

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

УДК 616-053.2-071; 616-053

На правах рукописи

**АБДУЛЛАЕВА
НОДИРА ШОМУРАТОВНА**

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

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

Душанбе – 2024

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

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

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

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

Джураев Мухаммад Наврузович – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой аллергологии и иммунологии Государственного образовательного учреждения «Институт последилового образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

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

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

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2024 г. в _____ часов на заседании диссертационного совета 6D. КОА-008 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино».

Адрес: 734026, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Сино 29-31, www.tajmedun.tj. тел. (+992) 918724088

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

Автореферат разослан «_____» _____ 2024 г.

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

Джамолова Р.Дж.

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; Курышкин А.В., 2010; Машина Н.С., Галактионова М.Ю., 2015; Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Устинова Н.В., 2017; Дьяченко Т.С., 2017].

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

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

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

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

Улучшение качества оказания медико-санитарной помощи детям 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 дан-

ной 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; Саидмуратова 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 представляло 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 данной возрастной группы, 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 предметом 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 № 0121TJ1090.

Общая характеристика работы

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

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 формирование физического, психомоторного развития, соматического здоровья детей в новых социально-экономических условиях.
3. Провести комплексную оценку состояния здоровья детей раннего и дошкольного возраста.
4. Выявить основные факторы риска, влияющие на качество жизни детей.
5. Обосновать возможность применения показателя «качество жизни», как дополнительный критерий в оценке здоровья детей и эффективности лечебно-профилактических мероприятий в практическом здравоохранении.
6. Разработать стандарты физического развития детей раннего и дошкольного возраста в г. Душанбе.
7. Разработать и научно обосновать принципы оптимизации медико-санитарной помощи детям на уровне первичного звена здравоохранения.

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

ных 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 отчетности 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. Выявлено, что укрепление материально-технической базы первичного звена здравоохранения, в процессе его реформирования, улучшение качества оказания медицинской помощи детям на амбулаторном звене, привели к снижению распространенности и изменению структуры заболеваемости детей раннего и дошкольного возраста в РТ.
2. Определена тенденция в ухудшении состоянии здоровья детей раннего и дошкольного возраста, отражающаяся в увеличении количества хронической патологии уже к шестилетнему возрасту.

3. Установлены факторы риска, оказывающие негативное влияние на становление здоровья и качество жизни детей в зависимости от возрастного периода: медико-биологические факторы у детей раннего возраста, социально-психологические и материально-экономические факторы у детей дошкольного возраста.
4. Выявлены особенности в структуре заболеваний каждого возрастного периода. Так, у детей раннего возраста лидирующее место занимает патология органов дыхания, пищеварения, крови и кроветворных органов. У детей дошкольного возраста – заболевания желудочно-кишечного тракта, патология органов дыхания, глаз, мочеполовой и эндокринной систем.
5. Определены показатели качества жизни детей раннего и дошкольного возрастов г. Душанбе.
6. Обоснована возможность использования показателя «качество жизни», как одного из дополнительных критериев оценки здоровья ребенка, а также эффективности его применения в лечебно-профилактических мероприятиях.
7. Разработанные и внедренные в практическое здравоохранение РТ основные этапы проведения профилактических осмотров детского населения показали тенденцию к дисгармоничному развитию с преобладанием низкорослости (чаще у мальчиков).
8. Впервые показана четкая тенденция дисгармоничного развития среди детей шестилетнего возраста; сформировавшаяся низкорослость является серьёзной социальной проблемой. Улучшение питания, физического и нервно-психического развития являются серьёзным вкладом в реализацию Национальной коммуникационной программы первых 1000 дней жизни ребенка в РТ на 2020-2024 годы.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования.

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

Установленная корреляционная взаимосвязь между различными 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 медикосанитарной 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 первых шести лет жизни. 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. Установлено, что доминирующей патологией в структуре заболеваемости детей в последние годы продолжает оставаться инфекционная патология, в частности кишечная инфекция. В то же время у детей более старшего возраста доминирующей патологией являются заболевания органов пищеварения, далее патология органов дыхания, костно-мышечной системы, патология глаза и эндокринной системы.
3. Обоснована возможность применения показателя «качество жизни», как дополнительного критерия в комплексной оценке состояния здоровья ребенка, а также в оценке эффективности его применения при разработке лечебно-профилактических мероприятий.
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 гипervитаминозы. 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 исследование. 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 конференции 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.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования.

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

Объектами исследования явились:

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

В группы исследования были включены:

- детское население г. Душанбе – диспансеризацией было охвачено 272506 детей от 0 до 18 лет;
- для разработки региональных стандартов физического развития детей от 0 до 6 лет были исследовано 7319 детей, из них 3908 – мальчиков и 3411 – девочек;
- проведено комплексное изучение состояния здоровья 724 детей раннего и дошкольного возраста;
- оценка физического развития была произведена у 1566 детей, из них 836 – раннего и 730 детей дошкольного возраста;
- исследование качества жизни было проведено у 603 ребенка;
- исследование удовлетворённости качеством оказываемой медицинской помощи законных представителей детей проводилось – 88 анкет, медицинского персонала – 72 анкеты, экспертная оценка качества работы медицинского персонала – 106 карт;
- тестирование уровня знаний врачей общей практики – 325 анкет.

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

ваний, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, заключения узких специалистов.

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

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

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

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

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

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

Для каждого признака вычислены соответствующие величины: M – средняя арифметическая величина;

m – ошибка средней арифметической величины;

σ – 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.

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 (σ).

Интерпретация полученных данных производилась следующим образом:

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

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

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

1. коэффициент корреляции (r) – отражающий величину взаимосвязи двух или нескольких признаков;
2. коэффициент регрессии ($R_{y/x}$) – отражающий показатель изменения одного признака при изменении другого на единицу;
3. сигма регрессии (σ_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 ($\pm\sigma$). Иными словами, используя данную таблицу, мы можем отметить пропорциональность физического развития ребенка (гармоничное или дисгармоничное физическое развитие).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Статистический анализ полученных данных проводили на ПК с помощью прикладных статистических программ «Statistica 10» (StatSoft Inc., США) и «IBM SPSS Statistics 21» (IBM Corp., США). Абсолютные величины были представлены в виде средних значений и их стандартного отклонения ($M \pm \delta$ 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 χ^2 (χ^2 с поправкой Йетса и по ϕ -критерию Фишера в зависимости от количества наблюдений в ячейках четырехпольных таблиц). Корреляционный анализ проводили по критерию Пирсона. Наряду с этим высчитывались отношение шансов с 95% доверительным интервалом (OR 95% CI). Все полученные результаты по анализам были статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты собственных исследований

Анализ показателей проведенной диспансеризации детей от 0 до 18 лет г. Душанбе подтвердил 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%).

Было выявлено, что 42,61% из общего числа обследованных детей имели I группу здоровья на первом году жизни, 51,32% детей данной возрастной категории относились к II группе и 6,7% составляли дети, имеющие III-V группу здоровья.

В последующие годы жизни количество здоровых детей уменьшалось и к 3 годам составило 29,24%, параллельно с этим увеличивалась доля 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.

