях КЖ дошкольников 5-7 лет с разными группами здоровья [51, 176].

Однако наши исследования, напротив, подтверждают значимое влияние группы здоровья на качество жизни детей младшего дошкольного возраста (3-4 лет).

Установлено, что на КЖ детей первого года жизни наибольшее влияние оказывают медико-биологические факторы риска.

В более старшем возрасте (у детей 1-2 лет) к медико-биологическим факторами присоединяются социальные факторы риска (психологический климат в семье, образование матери, служебное положение, количество детей в семье, наличие вредных привычек).

Однако уже к дошкольному периоду на КЖ этих детей влияют различные социально-психологические (состав семьи, взаимоотношения в семье, образование родителей, наличие вредных привычек у одного из родителей) и материально-экономические (жилищные условия, низкий уровень дохода в семье) факторы.

Вышеизложенные данные о значимом влиянии различных медико-биологических и социально-психологических факторов на КЖ детей раннего и дошкольного возрастов соответствуют данным многих исследователей [37, 42, 61, 166].

**Пятый этап** исследований был посвящён изучению ФР детей от 0 до 6 лет г. Душанбе.

Беря во внимание отсутствие в течение более чем за 15 лет в отечественной литературе сведений по показателям физического развития детей от 0 до 6 лет, была поставлена задача по разработке региональных нормативов ФР детей данного возраста.

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

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

Контингент детей формировался методом случайной выборки по данным обращаемости и целевого медицинского осмотра. В общем была произведена оценка физического развития 1566 детей, в том числе 836 детей раннего возраста

(460 – мальчиков и 376 – девочек) и 730 детей дошкольного возраста (410 – мальчиков и 320 – девочек).

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

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

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

Полученные нами данные совпадают с общими закономерностями, свойственными для детей данной возрастной группы, характеризующиеся первым периодом «вытягивания» (4 – 7 лет). Полученные нами результаты также соответствуют данным независимых исследований, где отмечается, что в дошкольном возрасте половые различия незначительны либо не проявляются вовсе [116, 220]. Полученные результаты у детей дошкольников относились к периоду первого детства, когда для них свойственно то, что размеры тела увеличиваются относительно равномерно. Обычно данный период считается «нейтральным», так как мальчики и девочки практически не отличаются по размерам и форме тела [290].

Результаты корреляционного анализа позволили установить значимые связи между основными показателями ФР на протяжении всего периода исследования, а также между показателями физического развития детей и характером вскармливания.

Оценка уровня ФР детей показала качественное и количественное изменение физического развития. Определено, что более половины детей раннего возраста имели нормальные показатели ФР и отклонения от данных величин отмечались в сторону увеличения.

К дошкольному возрасту данная тенденция имела противоположенную картину, т.е. отклонения были преимущественно в сторону уменьшения показателей физического развития. Так, в 1,5 раза увеличилось количество детей с ниже средним и в 6 раз – количество детей, имеющих низкое физическое развитие.

Эти отклонения были более выражены при оценке ФР детей по местным региональным нормативам. Соответственно, есть все основания полагать, что для более точной оценки физического развития детей региональные нормативы более чувствительны к выявлению отклонений в физическом развитии, в сравнении с международными.

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

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

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

Установлена корреляционная прямая зависимость массы ( $r = 0,31$ ;  $p < 0,05$ ) и длины тела ( $r = 0,39$ ;  $p < 0,05$ ) ребенка от возраста матери, т.е. у женщин, родивших детей в более старшем возрасте (более 40 лет), имеется вероятность развития избытка массы тела ребенка в дошкольном возрасте.

А у детей, имеющих дефицит массы тела в дошкольном возрасте, отмечается средняя прямая корреляция между массой тела ребенка и длиной тела

матери ( $r = 0,45$ ;  $p < 0,05$ ), а также слабая прямая корреляция между массой тела ребенка и массой тела матери ( $r = 0,25$ ;  $p < 0,05$ ).

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

Результаты двух этапов лонгитудинальных исследований позволили установить, что для современных детей характерно превалирование высокой массы тела при отсутствии пропорциональных изменений длины тела и окружности грудной клетки, что в свою очередь указывает на дисбаланс в процессах роста и физического развития современных детей, т.е. отмечается тенденция к низкорослости.

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

На **шестом этапе** исследования был изучен показатель удовлетворённости законных представителей детей качеством оказываемой педиатрической помощи в городских центрах здоровья, а также показатель удовлетворённости самого медицинского персонала своей работой и экспертная оценка качества работы медицинских работников этих центров.

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

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

В процессе опроса медицинских работников также была использована разработанная «Анонимная анкета медицинского персонала», которая включала

вопросы, отражающие уровень квалификации работника, материальную обеспеченность, оценку качества медицинской помощи, оказываемой учреждением, микроклимат в коллективе и др.

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

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

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

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

Причинами неудовлетворенности являлись: низкий уровень технического оснащения центров здоровья (23,2%), долгое ожидание приёма врача (20,5%), затруднение в получении консультаций врачей узкого профиля из-за отсутствия таковых в центре – иммунологи, аллергологи, психологи, нефрологи, гастроэнтерологи (32,5%), неудовлетворительное санитарное состояние кабинетов (16%).

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

уровень оснащения их центра здоровья (10,6%), недоверие к семейному врачу (10,6%).

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

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

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

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

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

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

- 56,8% респондентов считают, что если здоровьем их ребенка будет заниматься только педиатр, качество помощи будет в разы эффективнее;
- совершенствование профессиональных знаний и умений сотрудников (54,5%);
- улучшение материально-технического оснащения центра (36,4%);
- современное оснащение рабочего места врача в соответствие с его квалификацией (31,8%);
- увеличение заработной платы участковым врачам (23,8%).

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

Полученные нами результаты исследований совпадают с мнением многих авторов, в работах которых причинами неудовлетворённости качеством оказываемой медицинской помощи являлись длительное ожидание приёма специалиста, наименее доступные диагностические услуги, а также вынужденное обращение к услугам платной медицины из-за отсутствия нужных специалистов [236, 268].

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

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

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

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

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



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

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

Основными причины неудовлетворённости были: низкая оплата труда (75%), «высокая психологическая нагрузка» среди врачей – 65,6%, а среди медицинских сестёр – «высокая физическая нагрузка» (43,4%), плохие жилищные условия и невозможность приобретения нового жилья (27,8%), отсутствие возможности хорошего летнего отдыха (13,8%), повышенная требовательность и нервозность пациентов (11,3%).

По мнению самих медицинских работников, негативными факторами организационного характера, влияющими на качество их работы, являются:

- чрезмерное заполнение медицинской документации (72,2%);
- недостаточный объем лабораторно-инструментальных исследований, имеющихся в их медицинском учреждении (52,8%);
- недостаточная оснащённость рабочего места и отсутствие персонального компьютера (33,4%);
- не устраивают санитарные условия врачей общей практики в 24,3% случаях и 17,2% - врачей «узкой специальности»;
- недостаточное участие в научных конференциях и семинарах (16,7%);
- недостаточный уровень знаний (13,9%);
- поспешность в процессе деятельности из-за большой нагрузки (11,2%);
- давление со стороны проверяющих органов (8,3%);

Постоянное совершенствование профессионального уровня знаний, участие в конференциях и конгрессах различного уровня (83,3%), оснащение рабочего места в соответствии с квалификацией специалиста (врачи-специалисты – 40%, семейные врачи – 20,7%,  $p < 0,001$ ) и дифференцированная

оплата труда (37,1%), по мнению самих респондентов, будут способствовать улучшению качества первичной медико-санитарной помощи детскому населению.

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

Профилактические осмотры соответствовали положенным срокам в 39,6% случаях. Каждая четвертая карта, подвергнутая экспертизе (26,5%), была оформлена недостаточно и в 7,5% случаях описание отсутствовало. В 34% случаев отсутствовали сведения о полноте объема обязательных лабораторных и инструментальных исследований. Консультации специалистами были проведены не в полном объеме в более чем в четверти случаях (28,3%), а в 11,3% случаях выявлено отсутствие записей осмотров специалистами. В половине случаев (50,9%) не была проведена оценка НПР и в 64,2% - оценка физического развития ребенка.

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

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

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

Первичный патронаж новорожденных осуществлялся своевременно только лишь в 64,2% случаях.

В 39,6% случаях описание статуса осмотров детей было шаблонным, недостаточным, диагнозы выставлены в несоответствии с классификацией МКБ. Объем диагностических мероприятий, соответствующий плану обследования, был проведен лишь в каждом четвертом случае (24,7%). В 45,3% случаев имелись замечания по реализации запланированного объема обследований и лечения.

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

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

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

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

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

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

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

Экспертиза диспансерной работы участковых врачей выявила, что практически в 86,8% случаев карты были не заполнены или частично заполнены, записи были нечеткие, неполные, скудные, а в 13,2% записи отсутствовали. Практически к каждой имеющейся карте были замечания – неполный план обследования ребенка в динамике (27,3%), несвоевременная консультация специалиста (10,8%), интерпретация заключений лабораторно-инструментальных исследований нечеткая и неполная (34,3%), отсутствие динамического наблюдения (18,4%), этапных эпикризов (23,4%). Имелись замечания по обоснованности и несвоевременности госпитализации детей с хронической патологией (24,6%), что указывает на недостаточную работу с этими детьми. Терапия соответствовала выставленному диагнозу в более половине случаев (63,7%). Лекарственные средства были назначены в соответствии с диагнозом. Однако эффект от назначенной терапии отражался только в каждой третьей карточке (31,7%).

Недочеты при диспансерном наблюдении в основном касались лабораторно-инструментальных исследований, где выявлена неполная интерпретация и скудная информация о дефектах в плане ведения больного.

Таким образом, экспертная оценка деятельности врачей общей практики выявила определенные нарушения во всех направлениях:

- небрежное и нечёткое оформление медицинской документации;
- несоответствие срокам проведения профилактических осмотров;
- несвоевременное проведение обязательных лабораторных и инструментальных исследований;
- неправильная оценка НПР и физического развития детей;
- отсутствие в картах оценки состояния здоровья детей по группам здоровья.

Полученные нами результаты экспертизы амбулаторных карт показали схожесть с другими исследователями, где также в деятельности медицинских работников ПМСП указаны, прежде всего, небрежное ведение медицинской

документации, лишь частичное выполнение протоколов лечения, неполная интерпретация лабораторных анализов, недостаточное проведение диагностических и профилактических мероприятий, отсутствие консультаций узких специалистов, недостаточность комплексной оценки состояния здоровья ребенка [236, 268, 311].

Учитывая вышеизложенные проблемы и недочеты в деятельности врачей общей практики, было принято решение о тестировании знаний медицинских работников в вопросах анатомо-физиологических особенностей детей, течения и терапии различных морфофункциональных отклонений, профилактики и реабилитации различных заболеваний, о пищевом программировании ребенка в раннем возрасте, о закаливании и предупреждении развития хронизации каких-либо патологических процессов в организме ребёнка.

По специально разработанным анкетам тестирование было проведено у 325 семейных врачей в 14 городских центров здоровья г. Душанбе.

Тесты охватывали все направления деятельности первичной медико-санитарной службы, т.е. лечебное, диагностическое, профилактическое и реабилитационное. Традиционно оценки выставлялись по пятибалльной системе.

Результаты тестирования показали, что чуть больше половины врачей общей практики обладали хорошими знаниями в области педиатрии – 57%. Каждый четвертый медицинский работник имел удовлетворительную оценку – 27%. Неудовлетворительные оценки по результатам тестирования отмечались у 16% врачей.

Анализ ответов врачей общей практики показал, что наиболее сложными оказались вопросы, касающиеся дифференциальной диагностики и терапии различных заболеваний, диспансеризации и реабилитации детей с хронической патологией, а также заслуживали внимания вопросы пищевого программирования детей.

Таким образом, по результатам проведенного тестирования уровня знаний врачей общей практики в области педиатрии становится очевидным, что для

более эффективной работы службы ПМСП необходимость регулярного повышения уровня квалификации медицинских работников, участие их в семинарах, круглых столах, конференциях и конгрессах различного уровня становится необходимой реальностью.

На **седьмом этапе** исследования задачей нашей работы было изучение возможностей применения инструмента КЖ, как критерия оценки эффективности профилактических и лечебных мероприятий, на примере часто и длительно болеющих детей раннего и дошкольного возрастов.

Установлено, что часто и длительно болеющие дети в раннем возрасте были выявлены в каждом третьем случае - 31,6%, а в дошкольном периоде – 43,8% случаев. Очевидно, что данная когорта детей нуждалась в профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятиях. Программа реабилитации включала в себя организацию режима дня с обязательным полноценным и достаточным по длительности сном, прогулками, исключением переутомления, полноценным и рациональным питанием [39, 52, 107, 239].

Комплекс лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий включал в себя применение курсового приёма препарата виферон, различных витаминно-микроэлементных комплексов, которые часто используются врачами общей практики, а также были рекомендованы ЛФК, массаж, плавание, физиотерапевтические процедуры, галотерапия [40, 109, 142, 145, 159, 239, 276, 318].

Результаты исследования показали, что важнейшим терапевтическим эффектом при применении данного препарата в пределах первых 2-х суток болезни было достоверное снижение лихорадочного периода в 2 раза, по сравнению с детьми сравняваемой группы, лихорадочный период которых продолжался до 5-го дня лечения ( $p < 0,001$ ). Также отмечалось сокращение симптомов интоксикации уже в первые двое суток от начала заболевания (76,4%), восстановление носового дыхания (93,6%), уменьшение кашля

(62,6%) у исследуемых детей, что свидетельствовало о положительном эффекте раннего применения препарата «Виферон» в комплексном лечении.

Для подтверждения терапевтической эффективности комплексной реабилитации ЧБД была исследована динамика изменений лабораторных показателей. Так, у часто болеющих детей был выявлен дефект Т-клеточного звена иммунитета, который заключался в снижении количества CD3+, CD 4+, CD18+ клеток Т-лимфоцитов, нарушении иммунорегуляторного индекса, возрастании количества CD8+ Т-лимфоцитов, нарушении митогенного ответа на антигена. После применения комплексного курса лечения у исследуемых детей со стороны Т-клеточного иммунитета отмечалось восстановление количества CD-клеток Т-лимфоцитов и иммунорегуляторного индекса.

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

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

Установлена отчетливая тенденция к повышению многих параметров КЖ часто болеющих детей. По мнению педиатров, отмечалось значимое повышение таких аспектов, как «поведение и общение» ( $p<0,01$ ), «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» ( $p<0,05$ ). Остальные аспекты тоже имели положительную динамику, однако значимых различий выявлено не было. По мнению родителей, значимое повышение аспектов «поведение и общение»,

«способность оставаться одному», а также достоверно значимое увеличение было отмечено по общему баллу ( $p < 0,01$ ).

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

Результаты проведенных исследований убедительно свидетельствуют о том, что рекомендуемые в практическое здравоохранение лечебно-оздоровительные мероприятия, носящие профилактический характер, положительно сказались на нервно-психическом развитии и физической активности, а также социальной адаптации обследованных детей.

Таким образом, результаты данного исследования перекликаются с мнением большинства исследователей о целесообразности использования показателей КЖ, как достаточно приемлемых критериев оценки эффективности применения оздоровительных и реабилитационных программ, направленных на улучшение и сохранение здоровья детского населения [106, 234, 236, 301].

**Завершающим этапом** исследования явилась разработка основных направлений по оптимизации первичной медико-санитарной помощи детям раннего и дошкольного возрастов.

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

Предложенный нами алгоритмы для достижения поставленных задачи заключаются:



➤ **в профилактике нарушений состояния здоровья детей раннего и дошкольного возраста:**

- подготовка женщин к предстоящей беременности (обследование на маркеры инфекций, санация хронических очагов инфекции и др.);
- приоритет первичной профилактики;
- совершенствование вторичной профилактики;
- своевременная вакцинация;
- развитие стратегии в области грудного вскармливания и инициативы «Больницы доброжелательного отношения к ребёнку», провозглашенной ВОЗ и ЮНИСЕФ в 1991 году;
- развитие стратегии ВОЗ/ЮНИСЕФ «Интегрированное ведение болезней детского возраста» с учетом современных условий;
- развитие медико-генетического консультирования с целью раннего выявления врожденных пороков и создание регистров семей высокого риска по генетической патологии;
- пропаганда ЗОЖ;
- медико-социальное сопровождение ребёнка – в данном контексте усилить цепочку взаимодействия двух важных аспектов жизни ребенка – медицину и образование с целью создания отделений медико-социальной помощи детям на уровне первичного звена здравоохранения, с обязательным участием психологов, логопедов, дефектологов, педагогов.

➤ **в применении комплекса эффективных лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий:**

- рекомендовать проведение диспансеризации в декретированные сроки, с привлечением узких специалистов;
- проведение профилактических осмотров с обязательным применением всех критериев комплексной оценки состояния здоровья детей для своевременного проведения коррекционных и лечебно-оздоровительных мероприятий;
- внедрение стационарозамещающих технологий (дневные стационары);

- развитие санаториев местного уровня для детей;
- **в использовании показателей качества жизни при комплексной оценке состояния здоровья детей и как критериев оценки эффективности применения медицинских технологий.**

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

Индивидуальный уровень подразумевает:

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

На уровне организации здравоохранения:

- рекомендуется разработка программы по сохранению и укреплению здоровья детей, основываясь на показателях качества жизни;
- использование показателей КЖ с целью выявления потребности в системных лечебно-оздоровительных и медико-профилактических мероприятиях;
- на основании показателей КЖ определение отдельных групп обследуемых детей, которые имеют идентичные социальные проблемы, для организации медико-социальных служб, оказывающих комплексную медицинскую, психологическую, социальную помощь для сохранения здоровья детей;

- усиление мер по совершенствованию системы психолого-педагогической и медико-социальной помощи для улучшения состояния здоровья и качества жизни детей раннего и дошкольного возрастов.