В структуре заболеваний детей с рождения до восемнадцати лет ведущее место занимала патология органов дыхания – 48,8%. Наиболее высокий уровень впервые выявленной патологии отмечен по следующим классам болезней: болезни крови и кроветворных органов - 32%, болезни эндокринной системы - 31%, в основном за счет болезней щитовидной железы (34%) и ожирения (25%), болезни костно-мышечной системы - 26,5%, болезни органов пищеварения - 24,7%.

Для изучения влияния факторов риска на формирование здоровья и качества жизни, нами было проведено комплексное обследование состояния здоровья и социального благополучия у 724 детей, из которых дети раннего возраста были 315 (43,5%) и 409 (56,5%) дети дошкольного возраста, мальчики составили 58%, а девочки - 42%.

Результаты анализа медико-социальной характеристики обследованных детей выявил, что 93,7% детей были из полных, 86,1% - не многодетных семей, от матерей в возрасте 20-34 лет - 62,4%, имевших в более половине случаев (53,9%) высшее или средне-специальное образование.

Установлено, что наиболее негативными факторами риска в формировании здоровья обследованных детей являлись 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%).

Обращаемость родителей в городские центры здоровья за медицинской помощью в случае заболеваний детей возросла, но, к сожалению количество «самолечения» или позднего обращения за полагающейся помощью продолжает оставаться на достаточно высоком уровне -10%.

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

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

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

развития в целом.

Установлена прямая взаимосвязь показателей физического развития (по весу – $r=0,38$, $p<0,05$, по росту – $r=0,34$, $p<0,05$) от типа и характера вскармливания как в раннем, так и в дошкольном периоде детства.

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

Анализ течения anteинтра- 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.

Беременность матерей обследованной группы детей протекала в более чем половине случаев на фоне анемии – 62,4%, у каждой третьей матери отмечалась угроза прерывания беременности – 41%, патология мочеполовой системы – 32,4% и почти у каждой пятой – 22,4% гестозы.

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 50,6% обследованных детей раннего и дошкольного возраста имеют антропометрические показатели, которые находятся в диапазоне нормальных величин, 21,4% соответствовали показателям «ниже среднего» и 13,1% – «низкий». Детей с показателями антропометрических данных, соответствующих выше возрастной нормы, встречалось в 14,9% случаях.

Изучение нервно-психического состояния детей раннего возраста показало, что в 78,9% случаях их НПР соответствовало возрасту. Дети, составляющие группу риска в отклонении нервно-психического развития, отмечалось в 15,8% случаях, а задержка – 5,3%. В дошкольном периоде нервно-психическое развитие, соответствующее возрастной группе, отмечалось в 87,6% детей, а задержка НПР на 1-2 эпикризных срока – 12,4% случаях.

У каждого третьего (36,3%) ребенка раннего возраста лидирующее место в структуре заболеваемости занимали заболевания органов дыхания, 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%).

Выявлено, что в раннем периоде детства почти каждый третий ребенок (31,6%) был подвержен частым респираторным заболеваниям, а в дошкольном периоде почти каждый второй – 43,8%, т.е. чем старше становился ребенок, тем более чаще был подвержен заболеваниям органов дыхания. Очевидно, что сопротивляемость организма к частым респираторным заболеваниям зависит от возраста и ранней социализации детей.

Распределение детей в зависимости от принадлежности к группе здоровья отражены на рисунке 1.

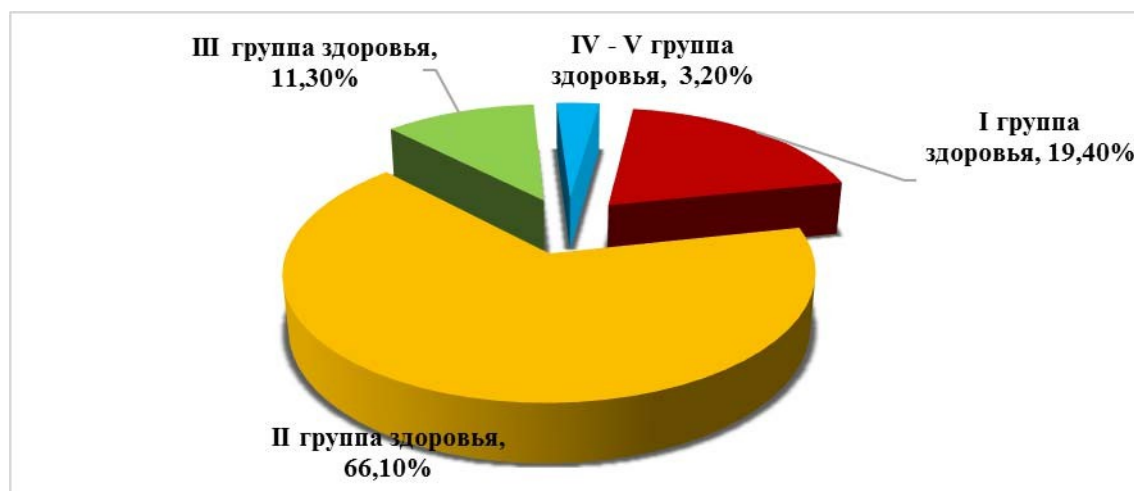


Рисунок 1. – Распределение обследованных детей по группам здоровья

Как видно из рисунка, всего лишь 19,4% детей относились к первой группе здоровья.

Дети, относящиеся ко второй группе здоровья, т.е. имеющие морфофункциональные отклонения в состоянии здоровья, куда входили и дети с часто возникающими респираторными заболеваниями, составляли самую многочисленную группу – 66,1%.

Третья группа здоровья состояла из 11,3% детей, имеющих хроническую патологию в стадии клинической ремиссии и компенсации и 3,2% - в стадии субкомпенсации.

Проведенный анализ профилактических осмотров выявил ухудшение здоровья детей с немалой частотой формирования морфофункциональных отклонений.

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

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

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

Следующий этап научной работы заключался в исследовании качества жизни этих детей.

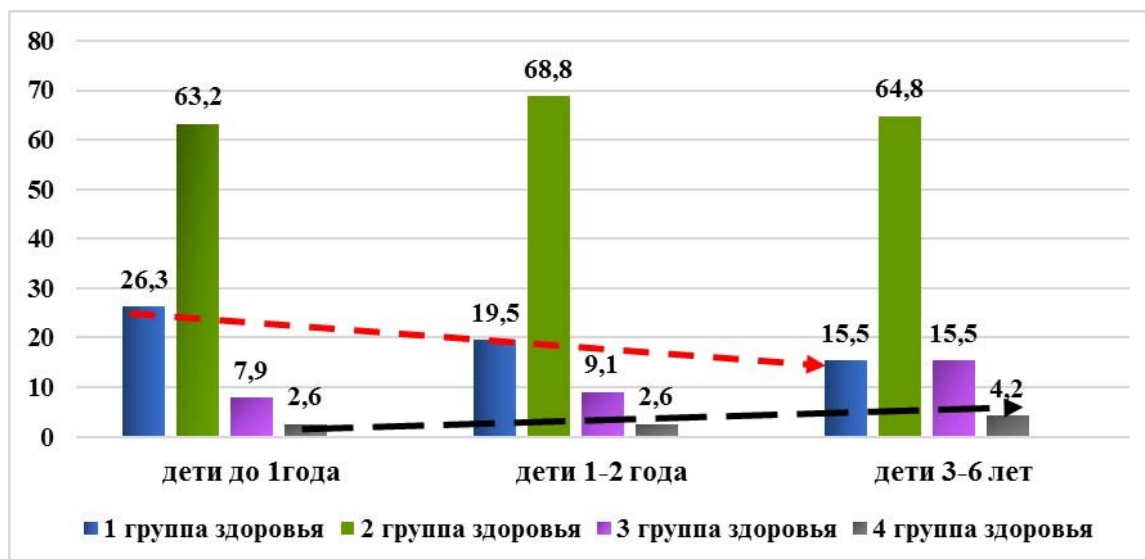


Рисунок 2. – Распределение обследованных детей по группам здоровья в зависимости от возраста (%)

Методика изучения качества жизни была проведена с помощью международного опросника QUALIN у 141 ребёнка первого года жизни и 108 детей с года до 2 лет.

При помощи адаптированной русской версии международного опросника PedsQL™ 4.0 было изучено и произведена оценка качества жизни 354 детей дошкольного возраста (Varni J.W., Seid M., Kurtin P.S., 2001).

Установлено, что такие аспекты КЖ как «Поведение и общение» и «Семейное окружение» имели наиболее высокие значения (таблица 1 и 2).

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

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

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

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

Аспект КЖ	Родители (Me [25q; 75q])	Педиатры (Me [25q; 75q])	p
Поведение и общение (ПиО)	4,2 [3,7; 4,6]	3,2 [2,8; 3,4]	=0,000 (<0,001; Z=4,5)
Способность оставаться одному (СОО)	3,6 [3,2; 4,0]	3,1 [2,9; 3,8]	=0,000 (<0,001; Z=6,0)
Семейное окружение (СО)	4,4 [3,5; 4,5]	3,5 [3,0; 4,0]	=0,000 (<0,001; Z=4,3)

Продолжение таблицы 2.

Нервно-психическое развитие и физическое здоровье (НПРиФЗ)	3,5 [3,0; 4,0]	3,0 [2,6; 3,5]	=0,000 (<0,001; Z=3,4)
Общий балл (ОБ)	3,8 [3,5; 4,3]	3,1 [2,8; 3,6]	=0,000 (<0,001; Z=5,2)

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

Показатели шкал «Способность оставаться одному» и «Нервно-психическое развитие и физическое здоровье» имели более низкий уровень, что объясняется возрастными особенностями детей данного возраста.

Установлено, что на КЖ детей раннего возраста влияют уровень их физического и нервно-психического развития. Так, снижению КЖ ребенка способствуют низкие показатели антропометрических данных в сравнении с возрастными нормами ($p < 0,05$). Изучение возможного влияния каких-либо отклонений в состоянии здоровья детей раннего возраста на качество их жизни показало, что здоровые дети имели значительно высокие показатели КЖ в сравнении с детьми, имеющие отклонения ($p < 0,001$).

Степень снижения КЖ у детей с отклонениями в состоянии здоровья была более выраженной по результатам опроса педиатров, чем по ответам родителей, что согласовывалось с некоторыми литературными данными [Байтурина А.Т., 2008; Винярская И.В., 2008; Гиздатулина К.Х., 2013].

Установлено, что значимое отрицательное влияние на КЖ детей раннего возраста оказывают такие социальные факторы, как низкий образовательный уровень матери, большое количество детей в семье, нерациональное питание ребёнка, неблагоприятный психологический климат в семье ($p < 0,001$).

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

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

Показатель	По ответам родителей детей 3-4 лет	По ответам родителей детей 5-7 лет	По ответам детей 5-7 лет
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)

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

Результаты исследования качества жизни детей 5-7 лет выявили, что родители не выделяют гендерных различий среди них, тогда как, по мнению самих детей, в частности, у девочек показатель аспекта «социальное функционирование» был значительно выше ($p < 0,01$).

Полученные нами результаты исследования совпадают с данными других учёных, работающих в данном направлении, которые считают, что «родители детей дошкольного возраста склонны оценивать КЖ своих детей несколько ниже, нежели сами дети». Таким образом, подтверждается мнение «о недостаточной осведомленности родителей об особенностях функционирования детей в детских дошкольных коллективах» [Валиулина С.А., 2004; Байтурина А.Т., 2008; Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Винярская И.В., 2008].

Выявлено, что отклонения в состоянии здоровья и уровень их физического развития не оказывали влияния на КЖ детей 5-7 лет. Тогда как отставание в нервно-психическом развитии способствовало снижению КЖ детей дошкольного возраста ($p < 0,05$).

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

В более старшем возрасте (у детей 1-2 лет), наряду с медико-биологическими факторами, на КЖ детей воздействуют такие социальные факторы риска, как образовательный ценз и служебное положение матери, взаимоотношения в семье, где проживает ребенок, количество детей, вредные привычки родителей (таблицы 4 и 5).

Таблица 4. - Корреляционные связи аспектов КЖ с факторами риска детей первого года жизни

Фактор риска	ПиО	СОО	СО	НПР и ФЗ
Масса ребенка	$r = 0,33^*$	$r = 0,27^*$	-	$r = 0,61^{***}$
Длина тела	$r = 0,48^{**}$	$r = 0,33^*$	-	$r = 0,37^*$
НПР ребенка	-	-	-	$r = 0,43^*$
Интергравидарный интервал	$r = 0,39^*$	-	-	$r = 0,38^*$
Группа здоровья	$r = 0,41^*$	$r = -0,39^*$	$r = -0,48^{**}$	$r = 0,56^{**}$
Позднее ведение прикорма	-	$r = -0,32^*$	-	-
Взаимоотношение в семье	-	$r = 0,29^*$	-	-
Образование матери	-	-	$r = -0,38^*$	$r = -0,34^*$
Количество детей в семье	-	-	$r = 0,41^*$	

Примечание: корреляционные связи между показателями по Пирсону

* - $< 0,05$, ** - $< 0,01$, *** - $< 0,001$

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

Фактор риска	ПиО	СОО	СО	НПР и ФЗ
Масса ребенка	-	-	$r = 0,52^*$	$r = 0,57^{**}$
Длина тела	-	-	-	-
НПР ребенка	-	$r = 0,31^*$	-	$r = 0,43^*$
Группа здоровья	$r = 0,42^*$	$r = -0,48^*$	-	$r = 0,61^{***}$
Взаимоотношение в семье	-	-	$r = -0,29^*$	-
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

* - $<0,05$, ** - $<0,01$, *** - $<0,001$

Установлено, что в дошкольном периоде на КЖ детей значимое влияние оказывают социально-психологические и материально-экономические факторы риска (таблица 6 и 7).

Таблица 6. - Корреляционные связи аспектов КЖ с факторами риска детей 5-7 лет (по ответам родителей)

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

Примечание: корреляционные связи между показателями по Пирсону

* - $<0,05$, ** - $<0,01$, *** - $<0,001$

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

Факторы риска	ФФ	ЭФ	СФ	ФДС	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

* - $<0,05$, ** - $<0,01$, *** - $<0,001$

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

Очень важным этапом исследования являлось изучение антропометрических показателей развития детей.

Для создания нормативов физического развития были изучены антропометрические показатели 7319 детей от 0 до 6 лет по г. Душанбе, из них 3908 мальчиков и 3411 девочек, коренных жителей г. Душанбе. Все дети были таджикской национальности.