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

Общими резервами повышения качества медицинской помощи на уровне первичного звена здравоохранения являются:

- обеспечение выполнения разработанных протоколов при оказании первичной медико-санитарной помощи детям;
- проведение полной комплексной оценки состояния здоровья детей с рождения;
- соблюдение декретированных сроков профилактических осмотров для проведения своевременной коррекционной и лечебно-оздоровительной работы с детьми, имеющих отклонения в состоянии здоровья;
- обеспечение организации и проведения диспансерного наблюдения за хронически больными детьми;
- повышение охвата детей профилактическими медицинскими осмотрами путём активизации профилактической и оздоровительной работы в детских дошкольных образовательных учреждениях;
- улучшение методов профилактики ВПР путём внедрения программ пренатального и неонатального скрининга, развития медико-генетической службы;
- создание условий для своевременного повышения квалификации врачей общей практики по вопросам физиологии и патологии ребёнка, а также обеспечение укомплектованности штатов городских центров здоровья с учётом потребности детского населения, особенно врачами-специалистами;
- внедрение современных технологий по правильному и качественному оформлению медицинской документации;

- экспертиза и мониторинг деятельности медицинских учреждений для получения необходимой информации для внесения своевременных корректив в деятельность городских центров здоровья;
- проведение в медицинском учреждении внутреннего аудита с целью выявления негативных факторов, которые можно использовать в качестве алгоритма к действию, т.е. разработать пути решения проблемы повышения качества медицинских услуг с последующей их корректировкой и, как следствие, повысить удовлетворенность пациентов медицинской помощью;
- возобновление работы кабинета здорового ребёнка (КЗР).

➤ **в разработке и применении информационных технологий.**

Разработка и последующее внедрение ресурсосберегающих медицинских технологий позволит обеспечить процесс управления в системе здравоохранения, включающей сбор и анализ информации для принятия обоснованных управленческих решений.

Первоначально это касается оптимизации ведения медицинской документации, создания базы данных пациентов, обеспечение доступа к информационным ресурсам (справочных, нормативно-правовых и методических документов, протоколов лечения) и др.

Внедрение такого рода информационно-аналитических программ способствовало бы оптимизации качества оказания медицинской помощи детскому населению.

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

➤ **в совершенствовании системы подготовки и переподготовки медицинских кадров:**

- повышение квалификации врачей общей практики и врачей-специалистов по вопросам физиологии и патологии детей;

- подготовка высококвалифицированных медицинских кадров в сфере педиатрии;
- проведение на постоянной основе различных тренингов, семинаров, конференций, круглых столов с участием врачей общей практики, узких специалистов, среднего медицинского персонала по вопросам улучшения первичной медико-санитарной помощи детскому населению.

Таким образом, на современном этапе при разработке основных направлений совершенствования детской службы на уровне ПМСП необходимо использовать достижения науки и практики, которые можно внедрять в повседневную практику деятельности данного звена здравоохранения.

Прежде всего, это такие усовершенствованные разработки с применением современных технологий для комплексных профилактических и реабилитационных мероприятий, с обязательной технической и информационной поддержкой и сопровождением, с применением показателя КЖ, как критерия оценки эффективности применения медицинских технологий, подготовки высококвалифицированных кадров по обслуживанию детского населения в Республике Таджикистан.

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

## ВЫВОДЫ

1. Прошедшие десятилетия ознаменовались стабильной положительной динамикой снижения младенческой (в 1,7 раза) и детской (1,6 раза) смертности, значимой тенденцией к смене структуры патологии. Указанная смена отразилась в преобладании в 2011 году частоты инфекционных, паразитарных и кишечных инфекций (3197,4/1481,4 на 100000 детей), тогда как к концу 2021 года определено доминирование патологии органов дыхания (2275,3 на 100000 детей), далее следуют инфекционные и паразитарные заболевания (2116,7/899,3 на 100000 детей), отдельные состояния, характерные перинатальному периоду (759,4 на 100000 детей) [1-А, 11-А, 16-А].
2. Определен критический возрастной период формирования различных отклонений здоровья и заболеваемости детей. На первом году жизни 42,61% детям свойственна I группа здоровья, II группа здоровья – 51,32% и 6,07% детей – III-V группы здоровья; к трем годам жизни количество детей в I группе здоровья уменьшается почти в 1,5 раза (29,24%), в то же время увеличивается число детей, имеющих морфофункциональные отклонения (65,18%), и всего у 5,58% - III-V группы здоровья. Количество здоровых детей к подростковому возрасту неуклонно снижается на 12,3%, при этом в 2,5 раза увеличивается количество детей с хронической патологией [1-А, 4-А, 11-А, 25-А, 45-А].
3. Для каждого возрастного периода установлена специфическая структура заболеваемости: среди детей раннего возраста преобладали патология органов дыхания (36,3%), болезни органов пищеварения (29,4%), болезни крови и кроветворных органов (представленные, в основном, анемией - 23,8%), отдельные состояния перинатального периода (12,7%); среди детей дошкольного возраста преобладали заболевания органов пищеварения (47,8%), далее патология органов дыхания (38%), костно-мышечной системы (29,7%), патология глаза (25,4%) и эндокринной системы (25,4%), заболевания мочеполовой системы (24%) [3-А, 6-А, 7-А, 11-А, 25-А, 45-А].
4. Определено, что на КЖ детей раннего возраста негативное влияние оказывали медико-биологические факторы риска (сочетанная соматическая

патология, осложнения беременности, состояние здоровья самого ребенка, уровень его физического и нервно-психического развития). С возрастом происходит смена факторов риска на социально-психологические (психологический климат в семье, образование матери, служебное положение родителей, состав семьи и количество детей в семье, наличие вредных привычек у родителей) и материально-экономические факторы риска (неблагоприятные жилищные условия, низкий уровень дохода в семье) [2-А, 4-А, 12-А, 23-А, 40-А, 46-А].

5. Установлено, что при оценке КЖ детей до года и 1-2 лет наиболее высокие значения из всех аспектов имели «Поведение и общение» и «Семейное окружение», тогда как более низким уровнем отличались аспекты «Способность оставаться одному» и «Нервно-психическое развитие и физическое здоровье». Оценка КЖ детей в более старшем возрасте выявила некоторые особенности. Установлено, что в возрасте 3-4 лет достоверно выше оценивалось ролевое функционирование, а в 5-7 лет – эмоциональное, т.е. показатели, в большей степени отражающие социальную среду [4-А, 12-А, 13-А, 33-А, 46-А, 47-А, 48-А, 49-А].

6. Установлена возможность включения исследования качества жизни, как метода оценки степени изменения различных морфофункциональных отклонений обследованных детей в качестве дополнительного критерия в комплексной оценке состояния их здоровья. Обосновано использование методики оценки КЖ на модели часто и длительно болеющих детей как критерия эффективности применения лечебно-оздоровительных методик на уровне первичного звена здравоохранения [4-А, 12-А, 15-А, 20-А, 24-А, 32-А, 38-А].

7. Региональные стандарты физического развития детей позволили выявить особенности их развития в раннем и дошкольном возрастах. В раннем возрасте количество детей с параметрами физического развития «выше среднего» и «высокое» отмечалось значительно больше, к шести годам в 1,5 раза увеличилось количество детей с «ниже средним» и в 6 раз, имеющих «низкое» физическое развитие. По итогам двух этапов лонгитудинальных исследований

(2001 и 2018 гг.) определена достоверная тенденция развития низкорослости, более свойственная мальчикам [5-А, 9-А, 10-А, 17-А, 39-А, 41-А, 42-А, 43-А, 44-А].

8. Основные направления оптимизации первичной медико-санитарной помощи детскому населению включают: превентивные меры нарушений состояния здоровья детей раннего и дошкольного возрастов; повсеместное внедрение комплекса эффективных лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий; использование критериев качества жизни при оценке состояния здоровья детей и для определения эффективности применения медицинских технологий; повышение эффективности оказываемой медицинской помощи детскому населению через совершенствование качества услуг; разработка и применение информационных технологий, систематизация и адресная подготовка и переподготовка медицинских кадров, совершенствование принятых протоколов и стандартов лечения основных заболеваний. Эти комплексные мероприятия и программы способствуют снижению заболеваемости и оздоровлению детского населения Республики Таджикистан [14-А, 16-А, 17-А, 28-А, 35-А, 45-А].



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

1. Разработанные основные этапы проведения профилактических осмотров детского населения рекомендуются для внедрения на уровне первичного звена здравоохранения.
2. С целью улучшения качества деятельности медицинского учреждения рекомендован пакет разработанных анкет, позволяющий получить необходимую информацию по всем основным направлениям деятельности центров здоровья за короткий период для внесения своевременных корректив и тем самым повышения удовлетворенности пациентов медицинской помощью.
3. Для оценки физического развития детей раннего и дошкольного возрастов г. Душанбе целесообразно использовать региональные нормативы антропометрических данных, которые должны обновляться через каждые 5-10 лет.
4. Внедрение комплексной оценки состояния здоровья с применением оценки качества жизни для раннего выявления детей с низкими показателями КЖ позволит обосновано формировать группы медико-социального риска. Это, в свою очередь, даст возможность разработать индивидуальный комплексный план наблюдения и адресно-ориентированные реабилитационные программы с определением приоритетных направлений в программе оздоровления ребёнка: медицинская, социальная реабилитация, психолого-педагогическая коррекция.
5. Для практического здравоохранения рекомендовано использование показателя «качества жизни» для разработки индивидуальных программ по сохранению и укреплению здоровья ребенка и внедрение его как критерия оценки эффективности применения лечебно-оздоровительных мероприятий на уровне первичного звена.
6. Рекомендовано включение в программу циклов усовершенствования и повышения квалификации медицинских работников разделов по изучению качества жизни детей, пропаганде грудного вскармливания, интегрированному

ведению болезней детского возраста, здорового образа жизни, экспертизе качества оказания первичной медико-санитарной помощи детскому населению.

## Список литературы

### Список использованных источников

1. Абдуллаева, Н.Ш. Комплексная оценка состояния здоровья детей раннего и дошкольного возраста [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Здоровоохранение Таджикистана. – 2020. – № 3(346). – С. 5-10.
2. Абольян, Л.В. Практика грудного вскармливания в Республике Башкирия [Текст] / Л.В. Абольян, А.С. Мукминов, Е.И. Бартенева // Материалы XI Всероссийского Конгресса диетологов и нутрициологов. – М., 2009. - С. 4.
3. Аверина, С.В. Гигиеническая оценка факторов образа жизни, формирующих здоровье младших школьников (на примере г. Красноярск) [Текст]: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.01. / Аверина Светлана Валерьевна. – Красноярск, 2015. – 168 с.
4. Агентство по статистике при Президенте РТ, Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ и JCF International [Текст] // Медико-демографическое исследование. – 2012. Младенческая и детская смертность. – Душанбе: Calverton, 2013. – 115 с.
5. Александров, М.В. Оценка удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи пациентами поликлиники [Текст] / М.В. Александров, С.Е. Ушакова, А.А. Щёголева // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - М., 2014. – № 13. – С. 7.
6. Алиева, А.А. Влияние качества жизни матерей, страдающих анемией, на инвалидизацию детей, рожденных с перинатальным поражением ЦНС и задержкой внутриутробного развития [Текст] / А.А. Алиева, Х.М. Алиева // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - № 5. - С. 19.
7. Алиева, Р.Я. Медицинские и социальные аспекты эклампсии в Таджикистане [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук 14.00.01 / Алиева Рано Якубджановна – Душанбе, 2006. – 28 с.
8. Альбицкий, В.Ю. Возможности использования критериев качества жизни для оценки состояния здоровья детей [Текст] / В.Ю. Альбицкий, И.В. Винярская // Российский педиатрический журнал. - 2007. - № 5. - С.54-56.

9. Анисимов, М.В. Медико-социальные аспекты доступности, удовлетворенности населения качеством медицинской помощи и пути повышения их уровня [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук 14.02.03 / Анисимов Михаил Валерьевич. - Воронеж, 2011. - 23 с.
10. Антенатальное формирование здоровья ребенка [Текст] / Н.И. Ахмина. - М.: ТАТМЕДИА, 2013. - 158 с.
11. Анциферов, М.Б. Критерии качества жизни при лечении больных сахарным диабетом [Текст] / М.Б. Анциферов, Е.В. Суркова, А.Ю. Майоров // Качество жизни. - М: Медицина, 2003. - С. 69-71.
12. Ахмедов, А.А. Руководство по управлению учреждениями первичной медико-санитарной помощи [Текст] / А.А. Ахмедов, З.А. Мирзоева // Душанбе, 2003. - 239 с.
13. Ахмедова, Р.М. Ожирение и метаболический синдром в детском возрасте: современный взгляд на проблему [Текст] / Р.М. Ахмедова, Л.В. Сафронова // Вопросы диагностики в педиатрии. - 2012. - Т. 4, № 1. - С.13-19.
14. Байтурина, А.Т. Состояние здоровья и качество жизни детей подросткового возраста в Республике Башкортостан [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09, 14.00.33 / Байтурина Альмира Тахиевна. - Москва, 2008. - 26 с.
15. Балыгин, М.М. Особенности формирования здоровья детей раннего возраста в зависимости от типа семьи [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Балыгин Михаил Михайлович. - Оренбург, 1997. - 25 с.
16. Банникова, Л.П. Роль дошкольных образовательных учреждений в формировании здоровья населения [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.07 / Банникова Людмила Павловна. - Оренбург, 2007. - 47 с.
17. Баранов, А.А. Изучение качества жизни в медицине и педиатрии [Текст] / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, И.В. Винярская // Вопросы современной педиатрии. - 2005. - Т. 4, № 2. - С. 7-12.
18. Баранов, А.А. Особенности физического развития подростков [Текст] / А.А. Баранов, Л. А. Щеплягина // Физиология роста и развития детей и подростков: практическое руководство. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2006. - С. 142-158.

19. Баранов, А.А. Оценка здоровья детей и подростков при профилактических осмотрах [Текст] / Л.М. Кучма, Л.М. Сухарева. - М.: Издательский Дом «Династия», 2004. - 168 с.
20. Баранов, А.А. Профилактическая педиатрия – новые вызовы [Текст] / А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, В.Ю. Альбицкий // Вопросы современной педиатрии. - 2012. - Т. 11, № 2. - С. 7-10
21. Баранов, А.А. Состояние здоровья детей в Российской Федерации [Текст] / А.А. Баранов // Педиатрия. - 2012. - № 3. - С. 9-15.
22. Баранов, А.А. Состояние здоровья современных детей и подростков и роль медико-социальных факторов в его формировании [Текст] / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева // Вестник РАМН. - 2009. - № 5. - С. 6-11.
23. Баранов, А.А. Состояние и задачи совершенствования медико-социальной помощи детскому населению [Текст] / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, Н.В. Устинова // Вопросы современной педиатрии - 2020. - Т. 19, № 3. - С. 184-189.
24. Баранов, А.А. Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы) [Текст] / А.А. Баранова, Л.А. Щеплягиной; под ред. А.А. Баранова - М., 2000. - 584 с.
25. Баранов, А.А. Физическое развитие детей и подростков на рубеже десятилетий [Текст] / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Н.А. Скоблина. - М., 2008. 216 с.
26. Башкиров П.Н. Учение о физическом развитии человека [Текст] / П.Н. Башкиров. – М.: МГУ, 1962. – 340 с.
27. Биянова, И.Г. Физическое развитие детей раннего возраста города Перми [Текст] / И.Г. Биянова, Н.Б. Мерзлова, А.Н. Биянова // Вопросы современной педиатрии. - 2013. - Т. 12, №1. - С. 154-161
28. Боброва, И.Н. Удовлетворенность населения доступностью и качеством медицинской помощи, оказанной детям первого года жизни (на примере Оренбургской области) [Текст] / И.Н. Боброва, Н.Ю. Перепелкина // Медицинский альманах. - 2011. - № 2. - С. 28-30.

- 29.Бокарева, Н.А. Ведущие факторы, формирующие физическое развитие современных детей мегаполиса Москвы [Текст]: дисс. ... д-ра мед. наук: 14.02.01 / Бокарева Наталья Андреевна. - Москва, 2014. - 272 с.
- 30.Бунак, В.В. Антропометрия [Текст] / В.В. Бунак. - М., 1941. - 367 с.
- 31.Бухаров, И.О. Разработка методологии централизованного мониторинга реализации экспериментальных проектов совершенствования организации питания, обучающихся в общеобразовательных учреждениях [Текст] / И.О. Бухаров, А.А. Иванов // ЗНиСО. - 2008. - № 7 (184). - С. 10-12.
- 32.Ваганов, Н.Н. Задачи первичной медико-санитарной помощи детям в свете концепции развития здравоохранения в России [Текст] / Н.Н. Ваганов // Российский педиатрический журнал - 1999. - № 5. - С. 5-9.
- 33.Ваганов, Н.Н. Медико-организационные проблемы охраны материнства и детства [Текст] / Н.Н. Ваганов. - М., 2001. - 225 с.
- 34.Валиуллина, С. А. Пути оптимизации стационарной медицинской помощи детскому населению региона (по материалам Республики Татарстан) [Текст]: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.09, 14.00.33 / Валиуллина Светлана Альбертовна. - М., 2004. - 224 с.
- 35.Ватанбекова, Г.С. Особенности физического развития детей от нуля до трех лет в условиях высокогорья Таджикистана [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.21 / Ватанбекова Гульбегим Сарбозбековна. - Душанбе, 2012. – 21 с.
- 36.Вельтищев, Ю.Е. Объективные показатели нормального развития и состояния здоровья ребенка (нормативы детского возраста) [Текст] / Ю.Е. Вельтищев, И.П. Ветров. - М., 2003. - 96 с.
- 37.Винярская, И.В. Качество жизни детей как критерий оценки состояния здоровья и эффективности медицинских технологий (комплексное медико-социальное исследование) [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33, 14.00.09 / Винярская Ирина Валерьевна. - М., 2008. - 44 с.