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, из которых 460 были мальчики и 376 девочки. Из числа обследованных детей дошкольного возраста было 730, из них 410 составили мальчики и 320 – девочки (таблица 8).

Таблица 8. - 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
	р	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
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
	р	<0,05	<0,001	<0,001	<0,001
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
	р	<0,01	<0,001	<0,001	<0,001
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
	р	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
5 лет	М	107,0±5,3	17,1±1,9	53,9±2,3	49,9±1,7
	Д	105,2±5,7	16,1±1,9	52,1±2,4	49,5±2,0
	р	<0,01	<0,001	<0,001	>0,05
6 лет	М	111,2±6,3	18,4±2,8	55,0±2,9	50,2±1,6
	Д	112,8±5,6	18,6±2,3	54,6±2,8	49,8±1,6
	р	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

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

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.

Динамическое наблюдение за физическим развитием детей показало, что основные антропометрические показатели современных мальчиков были достоверно выше 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.

Результаты наших исследований совпадают с «общими закономерностями, свойственными для этого периода онтогенеза, характеризующийся первым периодом «вытягивания» (4 – 7 лет)» [Рапопорт Ж.Ж., 1970; Пряхин Е.И., 2004; Кирилова И.А., 2017]. Хотелось бы отметить, что наши результаты совпадали с данным независимых исследований, где указывалось, что в дошкольном возрасте половые различия незначительны, либо не проявляются вовсе [Изаак С.И., Панасюк Т.В., 2005; Рахимов М.И., 2011; Кирилова И.А., 2017].

Обследованные нами дети дошкольного возраста, у которых отмечалось равномерное увеличение физических параметров, относились к периоду первого детства. Описанный период принято считать «нейтральным», когда нет гендерных различий и отличий по размерам и форме тела.

Результаты корреляционного анализа позволили установить значимые связи между основными показателями ФР.

Корреляционный анализ выявил достаточно тесную связь между антропометрическими показателями и характером вскармливания ребенка (Рисунок 3).

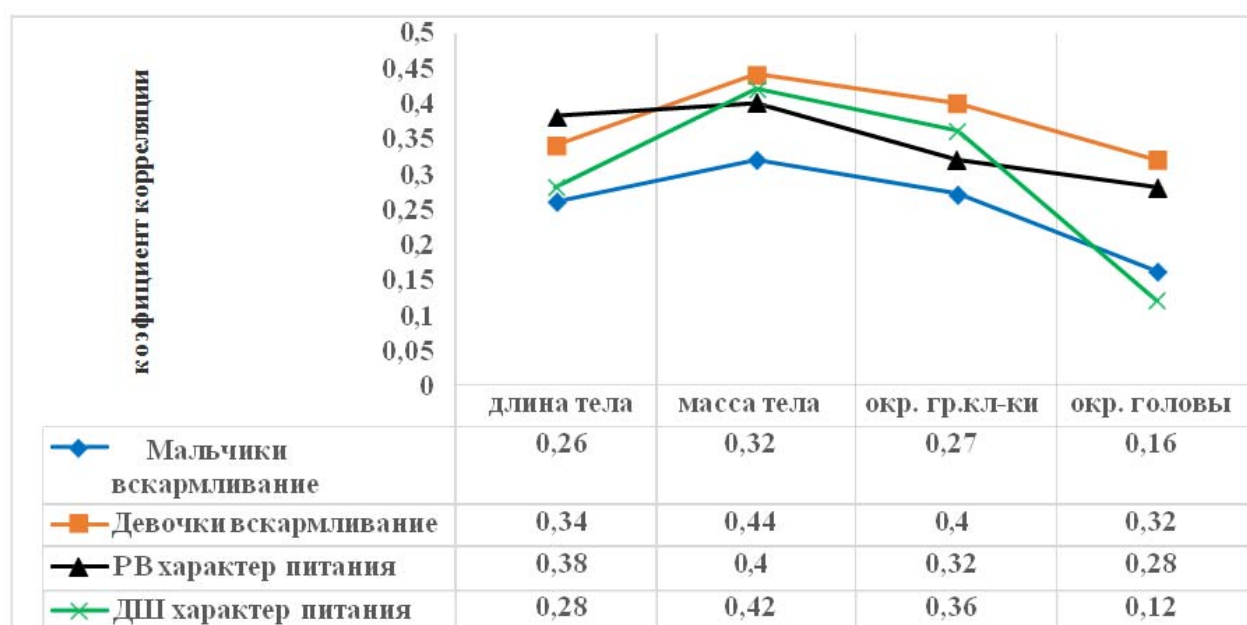


Рисунок 3. - Взаимосвязь показателей физического развития с питанием (РВ – ранний возраст, ДШ – дошкольный возраст)

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

Характер питания, т.е. полноценный, сбалансированный, регулярный прием пищи также оказывает влияние на антропометрические показатели детей раннего и дошкольного возраста.

Исследование уровня физического развития обследуемой группы детей, проводимая на основании региональных и международных стандартов, показала качественное и количественное изменение их физического развития.

Выявлено, что большая часть детей раннего возраста имели нормальные показатели ФР и отклонения от данных величин отмечалось в сторону увеличения (рисунок 4).

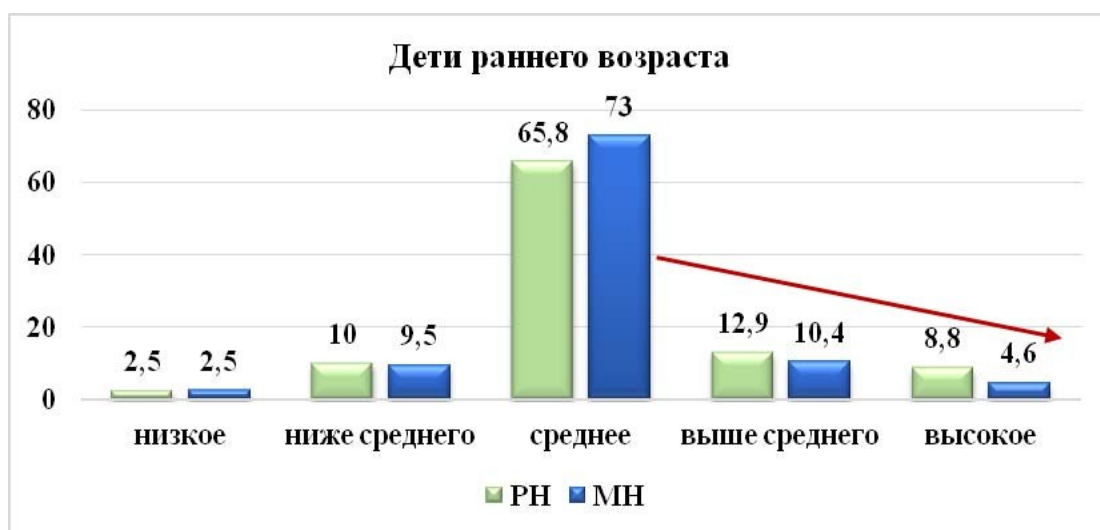


Рисунок 4. - Оценка физического развития детей раннего возраста

К дошкольному возрасту данная тенденция имела противоположенную картину, т.е. отклонения были преимущественно в сторону уменьшения параметров антропометрических данных. Установлено, что количество детей с ниже средними показателями ФР от нормативных увеличилось в 1,5 раза, а имеющих низкие параметры ФР - в 6 раз (рисунок 5).



Рисунок 5. - Оценка физического развития детей дошкольного возраста

Хотелось бы отметить, что эти отклонения были более ярко выражены, когда процесс оценки развития осуществлялся по региональным стандартам. Следовательно, есть все основания считать, что все-таки региональные нормативы более чувствительны в выявлении отклонений в параметрах физического развития.

Выявлено, что гармоничное физическое развитие имели 60,7% обследованных детей. 39,3% детей имели дисгармоничное физическое развитие, выражающееся в дефиците либо избытке массы тела. Так, результаты исследования показали, что у девочек чаще отмечался дефицит массы тела, а у мальчиков – избыток массы тела.

Факторы риска, оказывающие отрицательное влияние на формирование физического развития обследованных детей являлись:

- медико-биологические факторы (факторы беременности, родов и соматической патологии матери, наличие заболеваемости самого ребенка);
- неблагоприятные условия жизни семьи, где проживает ребенок.

Доказана прямая взаимосвязь массы ($r = 0,31$; $p < 0,05$) и длины тела ($r = 0,39$; $p < 0,05$) ребенка от возрастного ценза матери, т.е. риск развития избытка веса в дошкольном возрасте выше у ребенка, рожденного от матери более старшего возраста (40 лет и более).

У детей, имеющих дефицит массы тела в дошкольном периоде, 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 этом, пропорциональных изменений длины тела и окружности грудной клетки отсутствуют, 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. Следовательно, обновление региональных нормативов через каждые 5-10 лет становится реальной необходимостью.

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

Для каждой исследуемой группы нами были разработаны 266 анкет, из которых 88 для законных представителей детей, 72 для медицинского персона-

ла, 106 для проведения экспертной оценки качества оказываемой помощи детям.

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

Анкета медицинского персонала демонстрировала уровень квалификации медработника, материально-техническое обеспечение, микроклимат в медучреждении и т.д.

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

В данном документе были освещены практически все направления деятельности медицинского персонала. Набор необходимой информации производился с помощью выкопировки данных из медицинской карты пациента (ф. № 112/у), карты диспансерного наблюдения (ф. № 30/у), карты профилактических прививок (ф. № 63/у).

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

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

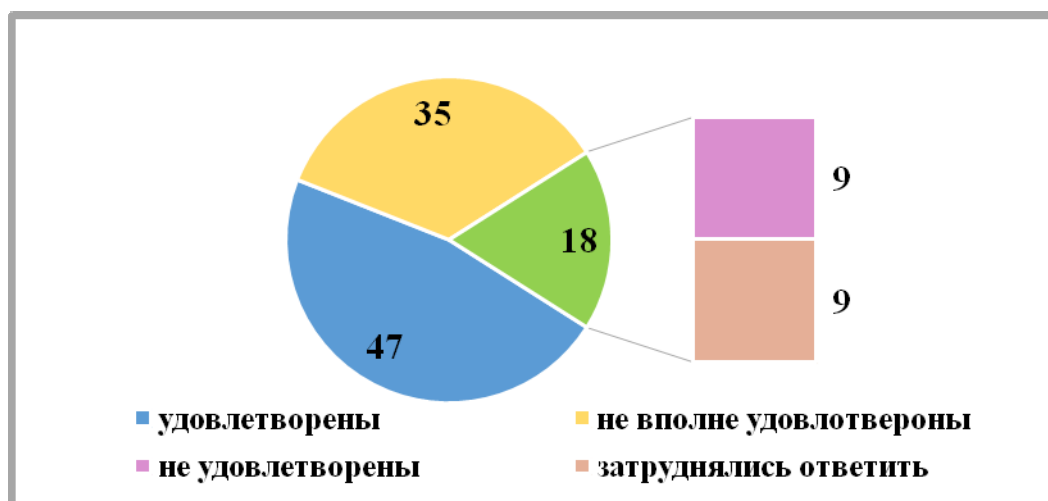


Рисунок 6. - Распределение респондентов в зависимости от удовлетворенности оказанием медицинской помощи детям городских центрах здоровья (%)

Причинами неудовлетворенности являлись: низкий уровень технического оснащения центров здоровья (23,2%), длительное пребывание в очередях на приеме у врача (20,5%), недостаточный объем консультации из-за отсутствия некоторых узких специалистов (32,5%%), несоответствующее санитарно-эпидемиологическое состояние кабинетов (16%).

К услугам платной медицины обращались 43,2% из числа всех респондентов. Из них - за получением более квалифицированной медицинской по-

мощи – 68,2%, постановки более точного диагноза и качественного лечения – 31,2%, соответствующее отношение медперсонала к ребенку – 22,7%, наличие педиатра – 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 – диагностические ($3,0 \pm 0,11$), а профилактическая деятельность занимала среднюю позицию ($3,7 \pm 0,03$).

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 значительно эффективнее;
- улучшение профессиональных знаний сотрудников (54,5%);
- совершенствование материально-технического оснащения центра (36,4%);
- современное снабжение и обустройство рабочего места врача в зависимости от его квалификации (31,8%);
- увеличение заработной платы участковым врачам (23,8%).

Таким образом, по мнению законных представителей детей, доминирующую позицию в повышении качества оказания медицинской помощи занимает повышение профессионализма врачей.

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

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

Результаты анкетирования показали, что большая часть медицинского персонала полагают, что их знания вполне достаточны 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%). Ре-

зультаты 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 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%).

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%).

Негативными факторами организационного характера, влияющих на качество работы медицинских работников, по их мнению, являются: чрезмерное заполнение медицинской документации (72,2%); недостаточный объём 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%).

Таким образом, анализ проведенного анкетирования среди медицинских работников показал, что для улучшения медицинских услуг детскому населению в городских центрах здоровья необходимо:

- ✓ совершенствование знаний медработников в области педиатрии, участие в конференциях, круглых столах и конгрессах (83,3%);
- ✓ техническое соответствие рабочего места в зависимости от квалификации специалиста (узкие специалисты – 40%, врачи общей практики – 20,7%);
- ✓ оплата труда в соответствии с нагрузкой (37,1%).

Экспертиза деятельности врачей общей практики выявила, что в 26,4% случаев карты оформлялись небрежно, отсутствовала полная информация о состоянии пациента.

Определено, что лишь в 39,6% случаев профилактические осмотры соответствовали установленным срокам. Каждая четвертая карта, подвергнутая экспертизе (26,5%), была оформлена недостаточно и в 7,5% случаях описание отсутствовало. В каждом третьем случае не были проведены в полном объеме обязательные лабораторные и инструментальные исследования (34%). Консультации специалистами были проведены не в полном объеме в более чем в четверти случаях (28,3%), а в 11,3% случаях выявлено отсутствие записей осмотров специалистами. В половине 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 26,4% случаев визиты осуществлялись несвоевременно.

Своевременный первичный патронаж новорожденных проводился всего лишь в 64,2% случаях. Описание состояния новорожденного в результате осмотров в 39,6% было шаблонным, поверхностным, скудным, отмечалось выставления диагноза в несоответствии с классификацией МКБ.