- 38.Винярская, И.В. Методические аспекты изучения качества жизни у здоровых и больных детей [Текст] / И.В. Винярская // Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья. – 2006. – Вып.1. – С. 11-14.
- 39.Витаутас Усонис. Часто болеющие дети: современно состояние проблемы [Текст] / Витаутас Усонис // Медицинский совет. - 2018. - № 2. - С. 86.
- 40.Виферон в терапии гриппа и других НР вирусной, вирусно-бактериальной этиологии у детей [Текст] / Л.В. Осидак [и др.]// Детские инфекции. - 2012. - Т. 11 (1). - С. 44-50.
- 41.Вишняков, Н.И. Мнение пациентов как важный критерий качества медицинской помощи [Текст] / Н.И. Вишняков, Н.Г. Петрова, С.А. Балохина // Проблемы управления здравоохранением. - 2013. - № 2 (45). - С. 43-45.
- 42.Влияние медико-биологических и социально-гигиенических факторов на качество жизни детей [Текст] / А.Т. Байтурина [и др.]// Справочник педиатра. - 2008. - № 11. - С. 61 - 62.
- 43.Влияние неблагоприятной социальной среды на морфофункциональные показатели детского организма [Текст] / Т.В. Чирьятева [и др.]// Научный медицинский вестник Югры. – 2014. - № 1 – 2. – С. 231-234.
- 44.Влияние терапии на качество жизни детей с аллергическим ринитом [Текст] / А.Ю. Томилова [и др.]// Справочник педиатра. - 2007. - № 5. - С. 31 - 42.
- 45.ВОЗ. Материнская смертность. Информационный бюллетень № 348. Май 2012 г.
- 46.Возможности бальнеотерапии в медицинской реабилитации детей, часто болеющих острыми респираторными заболеваниями [Текст] / Ю.В. Никитюк [и др.]// Вестник восстановительной медицины. - 2019. - № 4. - С. 59-63.
- 47.Возможности коррекции функционального состояния гипоталамо-гипофизарной системы у мальчиков-подростков с задержкой полового созревания [Текст] / Н.В. Болотова [и др.]// Педиатрия. - 2011. - № 6. - С. 29-33.
- 48.Володин, Н.Н. Показатели смертности и рождаемости в Российской Федерации [Текст] / Н.Н. Володин // Педиатрия. - 2006. - № 1. - С. 5-8.

- 49.Воронина, Е.Н. Диагностика и коррекция нарушений физического развития у детей с хронической патологией дыхательной и пищеварительной систем [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.08 / Воронина Евгения Николаевна. – Самара, 2015. - 24 с.
- 50.Воронцов, И.М. Здоровье и нездоровье ребёнка как основа профессионального мировоззрения и повседневной практики детского врача [Текст] / И.М. Воронцов // Российский педиатрический журнал. - 1999. - № 2. - С. 6-13.
- 51.Воронцов, И.М. Пропедевтика детских болезней [Текст]. - М.: Медицина, 1986. - 432 с.
- 52.Восстановительная терапия часто болеющих детей [Текст] / О.П. Бодаревская [и др.] // Детская медицина Северо–Запада. - 2018. - Т. 7, № 1. - С. 43-49.
- 53.Вохидов, А.В. Основные аспекты охраны репродуктивного здоровья населения республики Таджикистан [Текст] / А.В. Вохидов, А.Г. Гоибов, М.Х. Ганиева // Вестник Авиценны. - 2016. - № 4(69). - С. 52-55.
- 54.Вохидов, А.В. Руководство по оценке группы здоровья детей [Текст] / А.В. Вохидов, З.Н. Набиев, Ш.Р. Рахматуллоев. – Душанбе, 2011. - 97 с.
- 55.Вскармливание детей первого года жизни и его влияние на физическое развитие [Текст] / Х.А. Гафуржанова [и др.] // Сборник научных статей 65 годичной международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино. В кн.: «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире». - Душанбе, 2017. - Т 2. - С. 190-191.
- 56.Гаджиев, Р.С. Совершенствование организации медицинской помощи детям раннего возраста в городских поликлиниках [Текст] / Р.С. Гаджиев, Л.С. Агаларова // Вестник Ивановской медицинской академии. - 2016. - Т. 21, № 4. С. 5-10.
- 57.Гаибов, А.Г. Основные направления развития общественного здоровья и здравоохранения в Таджикистане [Текст] / А.Г. Гаибов // Вестник Авиценны. - 2010. - № 2. - С. 83-88.
- 58.Ганизода, М.Х. Оптимизация службы репродуктивного здоровья подростков



- в Таджикистане [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03, 14.01.01 / Ганизода Мунира Худойдод. - Душанбе, 2019. - 50 с.
59. Гафуржанова, Х.А. Влияние характера вскармливания на качество жизни детей грудного возраста [Текст] / Х.А. Гафуржанова, Л.А. Бабаева // Известия Академии наук Республики Таджикистан. - 2015. - № 3 (191). - С. 69-74.
60. Гафуржанова, Х.А. Особенности физического и психомоторного развития детей первого года жизни в зависимости от характера вскармливания [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.08 / Гафуржанова Хатичахон Абдулфатовна. - Душанбе, 2019. - 48 с.
61. Гигуз, Т.Л. Динамика физического развития учащихся школ города Новосибирска [Текст] / Т.Л. Гигуз, А.Я. Поляков, Н.Д. Богачанов // Гигиена и санитария. - 2003. - № 3. - С. 50-52.
62. Гиздатулина, К. Х. Состояние здоровья и качество жизни детей первого года жизни Республики Башкортостан [Текст]: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.08 / Гиздатуллина Клара Хакимьяновна. – Уфа, 2013. - 139 с.
63. Голюжченко, О.А. Обоснование метода оценки индивидуальной предрасположенности к острым инфекциям детей группы диспансерного наблюдения (часто болеющие дети) [Текст] / О.А. Голюжченко // Вестник ВГМУ. - 2015. - № 14(5). - С. 60-69.
64. Гордеев, В.И. Качество жизни - новый инструмент оценки развития детей [Текст] / В.И. Гордеев, Ю.С. Александрович. – СПб: Речь, 2001. – 200 с.
65. Горячева, Л.Г. Безопасная патогенетическая терапия и качество жизни детей, больных вирусным гепатитом [Текст] / Л.Г. Горячева, М.Г. Романцов, М.П. Грудинин // Врач. - 2002. - № 10. - С. 42 - 43.
66. Грицинская, В.Л. Индивидуально-типологические закономерности роста и развития детей [Текст] / В.Л. Грицинская, М.Ю. Галактионова // Красноярск: Издательство КрасГМА, 2005. - 97 с.
67. Громбах, С.М. К дискуссии об оценке физического развития детей и подростков [Текст] / С.М. Громбах // Гигиена и санитария. - 1967. - № 4. - С. 87-90.

68. Гулов, М.К. Исследование качества жизни пациентов – важный инструмент для оценки эффективности методов хирургического лечения осложненной язвенной болезни [Текст] / М.К. Гулов // Вестник Авиценны. - 2018. - Т. 20, № 2-3. - С. 181-189.
69. Гулов, М.К. Качество жизни у пациентов, страдающих хронической болезнью почек [Текст] / М.К. Гулов, С.М. Абдуллоев, Х.К. Рофиев // Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова. - 2018. - Т. 26, № 4. - С. 493-499.
70. Давлатова, С.Н. Физическое развитие детей с железодефицитной анемией [Текст] / С.Н. Давлатова, К.И. Исмаилов // Материалы 54-ой годичной конференции ТГМУ с международным участием. - Душанбе, 2006. - С. 189-190.
71. Девярых, И.Л. Здоровье детей первого года жизни, рожденных в семьях, подготовленных по специальной программе [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09, 14.00.33 / Девярых Ирина Львовна. - Ижевск, 2002. - 24 с.
72. Денисов, А.П. Медико-социальные аспекты формирования здоровья детей раннего возраста: по материалам исследования различных типов семей [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Денисов Александр Павлович. - Москва, 2018. – 48 с.
73. Дмитриева, Е.В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы [Текст]. - М: ЦЕНТР, 2002. - 223 с.
74. Дмитриева, М.В. Качество жизни как критерий оценки состояния здоровья детей дошкольного возраста, родившихся недоношенными [Текст] / М.В. Дмитриева // Материалы научно-практической конференции с международным участием: «Молодые ученые – от технологий XXI века к практическому здравоохранению», «Аспирантские чтения - 2016». Москва, 2016. - С.148-149.
75. Дударева, В.А. Совершенствование организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне с учетом факторной

- обусловленности здоровья [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Дударева Виктория Андреевна. – Чита, 2021. – 24 с.
76. Дымова, И.А. Характеристика и динамика показателей здоровья детей первого года жизни в семьях разной медицинской активности [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / Дымова Ирина Анатольевна. – Н. Новгород, 2004. - 25 с.
77. Дьяченко, Т.С. Мнение родителей о работе педиатрических амбулаторно-поликлинических организаций как важный критерий оценки качества медицинской помощи детскому населению [Текст] / Т.С. Дьяченко, Л.Н. Грибина, О.Ф. Девляшова // Педиатр. - 2017. - № 8 (2). - С. 50-55.
78. Егина, О.М. Удовлетворенность родителей качеством медицинской помощи в условиях детской поликлиники [Текст] / О.М. Егина // Новая наука: Современное состояние и пути развития. - 2015. - № 5. - С. 24-28.
79. Елизарова, Т.В. Особенности физического развития детей грудного и раннего возраста в зависимости от медико-социальных и биологических факторов [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.08 / Елизарова Татьяна Викторовна. - Волгоград, 2013. - 25 с.
80. Ермолаев, Д.О. Медико-демографические проблемы формирования здоровья детского населения [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Ермолаев Дмитрий Олегович - СПб., 2004. - 48 с.
81. Еругина, М.В. Научное обоснование концепции оптимизации качества медицинской помощи при взаимодействии участников медико-организационного процесса [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Еругина Марина Василидовна. - Рязань, 2009. - 51 с.
82. Ефимова, Н.В. Физическое развитие детей и подростков северных городов Восточной Сибири [Текст] / Н.В. Ефимова, В.А. Никифорова, Т.А. Беляева // Вестник СПбУ. - 2008. - № 3. - С. 108-112.
83. Жуйкова, П.В. Анализ удовлетворенности родителей качеством медицинской помощи детям в поликлинике [Текст] / П.В. Жуйкова, А.И. Зямилова, Н.М.

- Попова // Международный студенческий научный вестник. - 2016. - № 2. - С. 42.
84. Закон РТ о репродуктивном здоровье и репродуктивных правах (Постановление Правительства РТ № 72 от 2.12.202 г.). Здоровье 2020. Основы Европейской политики и стратегии для XXI века. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/>.
85. Зарипова, М.М. Некоторые медико-социальные аспекты здоровья детей из малоимущих семей в Республике Таджикистан [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Зарипова Мухаббат Махмаддуловна. - Душанбе, 2009. - 24 с.
86. Зарытовская, Н.В. Мониторинг состояния индивидуального здоровья детей и подростков г. Ставрополя [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.08 / Зарытовская Наталья Владимировна. - Ставрополь, 2013. - 45 с.
87. Захарова, И.Н. Значение системы интерферонов в формировании иммунного ответа у детей с острыми респираторными вирусными инфекциями [Текст] / И.Н. Захарова, А.В. Чебуркин, В.В. Малиновская // Вопросы практической педиатрии. - 2009. - Т. 4, № 6. - С. 38-45.
88. Здоровье для всех в XXI столетии. - Европейская серия «Здоровье для всех», № 6, Европейское региональное бюро ВОЗ.
89. Здоровье населения и деятельность медицинских учреждений в 2013 г.: Статистический сборник Республиканского мед. центра РТ. - Душанбе, 2014. - 247 с.
90. Здравоохранение в Республике Таджикистан - 25-лет государственной независимости. Статистический сборник. Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан. - Душанбе, 2016. - 182 с.
91. Здравоохранение Таджикистана на современном этапе и основные направления его совершенствования. [Текст] / А.А. Ахмедов, З.А. Мирзоева, Ф.И. Одинаев. - Душанбе, 2002. - 203 с.
92. Знобина, Т.И. Социально-гигиеническое исследование формирования инвалидности у детей с учетом их возрастных особенностей и качества жизни

- [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Знобина Татьяна Ивановна. - Москва, 2008. - 27 с.
93. Иванников, А.И. Динамика и тенденции физического развития детей Воронежской области / А.И. Иванников, В.П. Ситникова, А.Н. Пашков // Социальная педиатрия и организация здравоохранения. - 2007. - С. 24-28.
94. Иванова, И.В. Факторы, определяющие и формирующие здоровье подростков-школьников: пути оценки и механизмы управления ими в современных социально-экономических условиях [Текст]: автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.01.08 / Иванова Инна Викторовна - М., 2010. - 48 с.
95. Идиатуллова, С.Ф. Роль рационального питания в развитии алиментарно-зависимых заболеваний школьников г. Казани [Текст] / С.Ф. Идиатуллова, Н.В. Степанова // Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием «Фармакотерапия и диетология в педиатрии». - Казань, 2011. - С. 75.
96. Изаак, С.И. Мониторинг физического развития и физической подготовленности российских детей дошкольного возраста / С.И. Изаак, Т.В. Панасюк // Педиатрия. - 2005. - № 3. - С. 60-62.
97. Изотова, Л.Д. Современные взгляды на проблему оценки физического развития детей и подростков [Текст] / Л.Д. Изотова // Казанский медицинский журнал. - 2015. - Т. 96, № 6. - С. 1015-1020.
98. Изучение влияния факторов среды на здоровье детей и подростков в системе социально-гигиенического мониторинга [Текст] / И. Семушина [и др.] // Санитарный врач. - 2005. - № 9. - С. 46-47.
99. Ильин, А.Г. Состояние здоровья детей подросткового возраста и совершенствование системы их медицинского обеспечения [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.09, 14.00.33 / Ильин Александр Геннадьевич. - М., 2005. - 54 с.
100. Интегральная оценка социально-гигиенического статуса детей дошкольного возраста [Текст] / И.Ш. Якубова [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2004. - № 4. - С. 3-5.

101. Ионова, Т.И. / Популяционные исследования качества жизни в педиатрии [Текст] // Т.И. Ионова, Т.П. Никитина // Вестник Межнародного центра исследования качества жизни. - 2017. - № 29-30. - С. 69-75.
102. Исаев, Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей [Текст] - СПб: Питер, 2000. - 512 с.
103. Исламова, Н.М. Морфо-функциональные особенности детей и подростков г. Набережные Челны в связи с этнической принадлежностью и влиянием факторов окружающей среды [Текст]: автореф. дис. ... канд. биол. наук: 03.00.14 / Исламова Назия Мидхатовна. – М., 2008. - 25 с.
104. Использование показателей качества жизни населения как интегрального критерия оценки эффективности медико-профилактических программ [Текст] / В.С. Лучкевич [и др.] // Гигиена и санитария. - 2017. - Т. 96, № 4. - С. 319-324.
105. Исследование качества жизни в педиатрии: разработка русской версии опросника PedsQL 4.0 Generic Core Scales для оценки качества жизни детей 8-12 лет [Текст] / Т. П. Никитина [и др.] // Вестник Межнародного центра исследования качества жизни. - 2003. - № 1. - С. 35-44.
106. Итоги, задачи и перспективы изучения качества жизни в отечественной педиатрии [Текст] / А. А. Баранов [и др.] // Вопросы современной педиатрии. - 2007. – Т. 6, № 3. - С. 6-8.
107. Казумян, М.А. Современный взгляд на проблему детей с рекуррентными инфекциями (часто болеющие дети) и их иммунный статус [Текст] / М.А. Казумян, А.В Васеленок, Е.Д. Теплякова // Медицинский вестник Юга России. - 2018. - № 9(3). - С. 37-43.
108. Камашева, Г.Р. Атопический дерматит у детей раннего возраста: качество жизни, клиническо-иммунологические особенности и оптимизация терапии [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09, 14.00.36 / Камашева Гульнара Рашитовна. – Саратов, 2009. - 20 с.
109. Кантимирова, Е.А. Комплексная оценка адаптационных возможностей часто болеющих детей дошкольного возраста [Текст]: автореф. дис. ... канд.

- мед. наук: 14.00.09 / Кантимирова Елена Анатольевна. - Москва, 2005. - 26 с.
110. Каплиева, О.В. Психомоторное развитие недоношенных детей [Текст] / О.В. Каплиева, Т.Н. Жила, З.В. Сиротина // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т. 5, № 1. - С. 241.
111. Каримова, И.П. Некоторые аспекты исследования качества жизни детей 2-7 лет при респираторной патологии [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09, 14.00.33 / Каримова Ирина Петровна. - Челябинск, 2006. - 23 с.
112. Качество жизни детей подросткового возраста в Республике Башкортостан [Текст] / В.А. Малиевский, А.Т. Байтурина, С.А. Валиуллина [и др.] // Российский педиатрический журнал. - 2007. - № 6. - С. 51 - 54.
113. Каширская, Н.Ю. Закономерности формирования роста и развития здорового ребёнка [Текст] / Н.Ю. Каширская, Н.И. Капранов // Российский педиатрический журнал. - 2002. - № 6. - С. 26-30.
114. Килина, А.В. Здоровье детей раннего возраста у матерей с гестационным сахарным диабетом [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / Килина Алла Владимировна. - Ижевск, 2007. - 25 с.
115. Ким, А.В. Отделение медико-социальной помощи, как эффективная форма медицинского обеспечения детей из групп социального риска [Текст] / А.В. Ким, З.А. Рослова, А.Л. Рубежов // Российский педиатрический журнал. - 2013. - Т. 6, № 12. - С. 35-36.
116. Кирилова, И.А. Оценка физического развития как популяционной характеристики детского населения Иркутской области [Текст]: автореф. дис. ... канд. биол. наук: 03.02.08 / Кирилова Ирина Анатольевна. - Иркутск, 2017. - 24 с.
117. Кокорева, С.П. Оптимизация комплексного подхода к оздоровлению детей дошкольного возраста организованных коллективов в условиях крупного промышленного центра [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.09 / Кокорева Светлана Петровна. - Воронеж, 2008. - 31 с.