Диагностические мероприятия, необходимые по состоянию здоровья ребенка соответствовали плану обследования всего лишь в 24,7% случаях. Тогда как, в 45,3% случаях сделаны замечания по выполнению запланированного объема диагностических мероприятий и терапии. В 86,8% медицинских картах была выставлена группа здоровья ребенка, но, хотелось бы отметить, что полная комплексная оценка здоровья проводилась всего лишь у 54,7%.

В каждом третьем случае (37,7%) было выявлено неправильное оформление этапных эпикризов.

При наличии показаний к проведению диагностических мероприятий в 24,5% случаев необходимый объем проведен не был.

Результаты лабораторных данных были проанализированы и интерпретированы в 42,5% медицинских картах, отсутствие таковых было обнаружено в 11,3% случаев.

Несоответствие выставленного диагноза согласно классификации МКБ-Х было отмечено в 31,9% амбулаторных картах, а его отсутствие было выявлено в 18,8% случаев.

В большинстве случаев (68,2%) необходимая терапия была осуществлена согласно выставленному диагнозу.

60,4% детей были охвачены осмотрами всех узких специалистов, а 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%). Были установлены несоответствия в обосновании при госпитализации детей с хронической патологией (24,6%), что указывает на недостаточную работу с этими детьми. Терапия соответствовала выставленному диагнозу в более половине случаев (63,7%). Лекарственные средства были назначены в соответствии с диагнозом. Однако эффект от назначенной терапии отражался только в каждой третьей карточке (31,7%).

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

Таким образом, экспертиза работы врачей городских центров здоровья показала дефекты в оформлении медицинской документации; несоответствие срокам проведения профилактических осмотров; несвоевременное проведение обязательных лабораторных и инструментальных исследований; неправильная оценка НПР и физического развития детей; отсутствие оценки состояния детей в соответствии с их группой здоровья.

Результаты наших исследований совпадают с данными многих авторов, где также были выявлены недостатки в оформлении медицинской документации, касающиеся как интерпретации анализов, выставлении диагнозов, группы здоровья, так и в проведении дифференциальной диагностики, необходимой терапии, проведении профилактических и реабилитационных программ с участием узких специалистов и т.д. [Садыков М.М., 2008; Шмелев И.А., 2016; Суслин С.А., 2022].

Нами были изучены возможности применения показателя КЖ в качестве дополнительного теста оценки оптимизации лечебно-профилактических мероприятий на примере часто и длительно болеющих детей. Программа реабилитации включала в себя организацию режима дня, с обязательным полноценным и достаточным по длительности сном, прогулок, исключением переутомления, полноценного и рационального питания.

Для повышения резистентности организма ребенка в комплекс мероприятий по его оздоровлению был включён курсовой приём препарата «Виферон», различные витаминно-микроэлементные комплексы, используемых врачами общей практики, а также были рекомендованы ЛФК, массаж, плавание, физиотерапевтические процедуры, галотерапия.

Результаты исследования показали, что важнейшим терапевтическим эффектом после применения препарата было снижение лихорадочного периода уже в течении первых 2-х суток практически в два раза, в сравнении с детьми группы сравнения, у которых лихорадочный период длился до пяти дней от начала заболевания ($p < 0,001$). 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 антигены. 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, кроме аспекта «способности оставаться одному», где статистических различий по ответам респондентов выявлено не было ($p > 0,05$).

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

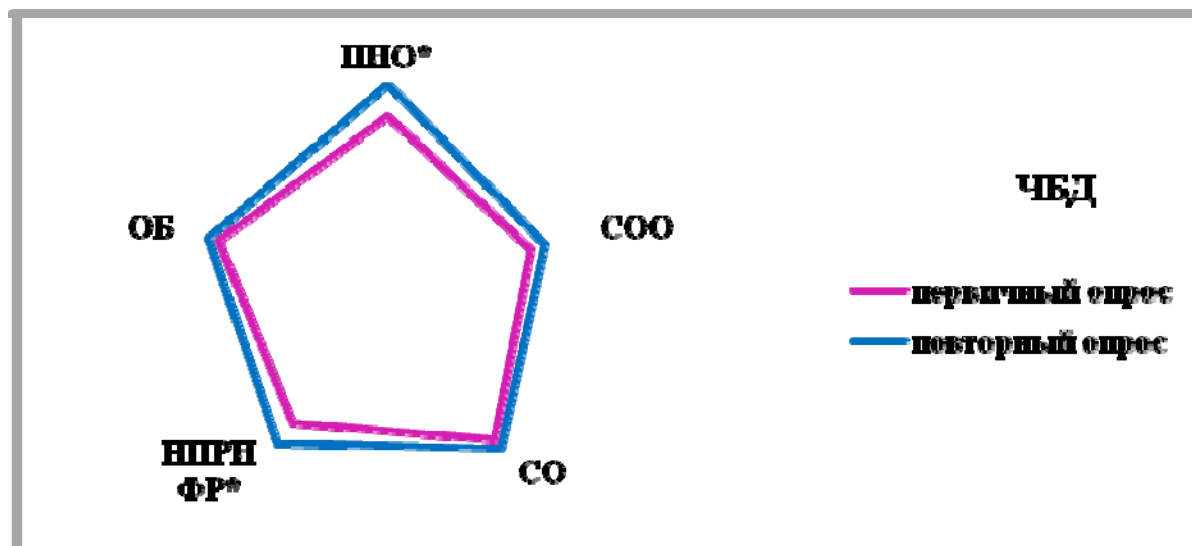


Рисунок 7. - Профиль КЖ часто и длительно болеющих детей по ответам педиатров (звездочками указаны значимые различия в ответах)

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

По мнению родителей, значимое повышение аспектов «поведение и общение», «способность оставаться одному», а также достоверно значимое увеличение было отмечено по общему баллу.

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 ($p < 0,01$, рисунок 8).

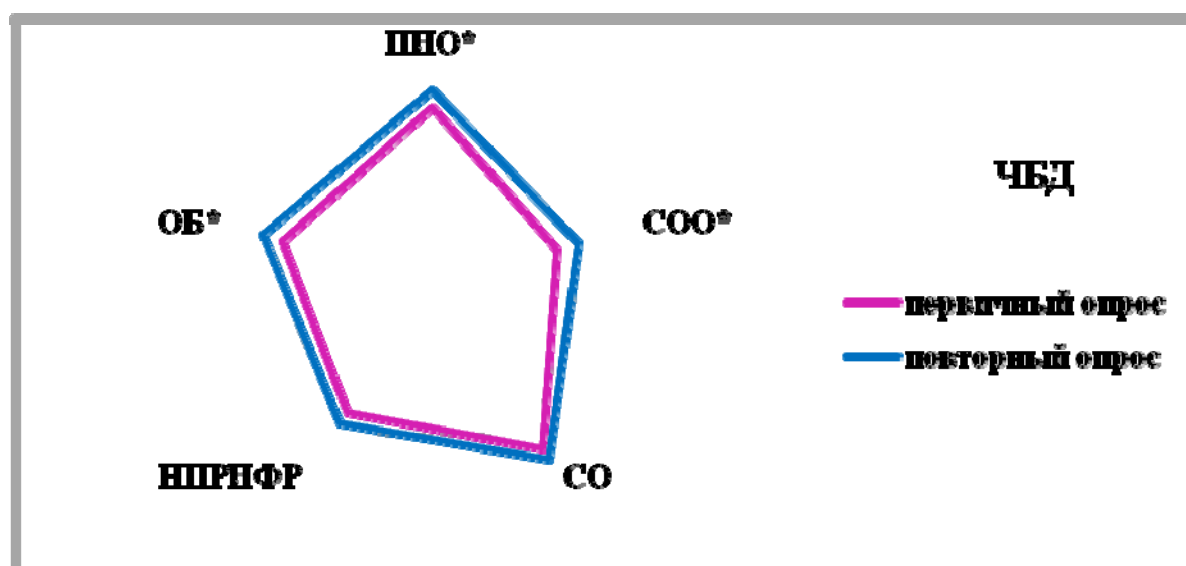


Рисунок 8. - Профиль КЖ часто и длительно болеющих детей по ответам родителей (звездочками указаны значимые различия в ответах)

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

Результаты проведенного исследования стали обоснованием для разработки комплексных мер по совершенствованию и оптимизации первичной медико-санитарной помощи детям раннего и дошкольного возрастов в Республике Таджикистан, которая заключается в обеспечении современной и своевременной качественной медицинской помощи, ведущая к улучшению их качества жизни.

Для достижения вышеизложенных задач нами предложен следующий алгоритм действий:

- **в профилактике нарушений состояния здоровья детей раннего и дошкольного возраста:** подготовка женщин к предстоящей беременности (обследование на маркеры инфекций, санация хронических очагов инфекции и т.д.); придерживаться концепций Национальной коммуникационной программы первых 1000 дней жизни ребенка в РТ на 2020-2024 годы, определяющую изменения социальных и поведенческих норм по отношению к развитию детей до 2-летнего возраста; приоритет первичной профилактики; совершенствование вторичной профилактики; своевременная вакцинация; развитие стратегий и программ министерства здравоохранения РТ в области охраны здоровья матери и ребенка; пропаганда ЗОЖ; медико-социальное сопровождение ребёнка – в данном контексте усилить цепочку взаимодействия двух важных аспектов жизни ребенка – медицину и образование для создания отделений медико-социальной помощи детям, осуществляемую на уровне первичного звена, проводимую психологами, логопедами, дефектологами, педагогами.
- **в применении комплекса эффективных лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий:** проведение диспансеризации в декретированные сроки; осуществление своевременных профилактических осмотров, развитие оздоровительных санаториев местного уровня для детей; внедрение современных реабилитационных и лечебно-оздоровительных программ; расширение здоровьесберегающих технологий, в особенности стационаро-замещающих (дневные стационары).
- **в применении показателя качества жизни как дополнительного критерия в оценке состояния здоровья детей, а также эффективности медицинских технологий.**

Полученные результаты в ходе исследования качества жизни детей обосновали необходимость применения данного показателя как на индивидуальном уровне, так и на уровне здравоохранения в целом.

На индивидуальном уровне, это прежде всего: 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: основываясь на параметрах показателя КЖ разработать программы по оздоровлению детей, устанавливать потребность в лечебно-оздоровительных программах, обнаруживать группы медико-социального риска для того, чтобы создавать медико-социальные службы, которые бы оказывали повсеместно медицинскую, психологическую, социальную помощь; для улучшения здоровья и качества жизни детей усилить меры по совершенствованию системы психолого-педагогической и медико-социальной помощи.

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

Резервы повышения качества медицинских услуг: обеспечение выполнение клинических протоколов; проведение комплексной оценки здоровья; наладить своевременную диспансеризацию; усиливать оздоровительные мероприятия в детских дошкольных учреждениях, тем самым, повысить охват детей профилактическими осмотрами; совершенствование медико-генетической службы; повышение квалификации врачей по вопросам физиологии и патологии ребёнка; обеспечение укомплектованности штатов городских центров здоровья, с учётом потребности детского населения; 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.**

Для обеспечения должного управления необходимы внедрения ресурсосберегающих технологий в систему здравоохранения:

- в первую очередь, это касается оптимизации ведения документации, создания базы данных пациентов (вся медицинская информация о пациенте, результаты профилактических и лечебно-диагностической работы, результаты лабораторных исследований должны быть доступны в реальном времени), при этом, должна быть обеспечена конфиденциальность, обеспечение доступа к информационным ресурсам (справочных, нормативно-правовых и методических документов) и др.;
- внедрение такого рода информационно-аналитических программ способствовало бы улучшению качества медицинской помощи населению, путём оптимизации ведения документации, возможности отслеживания логистики пациента и получение информации об оказанном объёме медицинской помощи, автоматизированного поступления данных лабораторных исследований, что даст возможность своевременно и оперативно начать оздоровительные мероприятия.
- проведение ежедневного мониторинга деятельности медучреждения, т.е. посещаемость, постановка диагноза, кадровые, финансовые ресурсы и др.

➤ **в совершенствовании системы подготовки и переподготовки медицинских кадров:**

постоянно повышать квалификацию врачей общей практики и врачей-специалистов; подготовка высококвалифицированных кадров в области педиатрии; проведение тренингов, семинаров, конференций, круглых столов, съездов с участием врачей общей практики, узких специалистов, среднего медицинского персонала.

Таким образом, на современном этапе оптимизация медицинской помощи детскому населению должна осуществляться только тогда, когда имеется научно обоснованные технологии, требующие внедрения в практическое здравоохранение.

Предложенные основные направления совершенствования первичной медико-санитарной 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, половина детей (51,32%) вошла в группу риска (II группа здоровья) и 6,07% детей – III-V группы здоровья. К трехлетнему возрасту 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%), патология желудочно-кишечного тракта (29,4%), заболевания крови и кроветворных органов (23,8%), отдельные состояния перинатального периода (12,7%); среди детей дошкольного возраста значительное место занимали заболевания органов пищеварения (47,8%), 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 НПР). 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 раннего возраста наиболее высокие значения из всех аспектов имели показатели «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 медико-санитарной помощи детям 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

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, способствовать повышению 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 использованием показателя качества жизни, позволит обосновано формировать группы медико-социального риска среди детей раннего и дошкольного возраста, что даст возможность разработать индивидуальные программы по их социальной реабилитации, профилактике, оздоровлению, психолого-педагогической коррекции на уровне первичного звена здравоохранения.
5. Для практического здравоохранения на уровне первичного звена здравоохранения рекомендовано внедрение показателя «качества жизни» как критерий оценки эффективности применения лечебно-оздоровительных мероприятий для разработки индивидуальных программ по сохранению и укреплению здоровья ребенка.
6. В программу по повышению квалификации врачей рекомендовано включение циклов по изучению актуальных вопросов в педиатрии, основных аспектов качества жизни, о значимости параметров физического и нервно-психического развития в комплексной оценке здоровья детей, пропаганде грудного вскармливания, здорового образа жизни, экспертизе качества оказания первичной медико-санитарной помощи детскому населению.

Публикации по теме диссертации
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 // Здравоохранение Таджикистана. – 2010. – № 1. – С. 65-68.

[19-А] Абдуллаева, Н.Ш. Антибактериальная терапия тонзиллофарингитов в педиатрической практике [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. – 2012. – № 1(13). – С. 16-20.