118. Комплексная оценка физического развития детей Республики Тыва [Текст] / В.Л. Грицинская [и др.] // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. - 2013. - № 3 (91). - С. 60-63.
119. Кононенко, Н.И. Оценка влияния здоровья матери на состояние и физическое развитие новорожденных на основе комплексного многомерного анализа [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09/ Кононенко Нина Ивановна. - Москва, 2003. - 22 с.
120. Корепанов, А.Л. Морфофункциональные основы медицинской реабилитации мальчиков-подростков с разным уровнем физического развития [Текст]: дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.33 / Корепанов Алексей Львович. - Ялта, 2014. - 319 с.
121. Коротаяева, Н.В. Мониторинг развития детей, реконвалесцентов реанимации новорожденных [Текст]: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.00.09/ Коротаяева Наталья Владимировна. - Воронеж, 2008. - 24 с.
122. Котышева, Е.Н. Анализ антропометрических показателей физического развития детей 5-7 лет в условиях промышленного города [Текст] / Е.Н. Котышева, Н.А. Дзюндзя, М.Ю. Болотская // Педиатрия. - 2008. - № 2. - С. 140-143.
123. Красавина, Н.А. Состояние здоровья детей и пути совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи на региональном уровне [Текст]: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.09/ Красавина Наталья Александровна. - Пермь, 2006. - 361 с.
124. Крукович, Е.В. Динамика физического развития детей г. Владивосток [Текст] / Е.В. Крукович, В.Н. Лучанинова, Л.Н. Нагирная // Педиатрия. - 2003. - № 6. - С. 89-96.
125. Курмаева, Е.А. Состояние здоровья и качество жизни детей дошкольного возраста из бедных семей [Текст]: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / Курмаева Елена Анатольевна. - Москва, 2008. - 152 с.
126. Куршина, М.В. Концепция качества жизни, связанного со здоровьем, как предмет для научных исследований в педиатрии [Текст] / М.В. Куршина //



- Современные тенденции развития науки и технологии. - 2017. - № 3-2. - С. 28-31.
127. Кухтина, Э.И. Качество жизни детей-инвалидов с детским церебральным параличом [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / Кухтина Эльвира Илдусовна. - Уфа, 2006. – 28 с.
128. Кучма, В.Р. Фундаментальные проблемы роста и развития ребенка, достижения, перспективы [Текст] / В.Р. Кучма // Справочник педиатра. - 2007. - № 7. - С. 3 -10.
129. Кучма, В.Р. Международный опыт профилактики болезней и укрепления здоровья детей и подростков в образовательных учреждениях [Текст] / В.Р. Кучма, И.К. Рапопорт // Российский педиатрический журнал. - 2009. - № 2. - С. 44-48.
130. Кучма, В.Р. Приоритетные критерии оценки состояния здоровья и профилактики заболеваний детей и подростков [Текст] / В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева // Гигиена и санитария. - 2005. - № 6. - С. 42-45.
131. Кучма, В.Р. Современные проблемы оценки физического развития детей в системе медицинской профилактики [Текст] / В.Р. Кучма, Н.А. Скоблина // Вестник Российской академии медицинских наук. - 2009. - № 5. - С. 19-21.
132. Кучма, В.Р. Дети в мегаполисе: некоторые гигиенические проблемы [Текст] / В.Р. Кучма. - Москва: НЦЗД РАМН, 2002. - 280 с.
133. Ладодо, К.С. Рациональное питание детей раннего возраста [Текст] / К.С. Ладодо. - М.: Миклош, 2007. - 280 с.
134. Леонова, И.А. Оценка состояния здоровья, условий и образа жизни школьников в семьях с различным уровнем материального достатка [Текст]: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / Леонова Ирина Александровна. - СПб., 2008. - 185 с.
135. Лимаренко, О.В. Анализ показателей физического развития мальчиков 8-11 лет, проживающих в различных социальных условиях [Текст] / О.В. Лимаренко, Н. Н. Колесникова // Сборник статей и тезисов международной научно-практической конференции «Современные проблемы физического

- воспитания студентов и студенческого спорта» (15-16 ноября) - Ижим, 2012. - С. 57-63.
136. Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009. - 512 с.
137. Литовченко О.Г. Физическое развитие детей 9-11 лет – уроженцев Среднего Приобья [Текст] / О.Г. Литовченко, М.С. Ишбулатова // Экология человека. - 2015. - № 6. - С. 20-23.
138. Лукьянова, Е.М. Оценка качества жизни в педиатрии [Текст] / Е.М. Лукьянова // Качественная клиническая практика. - 2002. - № 4. - С. 34-42.
139. Лушпарь, Т.В. Психолого-педагогическая поддержка сельской семьи в воспитании детей дошкольного возраста в домашних условиях [Текст]: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / Лушпарь Татьяна Владимировна. - Казань, 2005. - 28 с.
140. Лысенко, А.И. Роль социальных и биологических факторов в формировании состояния здоровья детей дошкольного возраста [Текст] / А.И. Лысенко // Гигиена и санитария. - 2002. - № 3. - С. 46-48.
141. Мазурин, А.В. Пропедевтика детских болезней / А. В. Мазурин, И. М. Воронцов. - СПб: Фолиант, 2001. - 928 с.
142. Майоров, Р.В. Снижение частоты респираторных заболеваний у часто болеющих детей, на уровне врача педиатра [Текст] / Р. В Майоров. // Тверской медицинский журнал. - 2019. - № 2. - С. 46-51.
143. Макарова, З.С. Закономерности формирования состояния здоровья и реабилитация детей с неблагоприятным течением раннего онтогенеза [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.09 / З.С. Макарова. - М., 2001. - 48 с.
144. Малиевский, В.А. Качество жизни детей с ювенильным идиопатическим артритом [Текст] / В. А. Малиевский // Вопросы современной педиатрии. - 2006. – Т. 5, № 2. - С. 5 - 11.
145. Малиновская, В.В. Виферон: руководство для врачей [Текст] / В.В. Малиновская, Н.В. Деленян, Р.Ю. Ариненко. - Москва, 2007. - 87 с.

146. Мамаджанова, Г.С. Влияние профилактических прививок на клиническое течение заболеваний и иммунный статус у часто болеющих детей Республики Таджикистан [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.08 / Мамаджанова Гульнора Сидикжановна. - Душанбе, 2021. - 90 с.
147. Матвеева, Н.А. Гигиенические основы учебной деятельности и оценки здоровья школьников в зависимости от особенностей морфофункционального развития [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.07 / Матвеева Нина Александровна. - М., 1986. - 43 с.
148. Мачмуи дастурҳои клиникаи оид ба ташхису табобати беморон дар сатҳи шабакаи муассисаҳои кумаки аввалияи тиббию санитарии [Матн]. - Душанбе: Полиграф групп, 2020. - 700 с.
149. Машина, Н.С. Состояние здоровья детей первого года жизни и определяющие его факторы [Текст] / Н.С. Машина, М.Ю. Галактионова // Сибирское медицинское обозрение. - 2015. - № 2. - С. 26-31.
150. Медик, В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник [Текст] / В.А. Медик, В.К. Юрьев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 608 с.
151. Медик, В.А. Особенности состояния здоровья детей (по результатам Всероссийской диспансеризации) [Текст] / В.А. Медик, Т.Е. Котова, Л.В. Сеченева // Здравоохранение Российской Федерации. - 2004. - № 2. - С. 46-49.
152. Медико-биологическая и социальная адаптация в популяции детей в современных условиях (нормативы и отклонения) [Текст]. - М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2006 - 52 с.
153. Медико-демографическое исследование Таджикистана (МДИТ) 2017. Атлас ключевых показателей. Душанбе, Таджикистан: АС, МЗ, и ICF International. Агентство по Статистике при Президенте Республики Таджикистан (АС). – Душанбе: МЗСЗН и ICF International, 2017. - 19 с.
154. Медико-социальные аспекты формирования здоровья детей [Текст] / И.С. Цыбульская. - Томск, 2012. - 479 с.

155. Меркулова, Н.А. Региональные стандарты физического развития детей в возрасте от 7 до 17 лет [Текст] / Н.А. Меркулова, Т.М. Бутаев, А.Р. Кусова // Здоровье населения и среда обитания. - 2010. - № 4. - С. 36-37.
156. Методика оценки и стандарты физического развития детей г. Самары и Самарской области [Текст] / Под ред. Р. А. Галкина. - Самара, 1998. - 34 с.
157. Методология изучения качества жизни в педиатрии [Текст] / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, И.В. Винярская [и др.]. - М., 2008. - 21 с.
158. Микиртичан, Г.Л. Медико-социальное исследование безнадзорных и беспризорных детей Санкт-Петербурга [Текст] / Г.Л. Микиртичан, Е.М. Черкасова, А.З. Лихтшангоф // Вопросы современной педиатрии. - 2010. – Т. 9, № 1. - С. 5-11.
159. Минина, Е.Н. Физическая реабилитация часто болеющих детей среднего дошкольного возраста с использованием психомоторной коррекции и массажа [Текст] / Е.Н. Минина // Научный вестник Крыма. - 2018. - №1(12). - С.1-9.
160. Миралиев, С.Р. Качество жизни и состояние здоровья населения, находящегося под наблюдением врача общей практики [Текст] / С.Р. Миралиев, А. Нурзод // Здравоохранение Таджикистана. - 2009. - № 1. - С. 9-11.
161. Миралиев, С.Р. Медико-социальные проблемы внедрения и совершенствование деятельности общей врачебной (семейной) практики (на примере Республики Таджикистан) [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Миралиев Салохидин Раджабович. – Казань, 2009. - 35 с.
162. Многоуровневая система оказания медицинской помощи детскому населению [Текст] / А.А. Баранов [и др.] // Вопросы современной педиатрии. - 2014. - № 13(2). - С. 5-10.
163. Морфофункциональные константы детского организма: Справочник [Текст] / В.А. Доскин [и др.]. - М.: Медицина, 1997. - 288 с.
164. Мочалова, Е.К. Медико-социальная характеристика и качество жизни подростков-инвалидов [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 /

- Мочалова Елена Константиновна. - М., 2006. - 28 с.
165. Мошанова, О.Ю. Влияния вида вскармливания на показатели здоровья детей раннего возраста [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / Мошанова Ольга Юрьевна. - Архангельск, 2006. - 17 с.
166. Мурзина, Ю.М. Состояние здоровья и качество жизни детей, посещающих детские дошкольные образовательные учреждения [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.08 / Мурзина Юлия Маратовна. - Оренбург, 2011. - 23 с.
167. Назарова, С.И. Совершенствование организации медицинской помощи беременным женщинам с сахарным диабетом в регионе высокой рождаемости [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03, 14.01.01 / Назарова Сурайё Изатуллоевна. - М., 2014. - 49 с.
168. Насыбуллина, Г.М. Гигиенические основы профилактики нарушений в состоянии здоровья детей дошкольного возраста, проживающих на экологически неблагоприятных территориях [Текст]: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.07 / Насыбуллина Галия Максutowна. - СПб., 1999. - 367 с.
169. Национальная коммуникационная программа первых 1000 дней жизни ребенка в Республике Таджикистан на 2020-2024 г. - Постановление Правительства РТ от 27.05.2020 г. – Душанбе, 2020. - 57 с.
170. Национальная стратегия здоровья населения РТ на период 2010-2020 г. - (Утверждена Постановлением Правительства РТ № 368 от 02.08.2004 г.)
171. Национальная стратегия РТ по охране здоровья детей и подростков на период до 2015 г. (Утверждена Постановлением Правительства РТ № 297 от 02.06.2008 г.). - Душанбе, 2014. - 37 с.
172. Не оставим без внимания каждую мать и каждого ребенка: доклад о состоянии здравоохранения в мире [Текст]. - Женева: ВОЗ, 2005. – 264 с.
173. Некоторые аспекты вскармливания и физического развития недоношенных детей на первом году жизни [Текст] / Е.В. Ароскинд [и др.] // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т. 5, № 5. - С. 94-96.
174. Некоторые аспекты концепции оценки качества жизни в современных условиях [Текст] / В.В. Палкин // Сборник научных статей по

- материалам II Международного форума «Качество жизни: содружество науки, власти, бизнеса и общества». - М., 2005. - С. 123.
175. Нестерова, И.В. Модифицированная программа комбинированной интерфероно- и иммунотерапии при ассоциированных респираторных и герпетических вирусных инфекциях у иммунокомпрометированных детей [Текст] / И.В. Нестерова, С.В. Ковалева // Эффективная фармакотерапия. Аллергология и иммунология. - 2013. - № 1(27). - С. 26-32.
176. Нетребенко, О.К. Ожирение у детей: истоки проблемы и поиски решений [Текст] / О.К. Нетребенко // Педиатрия. – 2011. – № 6. – С. 104-113.
177. Нечаева, Н.В. Состояние здоровья и качество жизни детей раннего возраста из семей мигрантов [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / Нечаева Наталия Владиславовна. - М., 2007. - 24 с.
178. Нечитайло, Ю.М. Антропометрія та антропометричні стандарти у дітей [Текст] / Ю. М. Нечитайло. - Чернівці: Вид-во БДМА, 1999. - 143 с.
179. Никитина, Н.Н. Особенности качества жизни детей раннего возраста с учетом влияния медико-социальных факторов [Текст] / Н.Н. Никитина, Т.И. Ионова // Вестник НМХЦ им. Н. И. Пирогова. – 2015. - № 10 (3). – С. 79-81.
180. Никитина, Т.П. Разработка и оценка свойств PedsQL для исследования качества жизни детей 8-18 лет [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / Никитина Татьяна Павловна. - СПб., 2004. - 24 с.
181. Новик, А.А. Исследование качества жизни в педиатрии [Текст] / А.А. Новик, Т.И. Ионова // Под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. - М.: РАЕН, 2013. - 104 с.
182. Новик, А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине [Текст] / А.А. Новик, Т.И. Ионова, П. Кайнд. - СПб.: ЭЛБИ, 1999. – 140 с.
183. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине [Текст] / А.А. Новик, Т.И. Ионова. - М:ОЛМА Медиагруп, 2007. - 314 с.
184. Новокрещенова, И.Г. Роль мониторинга удовлетворенности населения в управлении качеством первичной медико-санитарной помощи [Текст] / И. Г.

- Новокрещенова, И.В. Новокрещенов // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. - 2014. - Т. 4, № 10. - С. 1091-1094.
185. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков. Комплексная программа научных исследований «Профилактика наиболее распространенных болезней детей и подростков на 2005 - 2009 гг.» [Текст] / А. А. Баранов [и др.]. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2006. - 120 с.
186. Обоснование оптимальной учебно-воспитательной нагрузки для дошкольников 3 - 4 лет [Текст] / М.И. Степанова [и др.] // Гигиена и санитария. - 2001. - № 1. - С. 63-65.
187. Одинаев, Ф.Ф. К вопросу о необходимости структурных преобразований в здравоохранении республики и приоритетах её развития [Текст] / Ф. Ф. Одинаев // Вестник Таджикского национального университета. - 2017. - № 2/2. - С. 9-13.
188. Одинаева, С.М. Здоровый образ жизни как один из важнейших факторов достижения человеческой безопасности в Республике Таджикистан [Текст] / С.М. Одинаева, Д.Я. Каноатов, А.А. Элназарова // Вестник Авиценны. - 2008. - № 3. - С. 116-119.
189. Онищенко, Г.Г. Санитарно-эпидемиологическое благополучие детей и подростков: состояние и пути решения проблем [Текст] / Г.Г. Онищенко // Гигиена и санитария. - 2007. - № 4. - С. 53-59.
190. Оптимизация тактики интерфероно- и иммунотерапии в реабилитации иммунокомпрометированных детей с повторными респираторными и герпетическими вирусными инфекциями [Текст] / И.В. Нестерова [и др.] // Педиатрия. - 2014. - Т.93, № 3. - С. 66-72.
191. Организация трехуровневой системы медико-социальной помощи детям в трудной жизненной ситуации [Текст] / А.А. Баранов [и др.] // Министерство здравоохранения Российской Федерации. Письмо от 25 мая 2017 г. - № 15-2/10/2-3461.
192. Основные этапы проведения профилактических осмотров детского

- населения [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева. – Душанбе: Фасл-4, 2023. – 195 с.
193. Основы социальной педиатрии: Руководство [Текст] / В.Ю. Альбицкий [и др.] // Союз педиатров России, НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН. – Москва: Педиатръ, 2021. – 416 с.
194. Особенности психомоторного развития детей, перенесших критические состояния в раннем неонатальном периоде [Текст] / Н.А. Харитоновна [и др.] // Российский педиатрический журнал. - 2009. - № 4. - С. 21-25.
195. Отклонения физического развития у современных школьников, проживающих в условиях российского мегаполиса [Текст] / А. А. Фазылова [и др.] // Профилактическая медицина. – 2020. – Т. 23, № 5. – С. 67-74.
196. Оценка качества жизни - новый инструмент комплексного обследования гастроэнтерологического больного [Текст] / А. А. Баранов [и др.] // Вопросы современной педиатрии - 2006. – Т. 5, № 2. - С. 38 - 43.
197. Оценка качества жизни в педиатрии [Текст] / А.А. Новик, Т.И. Ионова, К. Купер // Исследование качества жизни в медицине: материалы научной конференции. – СПб., 2000. – С. 107-108.
198. Оценка качества жизни как критерий эффективности амбулаторного лечения [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. - 2022. - Т. XII, № 4 (44). - С. 5-11.
199. Оценка качества проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в Российской Федерации [Текст] / А. А. Баранов [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2017. - Т. 25, № 1. - С. 23-29.
200. Оценка состояния здоровья детей младших групп закрытого детского учреждения [Текст] / Л.В. Феклисова [и др.] // Детские инфекции. - 2005. - Т. 4, № 1. - С. 66-69.
201. Оценка состояния и формирования медицинских кадров в Республике Таджикистан [Текст] / Т.С. Джабарова [и др.] // Вестник Авиценны. - 2016. - № 2. – С. 119-124.



202. Оценка физического развития и состояния здоровья детей и подростков [Текст]. - Методические рекомендации. – М.: ТЦ Сфера, 2005. – 64 с.
203. Павленко, Т.Н. Состояние здоровья и качество жизни девочек подросткового возраста г. Оренбурга [Текст] / Т.Н. Павленко, Е.А. Калинина, И.В. Винярская // Вопросы современной педиатрии. – 2009. – Т. 8, № 5. - С. 9-12.
204. Пантюхина, Г.В. Методы диагностики нервно-психического развития детей 1-го года жизни [Текст] / Г.В. Пантюхина, К.Л. Печора, Э.Л. Фрухт; под ред. В. А. Доскина. - М.: ВУНМЦ, 1996. - 37 с.
205. Перфильева, Н.А. Особенности состояния здоровья детей раннего возраста с задержкой внутриутробного развития [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / Перфильева Нина Александровна. - Иркутск, 2007. - 35 с.
206. Петров, В.И. Проблема качества жизни в биоэтике [Текст] / В.И. Петров, Н.Н. Седова. - Волгоград, 2001. - С. 95.
207. Петросян, Г. Г. Оценка физического развития и структура заболеваемости сельских дошкольников Ставропольского края [Текст] / Г. Г. Петросян // Вестник новых медицинских технологий. – 2009. – Т. XVI, № 3. – С. 174 -175.
208. Поварго, Е.А. Тенденции в состоянии здоровья младших школьников в крупном промышленном городе [Текст] / Е.А. Поварго // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2006. - № 6. - С. 14-15.
209. Поляков, В.К. Состояние здоровья школьников: соматометрические показатели, особенности питания и коррекция нарушений нутритивного статуса [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.08 / Поляков Вадим Константинович. – Саратов, 2010. – 44 с.
210. Попова, Н.М. Анализ удовлетворенности родителей качеством медицинской помощи детям в поликлинике [Текст] / Н.М. Попова, П.В. Жуйкова, А.И. Зямилова // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – № 2. – С. 42.

211. Порядок организации работы отделения медико-социальной помощи детской поликлиники [Текст] / В. Ю. Альбицкий [и др.] // Вопросы современной педиатрии. – 2013. -Т. 4, № 12. - С. 12-16.
212. Постановление Правительства Республики Таджикистан «О Стратегии охраны здоровья населения Республики Таджикистан на период до 2030 года» от 30.09.2021 года № 414.
213. Постановление Правительства Республики Таджикистан «Программа подготовки медицинских кадров на 2010 – 2020 годы». – Душанбе, 2009.
214. Постановление Правительства РТ «О программе формирования здорового образа жизни в Республике Таджикистан до 2010 г.», № 84 от 3 марта 2003г.
215. Пряхин, Е.И. Характеристика методов оценки физического развития детей [Текст] / Е.И. Прахин, В.Л. Грицинская // Педиатрия. – 2004. – № 2. – С. 60-62.
216. Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики, Таджикистан от 27.03.2006 года № 98 «Об индикаторах, формах первичной медицинской документации и статистической отчётности учреждений здравоохранения Республики Таджикистан».
217. Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики, Таджикистан 16 октября 2018 года № 954 «Об утверждении «Порядка проведения медицинского осмотра, постоянного диспансерного контроля и времени проведения прививок»
218. Программа ВОЗ Anthro для персональных компьютеров, версия 3, 2009 г., программное средство для оценки роста и развития детей во всем мире. Женева: ВОЗ, 2009 г. (<http://who.int/childgrowth/software/en/>).
219. Прусаков, В.М. Критерии оценки медико-экологической ситуации на основе метода сигмальных отклонений [Текст] / В.М. Прусаков, А.В. Прусакова // Гигиена и санитария. - 2013. - № 1. - С. 72-76.
220. Рапопорт, Ж.Ж. Физическое развитие детей [Текст] / Ж.Ж. Рапопорт, Е.И. Прахин. – Красноярск, 1970. – 265с.
221. Расулова, Г.Дж. Перинатальные аспекты йоддефицитных состояний:

- профилактика, лечение [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / Расулова Гулшан Джаборовна. – Душанбе, 2009. - 22 с.
222. Расулова, С.А. Клинико-иммунологические особенности течения хронических расстройств питания у детей [Текст]: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.08 / Расулова Ситорабону Ашурбеговна. – Душанбе, 2019. - 106 с.
223. Рафиева, З.Х. Особенности репродуктивного здоровья женщин при воздействии психотравмирующих факторов [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.01 / Рафиева Зарина Хамдамовна. – Душанбе, 2010. – 54 с.
224. Рахимов, М.И. Показатели физического развития детей и подростков 5-16 лет [Текст] / М.И. Рахимов // Филология и культура. – 2011. – № 24. – С. 57-59.
225. Региональная модель трехуровневой системы медико-социального сопровождения детей и подростков (пилотный проект в Республике Татарстан) [Текст] / В. Ю. Альбицкий [и др.] // Проблемы социальной гигиены здравоохранения и истории медицины. - 2014. - № 6. - С. 15-17.
226. Региональные показатели физического развития детей и подростков Иркутской области [Текст]. - Методические рекомендации. – 2004. - 43 с.
227. Романцов, М.Г. Частоболеющие дети: современная фармакотерапия [Текст] / М.Г. Романцов, Ф.И. Ершов. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2007. - 192 с.
228. Рослова, З.А. Научное обоснование модели медико-социальной помощи детям и подросткам в условиях детской поликлиники [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Рослова Зинаида Аркадьевна. – Москва, 2019. - 24 с.
229. Рубцов, М.В. Факторы риска, индивидуальное прогнозирование и профилактика хронических заболеваний у детей дошкольного возраста [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Рубцов Михаил Васильевич. – Москва, 2003. - 25 с.
230. Руденко, Н.Н. Актуальность оценки физического развития детей [Текст] / Н.Н. Руденко, И.Ю. Мельникова // Практическая медицина. – 2009. - № 7(49). - С. 31-34.

231. Руденко, Н.Н. Физическое развитие – главный критерий здоровья [Текст] / Н.Н. Руденко, И.Ю. Мельникова // Современные проблемы педиатрии: материалы конференции под ред. Ф.П. Романюка, В.П. Алферова. – СПб., 2009. – С. 17-20.
232. Руководство по гигиене детей и подростков [Текст] / Под ред. проф. С.М. Громбаха. - М.: Медицина, 1964. - 512 с.
233. Русинова, С.И. Актуальность вопросов физического развития [Текст] / С.И. Русинова, М.Г. Садреева // Материалы Всероссийской научной конференции «Физиология сердца». – Казань, 2005. – С. 72-73.
234. Рыбкина, Н.Л. Показатели качества жизни детей младенческого возраста, проживающих в Республике Татарстан [Текст] / Н.Л. Рыбкина, И.В. Винярская, В.В. Черников // Вопросы современной педиатрии. - 2007. - Т.6. - № 6. - С.10-12.
235. Саввина, А.Д. Качество жизни и пути совершенствования медико-социальной помощи детям с целиакией [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33, 14.00.09 / Саввина Анастасия Дмитриевна. – Хабаровск, 2009. – 25 с.
236. Садыков, М.М. Оптимизация амбулаторно-поликлинической помощи детям мегаполиса (комплексное клинико-социальное и медико-организационное исследование по материалам г. Казани) [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33, 14.00.09 / Садыков Марат Мадаристович. – Москва, 2008. – 48 с.
237. Саидмурадова, Г.М. Этиологические факторы возникновения железодефицитных состояний у детей и определение качества жизни [Текст] / Г.М. Саидмурадова, Б.У. Янгибаева // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2017. - № 1. - С. 72-75.
238. Салимзода, Н.Ф. Достижения, проблемы и основные стратегические направления Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан в области здоровья матери и ребенка [Текст] / Н.Ф.

- Салимзода // Материалы VI съезда акушеров и гинекологов Республики Таджикистан. (2 декабря 2016 г.). – Душанбе, 2016. – С. 9-11.
239. Самсыгина, Г.А. Проблемы диагностики и лечения часто болеющих детей на современном этапе [Текст] / Г.А. Самсыгина, Г.С. Коваль // Педиатрия. - 2010. - Т.89, №2. - С. 137-145.
240. Сатторов, Г. Медико-социальные аспекты болезней органов мочевой системы у детей в Таджикистане [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.09 / Сатторов Гафор. – Душанбе, 2007. - 42 с.
241. Сафарзода, А.М. Оптимизация качества жизни, когнитивных функций у пациентов среднего, пожилого, старческого возрастов после различных методов холецистэктомии [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.17 / Сафарзода Абдулло Мумин. – Душанбе, 2019. – 43 с.
242. Сборник нормативно-правовых и отчетно-учетных документов по семейной медицине [Текст] / Миралиев С. Р. [и др.] // Душанбе: Деваштич, 2006. – 240 с.
243. Сборники Республиканского центра медицинской статистики и информации Минздрава РТ «Здоровье населения и здравоохранение в Республике Таджикистан». – Душанбе, 2015 г.
244. Семенов, В.Ю. Проблемы управления качеством медицинской помощи [Текст] / В.Ю. Семенов // Здравоохранение. - 2004. - № 3 - С. 20-25.
245. Синдром дефицита внимания гиперактивности у детей [Текст] / С.В. Рязанова [и др.] // Справочник педиатра. - 2007. - № 4. - С. 65-77.
246. Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) и диета [Текст] / В. М. Студеникин [и др.] // Справочник педиатра. - 2007. - № 8. – С. 18 - 27.
247. Синюшкин, А.Н. Пути улучшения амбулаторно-поликлинической помощи в детских поликлиниках [Текст] / Пермский медицинский журнал. 2013. - Т. XXX, № 3. – С. 87-92.
248. Скоблина, Н. А. Научно-методическое обоснование оценки физического развития детей в системе медицинской профилактики [Текст]: автореф. дис.

- д-ра мед. наук: 14.00.07 / Скоблина Наталья Александровна. – Москва, 2008. – 50 с.
249. Сладкова, И.В. Актуальные проблемы реабилитации детей и подростков с ожирением [Текст] / И.В. Сладкова, Е.А. Азова, // Ремедиум Приволжье. – 2012. - № 6. – С. 23-26.
250. Современные возможности программы оздоровления детей в условиях дошкольных образовательных учреждений [Текст] / В.П. Вавилова [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2002. - № 6. - С. 52 - 54.
251. Современные подходы к организации прикорма в рамках «Национальной программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации» / Т.Э. Боровик [и др.] // Эффективная Фармакотерапия. – 2013. - №30. – С. 8-13.
252. Современный взгляд на проблему низкорослости у детей (Обзор литературы) [Текст] / Б.Ж. Оналбаева [и др.] // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2022. – № 1. – С. 223-230.
253. Соколова, В.В. Некоторые результаты изучения мнения родителей о качестве стационарной помощи детям [Текст] / В.В. Соколова // Врач-аспирант. - 2017. - Т.81, № 22. - С. 286-294.
254. Соколова, В. В. Обоснование организационных мероприятий по совершенствованию деятельности страховых медицинских организаций, направленных на повышение удовлетворённости родителей качеством лечебно-профилактической помощи детям [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Соколова Вера Васильева. – СПб., 2018. - 25 с.
255. Сокращение предотвратимых потерь здоровья детского населения – стратегия социальной педиатрии [Текст] / А.А. Баранов [и др.] // Педиатрическая фармакология. - 2012. - № 9(4). - С 6-10.
256. Соловьева, Н.А. Дети первого года жизни: прогноз и состояние здоровья [Текст] / Н.А. Соловьева, Г.А. Кулакова, Е.А. Курмаева // Российский педиатрический журнал. – 2021. – Т. 24, № 4. – С. 278.

257. Сонькин, В.Д. Особенности роста и физического развития детей в постнатальном онтогенезе [Текст] / Под ред. А.А. Баранова, Л.А. Щеплягиной // Физиология роста и развития детей и подростков: практическое руководство. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006. – С.97-142.
258. Сорбон, М. Состояние здоровья детей первого года жизни в зависимости от характера вскармливания [Текст] / М. Сорбон // Здоровоохранение Таджикистана, – 2015. - № 2 – С. 29-36.
259. Сорвачева, Т.Н. Сравнительная оценка состояния здоровья детей в раннем возрасте в зависимости от характера вскармливания на первом году жизни [Текст] / Т.Н. Сорвачева // Педиатрия. - 2001. - № 3. - С. 72-76.
260. Состояние здоровья воспитанников детских дошкольных учреждений Москвы [Текст] / И.К. Рапопорт [и др.] // Российский педиатрический журнал. - 2009. - № 2. - С. 49 - 52.
261. Состояние здоровья детей как фактор национальной безопасности [Текст] / А.А. Баранов [и др.] // Российский педиатрический журнал. - 2005. - № 2. - С. 4-8.
262. Сравнение физического развития 17-18-летних девушек в 1996 и 2007 гг. [Текст] / Е.Н. Сизова [и др.] // Гигиена и санитария. – 2010. – № 4. – С. 86-88.
263. Сравнительные показатели состояния здоровья детей различных регионов России [Текст] / А.Г. Ильин [и др.] // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т. 5, № 1: Актуальные проблемы педиатрии: сборник материалов X Конгресса педиатров России. - С. 225-226.
264. Сравнительный анализ заболеваемости детей в зависимости от вида вскармливания [Текст] / А.В. Кашин [и др.] // Гигиена и санитария. - 2006. - № 3. - С. 70-72.
265. Стандарты и таблицы по индивидуальной оценке физического развития детей г. Душанбе Республики Таджикистан [Текст] / К. С. Олимова [и др.] / Методические рекомендации. - Душанбе: ТГНУ, 2001. - 27 с.

266. Стандарты и таблицы по индивидуальной оценке физического развития детей от 0 до 6 лет г. Душанбе Республики Таджикистан [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева [и др.]. – Душанбе, 2018. - 75 с.
267. Стародубов, В.И. Первичная медико-санитарная помощь: механизмы совершенствования [Текст] / В.И. Стародубов, А.А. Калининская, И.М. Сон. - Австрия, Вена. – EastWest. - 2017. - 118 с.
268. Суслин, С.А. Удовлетворенность пациентов оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях [Текст] / С.А. Суслин, П.В. Тимяшев, С.Х. Садреева // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. - 2022. - № 3. – С. 728-751.
269. Таджикистан в цифрах [Текст] / Агентство по статистике при Президенте РТ. – Душанбе, 2018. – 157 с.
270. Таджикистан. Мониторинг положения детей и женщин. Кластерное обследование по многим показателям (МИКС) 2005 года. Режим доступа: [http://stat.tj/ru/img/0da2769178de70d92797d15af261bee0\\_1280233999.pdf](http://stat.tj/ru/img/0da2769178de70d92797d15af261bee0_1280233999.pdf).
271. Таджикистан. Обследование уровня жизни 2007. Обзор индикаторов. [http://stat.tj/ru/img/ca9ee146deb058e271dc01c7a9a923cc\\_1280232055.pdf](http://stat.tj/ru/img/ca9ee146deb058e271dc01c7a9a923cc_1280232055.pdf).
272. Таджикистан: Обзор системы здравоохранения. Системы здравоохранения: время перемен [Текст] / Ходжамуродов Г., Бернд Речел. - 2010. – Т. 12, № 2. - 209 с.
273. Тармаева, И.Ю. Научное обоснование совершенствования питания детей этнической группы в организованных коллективах Байкальского региона [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.07 / Тармаева Инна Юрьевна. – Иркутск, 2009. – 42 с.
274. Таровик, Н.О. Особливості фізичного розвитку підлітків з різним рівнем рухової активності [Текст] / Н.О. Таровик, Г.В. Коробейніков // Вісн. Черкас. ун-ту. Сер. Біол. науки. - 2012. - № 2. - С. 116-121.
275. Татькова, А.Ю. К вопросу о методике оценки качества жизни, обусловленного здоровьем [Текст] / А.Ю. Татькова, С.М. Чечельницкая, А.Г. Румянцев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории



- медицины. - 2009. - № 4. - С. 46-51.
276. Титов, Л.П. Особенности иммунного статуса у часто и длительно болеющих детей с сопутствующей аллергической патологией [Текст] / Л.П. Титов, Е.Ю. Кирильчик // Иммунология. - 2000. - № 3. - С. 29-33.
277. Тонкова-Ямпольская, Р.В. Состояние здоровья детей с учетом факторов ante- и постнатального риска [Текст] / Р.В. Тонкова-Ямпольская // Российский педиатрический журнал. - 2002. - № 1. – С. 61-62.
278. Трунова, Т.К. Клинико-гормональная характеристика состояния здоровья детей при адаптации к детскому дошкольному учреждению [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / Трунова Татьяна Кузьминична. - Томск, 2000. - 18 с.
279. Трушкин, А.Г. Физическое развитие детей и подростков г. Ростов-на-Дону [Текст] / А.Г. Трушкин. – Ростов-на-Дону: РГПУ, 2000. – 138 с.
280. Турсунов, Р.А. Некоторые показатели качества жизни больных с ВИЧ инфекцией в условиях Республики Таджикистан [Текст] / Р.А. Турсунов // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2015. – № 3. - С. 42-48.
281. Удовлетворенность родителей организацией медицинского обслуживания детей в детских поликлиниках в условиях реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» [Текст] / И.А. Банюшевич [и др.] // Фундаментальные исследования. - 2014. - № 4. - С. 453-456.
282. Узунова, А.Н. Основные закономерности развития здорового ребёнка [Текст] / А.Н. Узунова, О.В. Лопатина, М.Л. Зайцева. – Челябинск, 2008. - 168 с.
283. Устинова, Н.В. Современное состояние и направления научно-практического развития социальной педиатрии [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03, 14.01.08 / Устинова Наталия Вячеславовна. – Москва, 2016. - 47 с.
284. Фатеева, Е.М. Поощрение и поддержка грудного вскармливания в Москве [Текст] / Е.М. Фатеева, В.А. Прошин // Российский педиатрический журнал.

- 2000. - № 3. - С. 34-37.
285. Федотов, Д.М., Формирование морфофункционального статуса детского населения Крайнего Севера на примере Архангельской области [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.01 / Федотов Денис Михайлович. - Архангельск, 2013. - 24 с.
286. Федотова, Т.К. Влияние экологии современного мегаполиса на ростовые процессы дошкольников [Текст] / Т.К. Федотова // Педиатрия. - 2006. - № 6. - С. 41 - 45.
287. Физиология роста и развития детей и подростков: практическое руководство [Текст] / Под ред. А.А. Баранова, Л.А. Щеплягиной. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006. – 432 с.
288. Физическое развитие детей раннего возраста г. Иркутска [Текст] / В. Г. Савватеева [и др.] // Сибирский медицинский журнал. – 2003. – Т. 40, № 5. – С. 71-77.
289. Физическое развитие и состояние здоровья детей дошкольного возраста [Текст] / Под редакцией Б.Я. Вялушкина: Сборник научных трудов, выпуск II. – Душанбе, 1990. - 98 с.
290. Филатова, О.В. Комплексная оценка физического развития детей периода первого детства г. Барнаул [Текст] / О.В. Филатова, Е.В. Куцева // Acta Biologica Sibirica. – 2015. – № 1. – С. 7-21.
291. Философский энциклопедический словарь [Текст] / Е.Ф. Губский, Г.В. Кораблева, В.А. Лутченко. – М.: Инфра-М, 2001. – 576 с.
292. Хаккал, М. Стратегия ВОЗ в XXI веке [Текст] / М. Хаккал // Российский семейный врач. - 2000. - № 3. - С. 81-86.
293. Характеристика детей раннего возраста, рожденных от матерей с привычным невынашиванием беременности [Текст] / П.М. Крюков [и др.] // Педиатрия. - 2005. - № 5. - С. 113.
294. Характеристика физического развития детей Ставропольского края [Текст] / А.С. Калмыкова [и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2007. - № 1. - С. 36-38.

295. Хисамутдинова, З.А. Демографическая ситуация в Республике Татарстан (1994-2000 гг.) [Текст] / З.А. Хисамутдинова. - Казань: Медицина, 2002. - 120 с.
296. Ходжибаева, Т.Ю. Особенности течения беременности, родов и перинатальных исходов у первородящих женщин на современном этапе [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01 / Ходжибаева Тахмина Юлдашевна. - Душанбе, 2009. – 27 с.
297. Цепкова, А.А. Характеристика русской версии краткой формы опросника оценки качества жизни больных ревматоидным артритом [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.05 / Цепкова Анна Анатольевна. – СПб., 2003. – 24 с.
298. Цыбульская, И.С. Медико-социальные аспекты формирования здоровья детей [Текст] / И.С. Цыбульская. – Томск: Ветер, 2012. - 480 с.
299. Цымбал, Д. Е. Научное обоснование и пути повышения качества и эффективности экстренной медицинской помощи детскому населению области (региона) [Текст]: дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Цымбал Дмитрий Евгеньевич. - Санкт-Петербург, 2010. - 395 с.
300. Чередник, М. А. Оценка качества жизни как критерия здоровья городской семьи и социально-экономический портрет потребителя лечебно-оздоровительных услуг [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Чередник Марина Алексеевна. - СПб., 2002. - 26 с.
301. Черников, В.В. Разработка и оценка эффективности русской версии опросника QUALIN для изучения качества жизни детей раннего возраста [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33, 14.00.09 / Черников Владислав Владимирович. - Москва, 2009. - 25 с.
302. Чиженок, Н.И. Удовлетворенность качеством медицинской помощи детям [Текст] / Н.И. Чиженок, Н.В. Иванова, Н.Ю. Коломеец // Актуальные вопросы педиатрии. – 2015. – № 4. - С. 138-141.
303. Чистович, И. Руководство по оценке развития младенцев до 16 месяцев на основе русифицированной шкалы KID [Текст] / И. Чистович, Ж. Рейтер, Я.

- Шапиро. - СПб.: СПб Институт раннего вмешательства, 2000. - 64 с.
304. Чичерин, Л.П. Значение теории поколений для реализации медико-социальных потребностей детей и их семей в России [Текст] / Л.П. Чичерин, В.Ю. Альбицкий, В.О. Щепин // Вопросы современной педиатрии. – 2022. - Т. 21, № 2. – С. 66-71.
305. Чичерин, Л.П. Научное обоснование путей совершенствования и развития амбулаторно-поликлинической помощи детям и подросткам [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Чичерин Леонид Петрович. – Москва, 1999. - 48 с.
306. Шавалиев, Р.Ф. Научное обоснование совершенствования системы медико-социальной помощи детям подросткового возраста (комплексное медико-социальное исследование по материалам Республики Татарстан) [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Шавалиев Рафаэль Фирнаялович. – Казань, 2015. - 24 с.
307. Шапкайц, В.А. Медико-социальные, клинические и организационные проблемы формирования здоровья детей в перинатальном периоде жизни [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33, 14.00.01 / Шапкайц Владимир Александрович - СПб., 2001. - 44 с.
308. Шарапова, О.В. Всероссийская диспансеризация: основные тенденции в состоянии здоровья детей [Текст] / О.В. Шарапова, А.Д. Царегородцев, Б.А. Кобринский // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2004. - № 1(49). - С. 56-61.
309. Шикина, И.Б. Удовлетворённость пациентов как критерий оценки качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре [Текст] / И.Б. Шикина // Проблемы управления здравоохранением. - 2006. - № 5. - С. 22-26.
310. Широкова, О.С. Состояние здоровья детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы и задержкой нервно-психического развития, воспитывающихся в семье и домах ребенка [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / Широкова Ольга Сергеевна. - Иваново, 2007. - 23 с.

311. Шмелев, И.А. Доступность и качество медицинской помощи детям в оценках родителей [Текст] / И.А. Шмелев, О.Е. Коновалов // Российский педиатрический журнал. – 2016. - Т.19, № 2. – С. 97-102.
312. Шутов, Д. В. Оптимизация оказания специализированной медицинской помощи детям на амбулаторном этапе в субъекте Российской Федерации [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Шутов Дмитрий Валериевич. – Москва, 2006. -50 с.
313. Щепин, О.П. Здоровье и физическое развитие детей в России в 1985-2000 гг. [Текст] / О.П. Щепин, Е.А. Тишук // Российский педиатрический журнал. -2004. - № 1. – С. 47-49.
314. Щепин, О.П. Современные региональные особенности здоровья населения и здравоохранения России [Текст] / О.П. Щепин, В.О. Щепин, Е.П. Какорина. - М.: Медицина, 2007. - 360 с.
315. Щеплягина, Л.А. Факторы риска и формирование здоровья детей [Текст] / Л.А. Щеплягина // Российский педиатрический журнал. - 2002. - № 2. - С. 4-6.
316. Щербицкая, О.В. Комплексная оценка физического развития детей и подростков с этапом мониторинга, проживающих в городской и сельской местности [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / Щербицкая Оксана Владимировна. - Самара, 2006. - 25с.
317. Эртель, Л.А. Проблема информированного согласия в педиатрической практике [Текст] // Педиатрия. - 2008. – Т. 87, № 2. - С. 124-126.
318. Эффективность и безопасность препарата: ВИФЕРОН в моно и комбинированной иммунотерапии иммунокомпетированных детей с возвратными респираторными инфекциями [Текст] / И.В. Нестерова. [и др.] // Фарматека. - 2017. - № 4(337). - С. 54-61.
319. Юрьев, В.К. Основные причины неудовлетворенности родителей доступностью и качеством амбулаторно-поликлинической помощи детям [Текст] / В.К. Юрьев, В.В. Соколова // Педиатр. - 2017. - Т. 8, № 6. - С. 24-29.
320. Яйленко, А.А. Клиническое значение морфофенотипических

- характеристик в оценке и прогнозировании адаптивных возможностей детей дошкольного возраста [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.09 / А. А. Яйленко. - Москва, 2000. - 50 с.
321. Ямпольская, Ю.А. Региональное разнообразие и стандартизованная оценка физического развития детей и подростков [Текст] / Ю.А. Ямпольская // Педиатрия. - 2005. - № 6. - С. 73-78.
322. Ямпольская, Ю.А. Физическое развитие школьников – жителей крупного мегаполиса в последние десятилетия: состояние, тенденции, прогноз, методика скрининг-оценки [Текст]: автореф. дис. ... д-ра биолог. наук: 03.00.14 / Ямпольская Юлия Абрамовна – Москва, 2000. - 76 с.
323. A multiattribute approach to health status measurement and clinical management: illustrated by an application to brain tumors in childhood [Text] / R. D. Barr [et al.] // Int. J. Oncol. - 1994. - Vol. 4. - P. 639-648.
324. Adult height corrected for shrinking and secular trend [Text] / R. Niewenweg [et al.] // Annals of human biology. – 2003. – №5. – P.563-569.
325. Annett, R. D. Assesment of health status and quality of life outcomes for children with asthma [Text] / R. D. Annett // Allergy Clin. Immunol. - 2001. - Vol. 107. - P. 473-481.
326. Armstrong, M. E. Secular trends in the prevalence of stunting, overweight and obesity among South African children (1994-2004) [Text] / M. E. Armstrong, M. I. Lambert, E. V. Lambert // Eur J Clin Nutr. - 2011. - № 65(7). – P. 835-40.
327. Assessment of health-related quality of life in children: a review of conceptual, methodological, and regulatory issues [Text] / L. S. Matza [et al.] // Value Health. - 2004. - Vol. 7, № 1. - P. 79-92.
328. Attitudes towards exercise and physical activity behaviours in Greek schoolchildren after a yearlong health education intervention [Text] / A. D. Christodoulos [et al.] // Br. J. Sports Med. – 2006. – Vol. 40(4). – P. 367-71.
329. Barkley, R. A. International consensus statement on ADHD [Text] / R. A. Barkley // Clin. Child. Fam. Psychol. Rev. - 2002. - Vol. 5. - P. 89 - 111.

330. Belue, R. Mental health problems and overweight in a Nationally Representative Sample of adolescents: Effects of race and ethnicity [Text] / R. Belue, L. A. Francis, B. Colaco // *Pediatrics*. - 2009. - Vol. 123 (2). - P. 697-702.
331. Berntsson, L. T. Quality of life among children aged 2-17 years in the five Nordic countries. Comparasion between 1984 and 1996 / L. T. Berntsson, L. Kohler // *Eur. J. Public Health*. – 2001. – Vol, 11. № 4. – P. 437-445.
332. Bleich, S. N., How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? [Text] / S. N. Bleich, E. Ozaltin, C. J. Murray // *Bulletin of the World Health Organization*. – 2009. - Vol. 87. – P.271-278.
333. Bloss, E. Prevalence and predictors of underweight, stunting, and wasting among children aged 5 and under in western Kenya [Text] / E. Bloss, F. Wainaina, R. C. Bailey // *J. Trop. Pediatr*. - 2004. - Vol. 50, № 5. - P. 260-70.
334. Bodzsar, E. Secular Growth Changes in Europe [Text] / E. Bodzsar, C. Susanne. - Budapest: Eotvos Univ. Press, 1998. - 381 p.
335. Bruil, J. Development of a quality of life instruments for children with chronic illness [Text] / J. Bruil // *Quality of Life News Letter*. - 2002. - № 5. - P.19-23.
336. Bua, J. Secular trends in childhood obesity in Denmark during 50 years in relation to economic growth [Text] / J. Bua, L.W. Olsen, T.I.A. Sorensen // *Obesity*. - 2007. - Vol. 15 (4). - P. 977-985.
337. Bukowski, W. M. Peer relationships and quality of life [Text] / W. M. Bukowski, D. Sandberg // *Acta Pediatr. (Suppl.)*. - 1999. - Vol. 88. - P. 108-109.
338. Bullinger, M. Health related quality of life assessment in children [Text] / M. Bullinger, U. Ravens-Sieberer // *Eur. Rev. Appl. Psy.* - 1995. - № 189. - P. 245-254.
339. Can severity-of-illness indices for neonatal intensive care predict outcome at 4 years of age? [Text] / M. Eriksson [et al.] // *Acta Paediatr.* - 2002. - Vol. 91, № 10. - P. 1093-100.
340. Changes in health-related quality of life (HRQoL) in a population-based sample of children and adolescents after 3 years of follow-up [Text] / J. A. Palacio-Vieira [et al.] // *Qual. Life Res.* – 2008. - № 17. – P. 1207–1215.

341. Chong, L.Y. Is the childhood asthma questionnaire a good measure of health-related quality of life of asthmatic children in Asia?: validation among paediatric patients with asthma in Singapore [Text] / L. Y. Chong, O. M. Chay, L. Shu-Chuen // *Pharmacoeconomics*. – 2006. – Vol. 24(6). – P. 609-21.
342. Christakis, D. A. Methodological issues in pediatric outcomes research [Text] / D. A. Christakis, B. D. Johnston, F. A. Connell // *Ambul. Pediatr.* - 2001. - Vol. 1. - P. 59-62.
343. Clark, S. J. Rural children's health [Text] / S. J. Clark, L. A. Savitz, R. K. Randolph // *West J. Med.* - 2001. - Vol. 174, № 2. - P. 142-7.
344. Cole, T. J. The secular trend in human physical growth: a biological view [Text] / T. J. Cole // *Econ. Hum. Biol.* - 2003. - 1(2). – P. 161-168.
345. Collier, J. Developing a generic child quality of life questionnaire [Text] / J. Collier // *The British Psychological Society*. - 1997. - Vol. 28. - P. 12-16.
346. Collier, J. Norm values for the Generic Children's Quality of Life Measure (GCQ) from a large school-based sample [Text] / J. Collier, D. MacKinlay, D. Phillips // *Qual. Life Res.* - 2000. - Vol. 9, № 6. - P. 617-623.
347. Concepts and measures of health – relative quality of life for children [Text] / C. F. Lee [et al.] // *Hu Li Za Zhi*. – 2004. - Vol. 51, № 2. – P. 73-78.
348. Construct Validity and Responsiveness of the Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 Generic Core Scales and Infant Scales in the PICU [Text] / F. Aspesberro [et al.] // *Pediatr Crit Care Med*. – 2016. – Vol. 17, № 6. – P.272-290.
349. Cox, M. J. Families as systems [Text] / M. J. Cox, B. Paley // *Ann. Rev. Psychol.* - 1997. - Vol. 48. - P. 243-267.
350. Da Mota Falcao, D. Translation and cultural adaptation of quality of life questionnaires: an evaluation of methodology [Text] / D. Da Mota Falcao, R. M. Ciconelli, M. B. Ferraz // *J. Rheum.* – 2003. – Vol. 30(2). – P. 379-385.
351. Degliute, R. Pediatric disability of the upper extremity and quality of life questionnaire: reliability, validity, and sensitivity to change [Text] / R. Degliute, S. Pranckevicius // *Medicine (Kaunas)*. – 2006. – Vol. 42(8). – P. 635-42.



352. Depressive symptoms in low-income mothers and emotional and social functioning in their preschool children [Text] / H. L. Burdette [et al.] // *Ambul. Pediatrics.* – 2003. – Vol. 3. – P. 288-294.
353. Determining a minimal change in a disease-specific quality of life questionnaire [Text] / E. F. Juniper [et al.] // *J. Clin. Epidemiol.* – 1994. – Vol. 47(1). – P. 81-98.
354. Development of a measure of the health - related quality of life of children in public care [Text] / P. Upton [et al.] // *Child Care Health Dev.* - 2005. - Vol. 31, № 4. - P. 409-415.
355. Development of a quality of life instrument for pediatric gastroesophageal reflux disease: qualitative interviews [Text] / S. P. Acierno [et al.] // *J. Pediatr Gastroenter and Nutrit.* – 2010. - № 50(5). – P. 486–92.
356. Development of the Childhood Atopic Dermatitis Impact Scale: initial validation of a quality-of-life measure for young children with atopic dermatitis and their families [Text] / S. L. Chamlin [et al.] // *J. Invest. Dermatol.* – 2005. – Vol. 125(6). – P. 1106-11.
357. Dye, C. Health and urban living [Text] / C. Dye // *Science.* - 2008. - Vol. 319, № 5864. - P. 766-9.
358. Eiser, C. Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review [Text] / C. Eiser, R. Morse // *Qual. Life Res.* – 2001. – Vol. 70 (4). – P. 347-357.
359. Eiser, C. Choices in measuring quality of life in children with cancer: A comment [Text] / C. Eiser // *Psycho-Oncology.* - 1995. - №. 4. - P. 121 - 131.
360. Eiser, C. Quality of Life measures in chronic diseases of childhood [Text] / C. Eiser, R. Morse // *Health Technol.* - 2001. - Vol. 5, № 1. - P. 157.
361. Eiser, C. The measurement of quality of life in young children [Text] / C. Eiser, H. Mohay, R. Morse // *Child Care Health Dev.* - 2000. - Vol. 26. - P. 401-414.
362. Esquivel, M. Excess weight and adiposity in children and adolescents in Havana, Cuba: prevalence and trends, 1972 to 2005 [Text] / M. Esquivel, C. Gonzalez // *MEDICC Rev.* - 2010. - № 12(2). – P. 13-8.
363. Evaluation of the methodological quality of systematic reviews of health status

- measurement instruments [Text] / L. B. Mokkink [et al.] // Qual. Life Res. – 2009. – Vol. 18, № 3. – P. 313-33.
364. Evaluation of the quality of life of infants and very young children: validation of a questionnaire. Multicenter European study [Text] / S. Manificat [et al.] // Arch. Pediatr. - 2000. - Vol. 7, № 6. - P. 605-614.
365. Feeny, D. Evaluation of HRQOL in special population: children [Text] / D. Feeny // Qual. Life Res. – 2000. – Vol. 9(3). – P. 246.
366. Forth-Annual Conference of the International Society for QOL Research: Abstracts [Text] // Qual. Life Res. - 1997. - № 7/8. – P. 613-747.
367. Friedemann, C. Cardiovascular disease risk in healthy children and association with body mass index: systematic review and meta-analysis [Text] / C. Friedemann // BMJ. 2012. - Vol. 345. – P. 4759.
368. Galgani, J. Energy metabolism, fuel selection and body weight regulation [Text] / J. Galgani // Int. J. Obes (Lond). – 2008. - № 32. - P. 10-19.
369. Gastrointestinal symptoms and their association with health-related quality of life of children with juvenile rheumatoid arthritis: validation of a gastrointestinal symptom questionnaire [Text] / H. I. Brunner [et al.] // J. Clin. Rheumatol. – 2005. – Vol. 11(4). – P. 194-204.
370. German cross-cultural adaptation of the Health Utilities Index and its application to a sample of childhood cancer survivors [Text] / R. Felder-Puig [et al.] // Europ. J. Pediatr. – 2000. – Vol. 159(4). – P. 283-288.
371. Gibson, R. S. Assessment of dietary zinc in population [Text] / R. S. Gibson, E. L. Ferguson // Amer. J. Clin. Nutr. - 1998. - Vol. 68(suppl.2). - P. 430-434.
372. Graham, P. A new measure of health-related quality of life for children: preliminary findings [Text] / P. Graham, J. Stevenson, D. Flynn // Psychol. Health. - 1997. - Vol. 12, № 5. - P. 655-665.
373. Guy, D. E. Gastroesophageal reflux disease: risk factors, and impact on quality of life – a population based study [Text] / D. E. Guy, N. J. Talley // J. Clin. Gastroenter. - 2009. - № 43. - P. 111–7.

374. Health-related quality of life in the pediatric population [Text] / A. L. Quittner, M. Davies, A. Mody // In: M Roberts, editor of the Handbook of child psychology. New – York: Guilford Publications, 2003. - P. 696-709.
375. Health-related quality of life in urban elementary schoolchildren [Text] / M. E. Mansour [et al.] // Pediatrics. – 2003. – Vol. 111. – P. 1372-1381.
376. Helseth, S. Health-related quality of life in a Norwegian sample of healthy adolescents: some psychometric properties of CHQ-CF87-N in relation to KINDL-N [Text] / S. Helseth, T. Lund, K. A. Christophersen // J. Adolesc. Health. – 2006. – Vol. 38(4). – P. 416-25.
377. Improving quality of prescriptions with clinical audit [Text] / S. K. Chaturvedi [et al.] // Indian J. Med. Sci. – 2008. – Vol. 62, № 11. – P.461-470.
378. Jaacks, L. M. Recent trends in the prevalence of under- and overweight among adolescent girls in low- and middle-income countries [Text] / L. M. Jaacks, M. M. Slining, B. M. Popkin // *Pediatr Obes.* – 2015. – 5. doi: 10.1111
379. Kind, P. Measuring quality of life in children. In: Assessment of Quality of Life in Childhood Asthma [Text] / Kind P. [et al.]. - Switzerland: Harwood Academic Publishers, 1994. – P. 107-117.
380. Krawczynski, M. Secular changes in body height and weight in children and adolescents in Poznan, Poland, between 1880 and 2000 [Text] / M. Krawczynski, J. Walkowiak, A. Krzyzaniak // *Acta Pediatr.* – 2003. – Vol. 92. - P.277-282.
381. Kvrjic, S. Quality of life and its measurement in children [Text] / S. Kvrjic, O. Niciforovic-Surcovic // *Med. Pregl.* – 2002. – Vol. 55(1-2). – P. 57-9.
382. Landgraf, J. M. Quality of life measures in chronic diseases in childhood [Text] / J. M. Landgraf // *Qual. Life Res.* - 2002. - Vol. 11. - P. 609-611.
383. Lester, D. Sheldon’s theory of personality in young children [Text] / D. Lester, S. Kaminsky, M. Mc.Govern // *Percept. Mot. Skills.* – 1993. – Vol.77, № 3. - Pt. 2. – P. 1330.
384. Lindstrom, B. Quality of life for children and disabled children based on health as a resource concept [Text] / B. Lindstrom // *J. Epidemiol. Community Health.* - 1994. - Vol. 48, № 6. - P. 529-530.

385. Loonen, H. J. Measuring health-related quality of life of pediatric patients [Text] / H. J. Loonen, B. H. Derkx, A. R. Otley // *J. Peiatr. Gastroenterol. Nutr.* - 2001. – Vol. 32(5). – P. 573-8.
386. Manificat, S. Evaluation of the quality of life of infants and very young children: validation of a questionnaire. Multicenter European study [Text] / S. Manificat, A. Dazord, J. Languet // *Arch. Pediat.* – 2000. - № 7(6). – P. 605–614.
387. Maternal chronic ill health negatively affects child survival in a poor rural population of Pakistan [Text] / R. Nuruddin [et al.] // *World Health Popul.* - 2007. - Vol. 9, № 3. - P. 27-35.
388. Measurement properties of the UK - English version of the Pediatric Quality of Life Inventory scales [Text] / P. Upton [et al.] // *Health Qual. Life Outcomes.* - 2005. - Vol. 3, № 1. - P. 22.
389. Measuring health-related quality of life in children: the development of the TACQOL parent [Text] / T. Vogels [et al.] // *Qual. Life Res.* - 1998. - Vol.7, № 5. - P. 457-465.
390. Micronutrient status survey in Tajikistan 2003. Dushanbe, UNICEF, Ministry of Health, Asian Development Bank, World Health Organization, National Institute for Research on Food and Nutrition (Italy). Kazakh Academy of Nutrition (Kazakhstan) / F. Branca, S. Tazhibayev. - 2004.
391. Minimum skills required by children to complete health-related quality of life instruments for asthma: comparison of measurement properties [Text] / E. F. Juniper [et al.] // *Europ. Respir J.* – 1997. – Vol. 10(10). – P. 2285-2294.
392. Mobbs, E. J. The psychological outcome of constitutional delay of growth and puberty [Text] / E. J. Mobbs // *Horm Res.* - 2005. - Vol. 63(Suppl 1). - P. 1-66.
393. Morath, D. J. Iron deficiency during embryogenesis and consequences for oligodendrocyte generation in vivo [Text] / D. J. Morath, M. Mayer-Proschelii // *Neurosci.* - 2002. - Vol. 24, № 2-3. - P. 197-207.
394. Msall, M. E. Functional outcomes in self - care, mobility, communication, and learning in extremely lowbirth weight infants [Text] / M. E. Msall, M. R. Tremont // *Clin. Perinatal.* - 2000. - Vol. 27. - P. 381-401.

395. National nutrition and water & sanitation survey, Tajikistan. Dushanbe, Action Against Hunger, ECHO, Mercy Corps [Text] / E. Baronina [et al.] - 2003.
396. Noyes, J. Health and quality of life of ventilator-dependent children [Text] / J. Noyes // J. Adv. Nurs. - 2006. - Vol. 56, № 4. - P. 392-403.
397. Oruamabo, R. S. Child malnutrition and the Millennium Development Goals: much haste but less speed? Related citations [Text] / Arch Dis Child. Feb. 2015. – Vol. 100, Suppl 1 – P. 19-22.
398. Paediatric quality of life instruments: a review of the impact of the conceptual framework on outcomes [Text] / E. Davis [et al.] // Dev. Med. Child Neurol. – 2006. – Vol. 48(4). – P. 311-8.
399. Payot, A. The Quality of Life of Young Children and Infants with Chronic Medical Problems: Review of the Literature [Text] / A. Payot, K. J. Barrington // Curr. Probl. Pediat. Qual. Life Res. 2011. - Vol. 20. - P. 45–55.
400. Payot, A. The Quality of Life of Young Children and Infants with Chronic Medical Problems: Review of the Literature [Text] / A. Payot, K. J. Barrington // Curr. Probl. Pediat. Adolesc Hlth Care. – 2011. - № 41. – P. 91–101.
401. Pediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (PQ-LES-Q): reliability and validity [Text] / J. Endicott [et al.] // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. – 2006. – Vol. 45(4). – P. 401-7.
402. QOL research in child health. Present state and issues [Text] / T. Matsuda [et al.] // Nihon Koshu Eisei Zasshi. – 2006. – Vol. 53, № 11. – P. 805-17.
403. Quality of Life of Children with Congenital Heart Diseases: A Multi-center Controlled Cross-Sectional Study [Text] / P. Amedro [et al.] // Pediatr Cardiol. – 2015. – Vol. 36, N 8. – P.1588-1601.
404. Quality of life of the population of St. Peterburg [Text] / A. A. Novik [et al.] // Qual. Life Res. - 2000. - Vol. 9, № 3. - P. 308.
405. Quittner, A. L. Health-related quality of life in the pediatric population [Text] / A. L. Quittner, M. Davies, A. Mody. - In: M Roberts, editor of the Handbook of child psychology. New York: Guilford Publications, 2003. - P. 696-709.
406. Seid, M. Measuring quality of care for vulnerable children: challenges and

- conceptualization of a pediatric outcome measure of quality [Text] / M. Seid, J.W. Varni, P.S. Kurtin // *Am. J. Med. Qual.* - 2000. - Vol. 15, N 4. - P. 182-188.
407. Spieth, L. E. Assessment of health-related quality of life in children and adolescents: an integrative review [Text] / L. E. Spieth, C. V. Harris // *J. Pediatr. Psychol.* - 1996. - Vol. 21, № 2. - P. 175-193.
408. The child and parent perspectives multidimensional quality of life outcomes after kidney transplantation [Text] / S. J. Anthony [et al.] // *Pediatr. Transplant* 2010. - № 14. – P. 249-56.
409. The development of a theoretically driven measure of quality of life for children aged 6-11 years [Text] / C. Eiser [et al.] // *Child Care Health Dev.* - 2000. - Vol. 26. - P. 445-456.
410. The development of the How Are You? (HAY), a quality of life questionnaire for children with a chronic illness [Text] / J. Bruil [et al.] // *Quality of Life News Letter.* - 1998. – Vol. 3, № 9. – P. 101-102.
411. The European KIDSCREEN Group. The KIDSCREEN-27 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries [Text] / U. Ravens-Sieberer [et al.] // *Qual. Life Res.* – 2007 - № 16. – P. 1347–1356.
412. The European KIDSCREEN Group. The KIDSCREEN-52 Quality of life measure for children and adolescents: Development and first results from a European survey [Text] / U. Ravens-Sieberer [et al.] // *Exp. Rev. Pharmacoeconom. & Outcome Res.* – 2005. – № 5(3). – P. 353–364.
413. The KIDSCREEN group. Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multilevel analysis [Text] / G. Michel [et al.] // *Qual. Life Res.* - 2009. - Vol. 18. – P. 1147–1157.
414. The PedsQL 4.0 as a pediatric population health measure: feasibility, reliability, and validity [Text] / J. W. Varni [et al.] // *Ambul. Pediatr.* - 2003. - Vol. 3, № 6. - P. 329-341.

415. The PedsQL 4.0 Generic Core Scales: sensitivity, responsiveness, and impact on clinical decision - making [Text] / J. W. Varni [et al.] // J. Behav. Med. - 2002. - Vol. 25, N 2. - P. 175-193.
416. The PedsQL in pediatric rheumatology: reliability, validity, and responsiveness of the Pediatric Quality of Life Inventory Generic Core Scales and Rheumatology Module [Text] / J. W. Varni [et al.] // Arthritis Rheum. - 2002. - Vol. 46, № 3. - P. 714-725.
417. The PedsQL™ Infant Scales: Feasibility, internal consistency reliability and validity in healthy and ill infants [Text] / J. W. Varni [et al.] // Qual. Life Res. – 2011. - № 20. – P. 45–55.
418. The russian child health care system / A. Baranov [et al.] // The Journal of Pediatrics. - 2016. - Vol. 177, № 5. - S148-S155.
419. Translation health status questionnaires and evaluating their quality: The International Quality of Life Assessment Project approach [Text] / M. Bullinger [et al.] // J. clin. Epidemiol. – 1998. – Vol. 51(11). – P. 913-923.
420. Using verbal autopsy to assess the path to death: infant and maternal mortality in Dushanbe and Khatlon Oblast, Tajikistan [Text] / R. Guerra [et al.]. – Dushanbe: UNICEF, Ministry of Health, 2003.
421. Validation of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ 11-14) [Text] / L. A. Foster Page [et al.] // J. Dent. Res. – 2005. – Vol. 84(7). – P. 649-52.
422. Validation of the German version of the Pediatric Quality of Life Inventory™ (PedsQL™) in childhood cancer patients off treatment and children with epilepsy [Text] / R. Felder-Puig [et al.] // Qual. Life Res. – 2004. – Vol. 13. – P. 223-234.
423. Validation of the Pediatric Voice-Related Quality-of-Life survey [Text] / M. E. Boseley [et al.] // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2006. – Vol. 132(7). – P. 717-20.
424. Varni, J. W. How young can children reliably and validly self- report their health -related quality of life?: an analysis of 8,591 children across age subgroups with the PedsQL 4.0 Generic Core Scales [Text] / J. W. Varni, C. A. Limbers, T. M. Burwinkle // Health Qual. Life Outcomes. - 2007. - Vol. 5. - P. 1.

425. Varni, J. W. Literature review: health-related quality of life measurement in pediatric oncology: hearing the voices of the children [Text] / J. W. Varni, C. Limbers, T. M. Burwinkle // J. Pediatr Psychol. – 2007. - № 32(9). – P. 1151-63.
426. Varni, J. W. PedsQL 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations [Text] / J. W. Varni, M. Seid, P. S. Kurtin // Med. Care. - 2001. - Vol. 39, № 8. - P. 800-812.
427. Varni, J. W. The PedsQL 4.0 as a school population health measure: feasibility, reliability, and validity [Text] / J. W. Varni, T. M. Burwinkle, M. Seid // Qual. Life Res. - 2006. - Vol. 15, № 2. - P. 203-215.
428. Wallander, J. L. Quality of Life Measurement in Children and Adolescent: Issues, Instruments, and Application [Text] / J. L. Wallander, M. Schitt, H. M. Koot // J. Clin. Psych. - 2001. - Vol. 57, N 4. - P. 571-585.
429. World Health Organization Constitution: Basic Documents. - Geneva, 1948.
430. World Health Organization et al. Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition. – World Health Organization, 2014. – № WHO/NMH/NHD/14.1.
431. World Health Organization Expert Committee. Physical Status, the Use and Interpretation of Anthropometry. - Geneva: World Health Organization, 1995. - P. 263-311.
432. World Health Organization. General assembly proclaims the decade of action on nutrition [Text] / Journal of the Home Economics Institute of Australia. – 2016. – Vol. 23, № 3. – C. 27-29.
433. World Health Organization. Pocket book of hospital care for children: guidelines for the management of common childhood illnesses. – World Health Organization, 2013.
434. Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children [Text] / R. Escobar [et al.] // Pediatrics. - 2005. - Vol. 116, № 3. - P. 364 - 369.



435. Zebrack, B. Psychometric analysis of the Quality of Life-Cancer Survivors (QOL-CS) in survivors of childhood cancer [Text] / B. Zebrack, M. A. Chesler // Qual. Life Res. – 2001. - Vol. 10(4). – P. 319-329.

## Список научных публикаций соискателя ученой степени

### Статьи в рецензируемых журналах

- 1-А. Абдуллаева, Н.Ш. Медико-социальные основы здоровья новорожденных детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, А.М. Миракилова // Вестник Авиценны. – 2012. – № 1 (50). – С. 117-120.
- 2-А. Абдуллаева, Н.Ш. Оценка факторов риска у часто болеющих детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, А.М. Миракилова // Известия Академии наук Республики Таджикистан. – 2013. – № 3-4 (184). – С. 38-43.
- 3-А. Абдуллаева, Н.Ш. Особенности эмоционально-поведенческого статуса детей дошкольного возраста [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, А.М. Миракилова // Вестник таджикского национального университета. – 2015. - № 1/2 (160). – С. 247-249.
- 4-А. Абдуллаева, Н.Ш. Социально-гигиеническая характеристика состояния здоровья и качества жизни часто болеющих детей (на примере г. Душанбе) [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Российский педиатрический журнал. – 2018. – Т.21, № 2 – С. 97-100.
- 5-А. Абдуллаева, Н.Ш. Особенности физического развития детей раннего возраста г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2018. – Т.8, № 2(26). – С. 157-161.
- 6-А. Абдуллаева, Н.Ш. Факторы, способствующие развитию и обострению атопического дерматита у детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, З.Н. Набиев // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2018. – Т.8, № 3(27). – С. 335-340.
- 7-А. Абдуллаева, Н.Ш. Клинические проявления заболеваний кожи у детей Дангары Хатлонской области [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, З.Н. Набиев, Н.К. Кузибаева // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2018. – Т.8, № 4(28). – С. 465-469.
- 8-А. Абдуллаева, Н.Ш. Ғизои кӯдакони соли аввали ҳаёт [Матн] / Н.Ш. Абдуллаева // Авҷи зуҳал. - 2019. - № 1 (34). – С. 116-121.

9-А. Абдуллаева, Н.Ш. Сравнительный анализ физического развития детей раннего и дошкольного возраста г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2019. – Т. 9, № 3(31). – С. 233-239.

10-А. Абдуллаева, Н.Ш. Оценка гармоничности физического развития детей г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. - 2020. – Т. 10, № 1(33). – С. 5-9.

11-А. Абдуллаева, Н.Ш. Комплексная оценка состояния здоровья детей раннего и дошкольного возраста [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Здравоохранение Таджикистана. - 2020. - № 3 (346). С. 5-10.

12-А. Абдуллаева, Н.Ш. Показатели качества жизни детей первого года жизни [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, И.В. Винярская // Здравоохранение Таджикистана. - 2021. - № 1 (348). С. 5-10.

13-А. Абдуллаева, Н.Ш. Гендерные особенности качества жизни детей дошкольного возраста, проживающих в г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, И.В. Винярская // Здравоохранение Таджикистана. - 2021. - № 3 (350). С. 5-11.

14-А. Абдуллаева, Н.Ш. Удовлетворённость законных представителей детей оказанием медицинской помощи в городских центрах здоровья [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Здравоохранение Таджикистана. - 2022. - № 4 (355). - С. 5-11.

15-А. Абдуллаева, Н.Ш. Оценка качества жизни как критерий эффективности амбулаторного лечения [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. – 2022. – Т. XII, № 4(44) – С. 5-11.

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

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

17-А. Абдуллаева, Н.Ш. Влияние комплекса факторов на формирование физического развития новорожденных и особенности их ранней адаптации [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Труды Республиканской научно-практической

конференции с международным участием «Новые технологии и репродуктивное здоровье» (27-28 ноября, 2008). – Душанбе, 2008. – С. 176-180.

18-А. Абдуллаева, Н.Ш. Опыт применения антибиотиков в лечении бронхитов у детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, С.Ф. Хайдарова, Р.П. Пачаева // Здоровоохранение Таджикистана. – 2010. – № 1. – С. 65-68.

19-А. Абдуллаева, Н.Ш. Антибактериальная терапия тонзиллофарингитов в педиатрической практике [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. – 2012. – № 1(13). – С. 16-20.

20-А. Абдуллаева, Н.Ш. Качество жизни часто и длительно болеющих детей [Текст] / Н. Ш. Абдуллаев // Материалы Международного Конгресса «Здоровье и питание» Международная конференция детских диетологов и гастроэнтерологов (13–15 декабря, 2013 г.). – М., 2013. - С. 5.

21-А. Абдуллаева, Н.Ш. Сравнительная характеристика качества жизни детей в зависимости от вида вскармливания [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова // Материалы Международного Конгресса «Здоровье и питание» Международная конференция детских диетологов и гастроэнтерологов (13–15 декабря, 2013 г.). - Москва, 2013. - С. 5-6.

22-А. Абдуллаева, Н.Ш. Особенности состояния здоровья детей, проживающих в домах ребенка [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Материалы Международного Конгресса «Здоровье и питание» Международная конференция детских диетологов и гастроэнтерологов (13–15 декабря, 2013 г.). - Москва, 2013. - С. 76.

23-А. Абдуллаева, Н.Ш. Факторы риска, способствующие развитию частых респираторных инфекций у детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова // Вестник перинатологии 2(58) - 3(59) 2013. Материалы V Конгресса Федерации педиатров стран СНГ, VI Конгресс Педиатров и Неонатологов Республики Молдова (22-24 мая, 2013 г.). - Кишинев, 2013. - С. 282-283.

24-А. Абдуллаева, Н.Ш. Показатели качества жизни детей с частыми респираторными заболеваниями [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, И.В. Винярская,

В.В. Черников // Сборник материалов XVII Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» (14-16 февраля). - Москва, 2014. - С. 2.

25-А. Абдуллаева, Н.Ш. Структура заболеваемости детей раннего возраста по обращаемости в медицинские центры здоровья [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Сборник материалов XVII Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» (14-16 февраля, 2014). – Москва, 2014. - С. 244.

26-А. Абдуллаева, Н.Ш. Медико-социальные аспекты формирования здоровья детей, проживающих в домах ребенка [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Материалы научно-практической конференции, посвященной юбилею 90-летия присвоения статуса столицы города Душанбе на тему: “Достижения и перспективы в области репродуктивного здоровья, улучшения здоровья матери и ребенка”. Душанбе. - 2014. - С.260-263.

27-А. Абдуллаева, Н.Ш. Роль витамина Д в генезе частых респираторных заболеваний у детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. – 2014. – № 3(23). – С. 146-149.

28-А. Абдуллаева, Н.Ш. Особенности организации питания детям грудного и раннего возраста: проблемы, пути решения [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. – 2014. – № 4(24). – С. 11-16.

29-А. Абдуллаева, Н.Ш. Комплексная оценка состояния здоровья детей раннего возраста из группы перинатального риска [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. – 2014. – № 4(24). – С. 17-19.

30-А. Абдуллаева, Н.Ш. Особенности развития и социальной адаптации детей, оставшихся без попечения родителей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Сборник материалов XVIII Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» (13-15 февраля, 2015). – Москва, 2015. - С. 174.

- 31-А. Абдуллаева, Н.Ш. Новые подходы в лечении острых респираторных инфекций у детей, воспитывающихся в детских домах [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева [и др.] // Здравоохранение Таджикистана. - 2015. - № 1 (приложение 1). - С. 66-68.
- 32-А. Абдуллаева, Н.Ш. Эффективность иммунокорректирующей терапии при рекуррентных респираторных инфекциях у детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, А.М. Миракилова // Здравоохранение Таджикистана. - 2015. - № 1 (приложение 1). - С. 107-109.
- 33-А. Абдуллаева, Н.Ш. Оценка качества жизни детей раннего возраста [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. – 2016. – № 1(29). – С. 8-11.
- 34-А. Абдуллаева, Н.Ш. Особенности роста и развития детей первого года жизни, перенесших перинатальное поражение центральной нервной системы [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. – 2016. – № 2(30). – С. 12-15.
- 35-А. Абдуллаева, Н.Ш. Антенатальное формирование здоровья детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Сборник материалов международной научно-практической конференции «Охрана здоровья матери и ребенка» (14 октября, 2016 г.). – Душанбе, 2016. - С. 126-127.
- 36-А. Абдуллаева, Н.Ш. Особенности роста, развития и показателей качества жизни детей раннего возраста, перенесших перинатальное поражение центральной нервной системы [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Здоровье матери и ребенка. – Бишкек, Кыргызстан. - 2016. – Т. 8, № 2 – С. 27-31.
- 37-А. Абдуллаева, Н.Ш. Особенности морфофункционального статуса физического развития детей, оставшихся без попечения родителей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, Р.П. Пачаева, М.П. Носирова // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. – 2017. – № 1(33). – С. 47-50.

- 38-А. Абдуллаева, Н.Ш. Состояние здоровья и показатели качества жизни часто и длительно болеющих детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. – 2017. – № 3(35). – С. 11-15.
- 39-А. Абдуллаева, Н.Ш. Стандарты роста и развития детей первого года жизни г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. – 2018. – № 1(37). – С. 5-10.
- 40-А. Абдуллаева, Н.Ш. Влияние социально-биологических факторов риска на показатели качества жизни детей раннего возраста г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Материалы ежегодной XXIV научно-практической конференции Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ «Юбилейные научные чтения» и симпозиума по детской хирургии «Современные тенденции науки и практики в детской хирургии» (с международным участием), (10 октября, 2018 г.) – Душанбе, 2018. – С. 11-12.
- 41-А. Абдуллаева, Н.Ш. Анализ показателей физического развития детей раннего возраста г. Душанбе [Текст] / Н. Ш. Абдуллаева, Р. П. Пачаева, С. Н. Кудратова // Материалы IX Конгресса педиатров стран СНГ Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания, «Формирование здоровья детей в современных условиях здравоохранения» и III форума по питанию (10-11 октября, 2019 г.). – Душанбе, 2019. - С. 35-36.
- 42-А. Абдуллаева, Н.Ш. Физическое развитие детей раннего и дошкольного возраста по данным антропометрических исследований [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Материалы IX Конгресса педиатров стран СНГ Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания, «Формирование здоровья детей в современных условиях здравоохранения» и III форума по питанию (10-11 октября, 2019 г.). – Душанбе, 2019. - С. 36-37.
- 43-А. Абдуллаева, Н.Ш. Динамические изменения в физическом развитии детей раннего и дошкольного возраста г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, С.К. Ташбаева, О.Х. Каримова // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. – 2019. – № 1(41). – С. 30-34.

- 44-А. Абдуллаева, Н.Ш. Сравнительный анализ физического развития детей г. Душанбе по данным антропометрических исследований [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Российский педиатрический вестник. – 2020. – Т. 23. №1. С. 3.
- 45-А. Абдуллаева, Н.Ш. Роль медицинской активности родителей в выявлении детской патологии [Текст] / Н. Ш. Абдуллаева // Здоровоохранение Таджикистана. - 2020. - № 4 (приложение). - С. 38-39.
- 46-А. Абдуллаева, Н.Ш. Качество жизни детей раннего возраста и определяющие его факторы [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, Р.П. Пачаева // Здоровоохранение Таджикистана. - 2020. - № 4 (приложение). - С. 39-40.
- 47-А. Абдуллаева, Н.Ш. Гендерные особенности качества жизни детей первого года жизни [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова // Сборник материалов XXIII Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» (5-7 марта, 2021 г.). – М., 2021. - С.1.
- 48-А. Абдуллаева, Н.Ш. Оценка качества жизни детей дошкольного возраста г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Материалы ежегодной II научно-практической конференции с международным участием Медико-социальное учение - новое направление в развитии образования, практики и науки (достижения, проблемы и его развитие) в Республике Таджикистан (28-29 октября, 2022 г.). – Душанбе, 2022. - С. 42-43.
- 49-А. Абдуллаева, Н.Ш. Показатели качества жизни детей первого года жизни г. Душанбе / [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Материалы ежегодной II научно-практической конференции с международным участием Медико-социальное учение - новое направление в развитии образования, практики и науки (достижения, проблемы и его развитие) в Республике Таджикистан (28-29 октября, 2022 г.). – Душанбе, 2022. - С. 43-44.

### **Монография**

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



### **Методическая рекомендация**

1. Абдуллаева, Н.Ш. Стандарты и таблицы по индивидуальной оценке физического развития детей от 0 до 6 лет г. Душанбе Республики Таджикистан / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Д.Д. Пиров, Р.П. Пачаева // Методические рекомендации. - Душанбе, 2018. - 73 с. (РИСО МЗиСЗН РТ протокол № 1 от 23.01.2018).

## **ПРИЛОЖЕНИЕ**

Показатели естественного движения населения г. Душанбе за период 2011-2021 гг.

Показатели		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Общий коэффициент рождаемости (на 1000 населения)	<b>РТ</b>	<b>28,7</b>	<b>27,8</b>	<b>25,9</b>	<b>27,8</b>	<b>28,1</b>	<b>26,6</b>	<b>25,4</b>	<b>25,6</b>	<b>25,4</b>	<b>25,8</b>	<b>22,1</b>
	<b>Душанбе</b>	23,8	22,8	14,4	16,5	18,3	17,5	18,8	18,4	19,5	21,0	16,1
Общий коэффициент смертности (на 1000 населения)	<b>РТ</b>	<b>4,3</b>	<b>4,3</b>	<b>3,9</b>	<b>4,0</b>	<b>4,0</b>	<b>3,9</b>	<b>3,6</b>	<b>3,6</b>	<b>3,6</b>	<b>4,5</b>	<b>4,0</b>
	<b>Душанбе</b>	3,5	3,6	3,2	3,2	3,3	3,3	2,9	3,0	3,1	4,3	3,0
Естественный прирост (на 1000 населения)	<b>РТ</b>	<b>24,4</b>	<b>23,5</b>	<b>22,0</b>	<b>23,8</b>	<b>24,1</b>	<b>22,6</b>	<b>21,8</b>	<b>22,0</b>	<b>21,8</b>	<b>21,3</b>	<b>18,1</b>
	<b>Душанбе</b>	20,4	19,3	11,2	13,3	15,0	14,2	15,9	15,4	16,4	16,6	18,1
Младенческая смертность	<b>РТ</b>	<b>17,8</b>	<b>17,2</b>	<b>17,9</b>	<b>17,5</b>	<b>16,5</b>	<b>15,8</b>	<b>16,3</b>	<b>14,3</b>	<b>14,8</b>	<b>13,7</b>	<b>14,2</b>
	<b>Душанбе</b>	14,9	16,2	17	15,5	14,9	13,1	14,8	11,1	11,1	11,2	9,0
Детская смертность	<b>РТ</b>	<b>22,6</b>	<b>21,8</b>	<b>22,4</b>	<b>21,2</b>	<b>20,6</b>	<b>20,1</b>	<b>21,0</b>	<b>17,9</b>	<b>18,2</b>	<b>16,9</b>	<b>17,7</b>
	<b>Душанбе</b>	16,7	18,6	19,6	17,1	17,1	15,0	16,7	12,4	12,9	12,4	10,4

Динамика возрастной структуры детского населения от 0 до 6 лет с 2011 по 2021 гг. по г. Душанбе

Возрастно-половые группы		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
0	Оба пола	<b>17266</b>	<b>17577</b>	<b>17052</b>	<b>10902</b>	<b>12738</b>	<b>14316</b>	<b>13951</b>	<b>15316</b>	<b>15282</b>	<b>21137</b>	<b>22420</b>
	Мальчики	8900	9094	8813	5635	6844	8045	7324	8040	8101	11019	11576
	Девочки	8366	8483	8239	5267	5894	6271	6627	7276	7181	10118	10844
1	Оба пола	<b>16676</b>	<b>17246</b>	<b>17540</b>	<b>17044</b>	<b>10884</b>	<b>12731</b>	<b>14296</b>	<b>13929</b>	<b>15314</b>	<b>18929</b>	<b>24149</b>
	Мальчики	8659	8891	9077	8813	5626	6840	8035	7310	8038	9624	12099
	Девочки	8017	8355	8463	8231	5258	5891	6261	6619	7276	9305	12051
2	Оба пола	<b>17123</b>	<b>16672</b>	<b>17237</b>	<b>17542</b>	<b>17039</b>	<b>10878</b>	<b>12723</b>	<b>14299</b>	<b>13934</b>	<b>19587</b>	<b>23222</b>
	Мальчики	8815	8658	8886	9077	8810	5621	6838	8035	7309	9941	11499
	Девочки	8308	8014	8351	8465	8229	5257	5885	6264	6625	9646	11723
3	Оба пола	<b>15537</b>	<b>17119</b>	<b>16673</b>	<b>17236</b>	<b>17535</b>	<b>17032</b>	<b>10872</b>	<b>12734</b>	<b>14306</b>	<b>18696</b>	<b>23658</b>
	Мальчики	8078	8813	8656	8886	9071	8804	5617	6842	8041	9513	11779
	Девочки	7459	8306	8017	8350	8464	8228	5255	5892	6265	9183	11878
4	Оба пола	<b>14955</b>	<b>15534</b>	<b>171117</b>	<b>16675</b>	<b>17233</b>	<b>17531</b>	<b>17027</b>	<b>10886</b>	<b>12736</b>	<b>19794</b>	<b>24371</b>
	Мальчики	7681	8076	8811	8654	8884	9068	8804	5625	6843	10318	12156
	Девочки	7274	7458	8306	8021	8349	8463	8223	5261	5893	9476	12215
5	Оба пола	<b>15164</b>	<b>14950</b>	<b>15527</b>	<b>17122</b>	<b>16670</b>	<b>17232</b>	<b>17529</b>	<b>17031</b>	<b>10896</b>	<b>20113</b>	<b>26387</b>
	Мальчики	7827	7679	8073	8815	8649	8883	9069	8804	5632	10316	13192
	Девочки	7337	7271	7454	8307	8021	8349	8460	8227	5264	9797	13195
6	Оба пола	<b>14591</b>	<b>15157</b>	<b>14947</b>	<b>15526</b>	<b>17122</b>	<b>16666</b>	<b>17226</b>	<b>17542</b>	<b>17047</b>	<b>18506</b>	<b>26804</b>
	Мальчики	7529	7822	7679	8071	8815	8644	8878	9070	8811	9358	13436
	Девочки	7062	7335	7268	7455	8307	8022	8348	8472	8236	9148	13368
0-6	Оба пола	<b>111312</b>	<b>114255</b>	<b>116093</b>	<b>112047</b>	<b>109221</b>	<b>106386</b>	<b>103624</b>	<b>101737</b>	<b>99515</b>	<b>136762</b>	<b>171011</b>
	Мальчики	57489	59033	59995	57951	56699	55905	54565	53726	52775	70089	85737
	Девочки	53823	55222	56098	54096	52522	50481	49059	48011	46740	66673	85274

Показатели смертности плодов и младенцев г. Душанбе за период 2011-2021 гг.

Показатели	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Фетоинфантильные потери (на 1000 родившихся живыми и мёртвыми)	34,3	36,8	35,1	28,1	23,4	22,6	22,8	17,5	15,8	20,7	16,5
Мертворождаемость	19,4	20,6	18,1	12,6	8,5	9,5	8,0	6,4	4,7	9,5	7,5
Младенческая смертность (на 1000 ж/р)	14,9	16,2	17	15,5	14,9	13,1	14,8	11,1	11,1	11,2	9,0
Неонатальная смертность	30,5	34,0	18,8	11,9	11,2	10,6	11,2	8,9	9,4	8,9	7,2
<b>Перинатальная смертность</b>	<b>39,4</b>	<b>41</b>	<b>35,9</b>	<b>22,5</b>	<b>18,9</b>	<b>18,7</b>	<b>17,2</b>	<b>14,0</b>	<b>12,6</b>	<b>17,4</b>	<b>14,6</b>
Ранняя неонатальная смертность	28,1	32,1	17,9	9,9	9,3	9,3	9,2	7,6	7,9	8,0	7,8
Поздняя неонатальная смертность	2,4	1,9	2,4	3,2	2,5	1,9	2,0	1,3	1,5	0,9	0,6
Постнеонатальная смертность	-	-	-	5,4	5,5	3,7	3,6	2,2	1,9	2,2	1,2

Распределение причин младенческой смертности по  
г. Душанбе за 2014-2021 гг. (на 1000 ж/р)

Перечень заболеваний	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Инфекционные и паразитарные	1,36	0,9	1,05	0,47	0,66	0,40	0,10	0,40
	I	III	I	III	I	I	V	II
Эндокрин. сист., расстройства питания	0,00	0,05	0,00	0,21	0,05	0,05	0,00	0,00
	-	VI	-	V	VII	VII	-	-
Новообразования	0,00	0,05	0,00	0,00	0,10	0,00	0,00	0,00
	-	VI	-	-	VI	-	-	-
Болезни крови и кроветворных органов	0,00	0,05	0,00	0,00	0,05	0,10	0,10	0,04
	-	VI	-	-	VII	VI	V	VI
Бол. нервной системы	0,50	0,19	0,05	0,52	0,35	0,00	0,31	0,09
	III	IV	III	II	III	-	III	V
Бол. уха и сосцев. отростка	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	-	-	-	-	-	-	-	-
Бол. глаз и его придат. аппарата	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	-	-	-	-	-	-	-	-
Бол. крови и кроветв. органов	0,00	0,00	0,00	0,26	0,00	0,00	0,10	0,00
	-	-	-	IV	-	-	V	-
Бол. органов дыхания	0,76	1,18	0,86	0,83	0,56	0,30	0,52	0,13
	II	I	II	I	II	III	I	IV
Бол. орг. пищевар.	0,10	0,00	0,00	0,16	0,00	0,25	0,16	0,00
	VI	-	-	VI	-	IV	IV	-
Бол. мочеполовой системы	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04
	-	-	-	-	-	-	-	VI
Бол. кожи и подкож. клетчатки	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	-	-	-	-	-	-	-	-
Бол. костно-мышечной системы	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00
	-	-	-	VII	-	-	-	-
Врожденные аномалии, хромосомные нарушения	0,35	1,09	0,24	0,47	0,15	0,15	0,37	0,26
	V	II	II	III	V	V	II	III
Травмы, отравления и др. последствия воздействия внешних причин	0,00	0,14	0,00	0,16	0,05	0,15	0,05	0,04
	-	V	-	VI	VII	V	VI	VI

**Заболеваемость детей первого года жизни по классам заболеваний  
г. Душанбе за 2011-2021 гг. по данным формы № 31 (на 100000 ж/р)**

<b>Наименование классов</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Всего заболеваний	9446,6	9023,7	11744,2	10274,7	15053,4	10410,0	10814,9	9273,6	7960,5	7393,3	6391,7
Инфекционные и паразитарные болезни, в том числе и острые кишечные инфекции	1716,0	1659,5	2587,5	2112,6	3129,5	2296,8	2037,8	2010,5	1766,3	1601,2	1217,4
Болезни нервной системы	1481,4	1590,9	2260,6	1304,4	2565,3	2156,3	1614,6	1860,3	1530,4	961,5	899,3
Болезни глаз и его придаточного аппарата	724,6	802,6	933,6	789,6	777,3	929,8	1249,0	895,7	668,5	735,2	610,7
Болезни уха и сосцевидного отростка	397,6	324,6	379,3	338,8	791,7	257,6	283,7	279,5	232,5	193,9	141,3
Болезни органов дыхания	644,0	732,6	972,4	910,0	1152,9	829,4	887,4	781,7	516,1	726,9	658,1
Болезни органов пищеварения	2933,9	2520,6	3836,8	3284,2	5160,5	3665,9	3362,0	2892,6	3010,4	2252,2	2275,3
Болезни мочеполовой системы	540,3	473,9	466,1	449,5	652,2	336,6	393,1	394,8	306,5	314,3	241,6
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	331,5	365,4	271,1	304,8	403,7	262,8	215,7	232,8	167,0	354,9	277,8
	1019,5	1216,2	1244,5	1293,4	1283,9	1144,4	1704,2	1321,4	923,8	901,7	759,4

*Продолжение приложения 5*

Врожденные аномалии и хромосомные нарушения	17,2	40,8	33,9	24,7	87,2	55,3	99,1	56,3	52,1	48,6	35,5
Травмы, отравления и др. последствия воздействия внешних причин	122,7	119,2	120,3	84,3	682,8	33,3	32,4	33,6	15,5	53,1	34,8
Болезни крови и кроветворных органов	288,5	253,6	345,3	262,9	419,5	230,8	199,5	154,6	137,8	112,1	86,6
Бол. эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	393,1	239,7	343,9	195,0	170,6	75,0	83,7	68,1	65,4	44,0	21,5
Прочие	317,5	275,0	209,5	225,0	341,6	292,3	267,4	152,0	98,6	55,2	31,8