[20-А] Абдуллаева, Н.Ш. Качество жизни часто и длительно болеющих детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаев // Материалы Международного Конгресса «Здоровье и питание» Международная конференция детских диетологов и гастроэнтерологов (13–15 декабря, 2013 г.). – М., 2013. - С. 5.

[21-А] Абдуллаева, Н.Ш. Сравнительная характеристика качества жизни детей в зависимости от вида вскармливания [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова // Материалы Международного Конгресса «Здоровье и питание» Международная конференция детских диетологов и гастроэнтерологов (13–15 декабря, 2013 г.). - Москва, 2013. - С. 5-6.

[22-А] Абдуллаева, Н.Ш. Особенности состояния здоровья детей, проживающих в домах ребенка [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Материалы Международного Конгресса «Здоровье и питание» Международная конференция детских диетологов и гастроэнтерологов (13–15 декабря, 2013 г.). - Москва, 2013. - С. 76.

[23-А] Абдуллаева, Н.Ш. Факторы риска, способствующие развитию частых респираторных инфекций у детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова // Вестник перинатологии 2(58) - 3(59) 2013. Материалы V Конгресса Федерации педиатров стран СНГ, VI Конгресс Педиатров и Неонатологов Республики Молдова (22-24 мая, 2013 г.). - Кишинев, 2013. - С. 282-283.

[24-А] Абдуллаева, Н.Ш. Показатели качества жизни детей с частыми респираторными заболеваниями [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, И.В. Винярская, В.В. Черников // Сборник материалов XVII Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» (14-16 февраля). - Москва, 2014. - С. 2.

[25-А] Абдуллаева, Н.Ш. Структура заболеваемости детей раннего возраста по обращаемости в медицинские центры здоровья [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Сборник материалов XVII Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» (14-16 февраля, 2014). – Москва, 2014. - С. 244.

[26-А] Абдуллаева, Н.Ш. Медико-социальные аспекты формирования здоровья детей, проживающих в домах ребенка [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, 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.] // Здоровоохранение Таджикистана. - 2015. - № 1 (приложение 1). - С. 66-68.

[32-А] Абдуллаева, Н.Ш. Эффективность иммунокорригирующей терапии при рекуррентных респираторных инфекциях у детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, А.М. Миракилова // Здоровоохранение Таджикистана. - 2015. - № 1 (приложение 1). - С. 107-109.

[33-А] Абдуллаева, Н.Ш. Оценка качества жизни детей раннего возраста [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. – 2016. – № 1(29). – С. 8-11.

[34-А] Абдуллаева, Н.Ш. Особенности роста и развития детей первого года жизни, перенесших перинатальное поражение центральной нервной системы [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. – 2016. – № 2(30). – С. 12-15.

[35-А] Абдуллаева, Н.Ш. Антенатальное формирование здоровья детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Сборник материалов международной научно-практической конференции «Охрана здоровья матери и ребенка» (14 октября, 2016 г.). – Душанбе, 2016. - С. 126-127.

[36-А] Абдуллаева, Н.Ш. Особенности роста, развития и показателей качества жизни детей раннего возраста, перенесших перинатальное поражение центральной нервной системы [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Здоровье матери и ребенка. – Бишкек, Кыргызстан. - 2016. – Т. 8, № 2 – С. 27-31.

[37-А] Абдуллаева, Н.Ш. Особенности морфофункционального статуса физического развития детей, оставшихся без попечения родителей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, Р.П. Пачаева, М.П. Носирова // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. – 2017. – № 1(33). – С. 47-50.

[38-А] Абдуллаева, Н.Ш. Состояние здоровья и показатели качества жизни часто и длительно болеющих детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. – 2017. – № 3(35). – С. 11-15.

[39-А] Абдуллаева, Н.Ш. Стандарты роста и развития детей первого года жизни г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. – 2018. – № 1(37). – С. 5-10.

[40-А] Абдуллаева, Н.Ш. Влияние социально-биологических факторов риска на показатели качества жизни детей раннего возраста г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Материалы ежегодной XXIV научно-практической конференции Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ «Юбилейные научные чтения» и симпозиума по детской хирургии «Современные тенденции науки и практики в детской хирургии» (с международным участием), (10 октября, 2018 г.) – Душанбе, 2018. – С. 11-12.

[41-А] Абдуллаева, Н.Ш. Анализ показателей физического развития детей раннего возраста г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, Р.П. Пачаева, С.Н. Кудратова // Материалы IX Конгресса педиатров стран СНГ Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания, «Формирование здоровья детей в современных условиях здравоохранения» и III форума по питанию (10-11 октября, 2019 г.). – Душанбе, 2019. - С. 35-36.

[42-А] Абдуллаева, Н.Ш. Физическое развитие детей раннего и дошкольного возраста по данным антропометрических исследований [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Материалы IX Конгресса педиатров стран СНГ Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания, «Формирование здоровья детей в современных условиях здравоохранения» и III форума по питанию (10-11 октября, 2019 г.). – Душанбе, 2019. - С. 36-37.

[43-А] Абдуллаева, Н.Ш. Динамические изменения в физическом развитии детей раннего и дошкольного возраста г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, С.К. Ташбаева, О.Х. Каримова // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. – 2019. – № 1(41). – С. 30-34.

[44-А] Абдуллаева, Н.Ш. Сравнительный анализ физического развития детей г. Душанбе по данным антропометрических исследований [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Российский педиатрический вестник. – 2020. – Т. 23. №1. С. 3.

[45-А] Абдуллаева, Н.Ш. Роль медицинской активности родителей в выявлении детской патологии [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Здравоохранение Таджикистана. - 2020. - № 4 (приложение). - С. 38-39.

[46-А] Абдуллаева, Н.Ш. Качество жизни детей раннего возраста и определяющие его факторы [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, Р.П. Пачаева // Здравоохранение Таджикистана. - 2020. - № 4 (приложение). - С. 39-40.

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

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

[49-А] Абдуллаева, Н.Ш. Показатели качества жизни детей первого года жизни г. Душанбе / [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Материалы ежегодной II научно-практической конференции с международным участием 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).

Список сокращений, условных обозначений

ВАК	Высшая Аттестационная комиссия
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГУ	Государственное учреждение
ДС	Детская смертность
ДШ	Дошкольный возраст
ЗОЖ	Здоровый образ жизни
ИБВДВ	Интегрированное ведение болезней детского возраста
КЖ	Качество жизни
КЗР	Кабинет здорового ребёнка
МЗ и СЗН РТ	Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

МКБ	Международная классификация болезней
МН	Международные нормативы
МС	Младенческая смертность
НПР	Нервно-психическое развитие
НПР и ФЗ	Нервно-психическое развитие и физическое здоровье
ОБ	Общий бал
ОГ	Окружность головы
ОГК	Окружность грудной клетки
ПиО	Поведение и общение
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПСЗ	Психосоциальное здоровье
РВ РН	Ранний возраст
РНКЦП и ДХ	Региональные нормативы Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии
СО	Семейное окружение
СОО	Способность оставаться одному
СФ	Социальное функционирование
УЗИ	Ультразвуковое исследование
ФГАУ МЗ РФ	Федеральное государственное автономное учреждение Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФДС	Функционирование в детском саду
ФР	Физическое развитие
ФФ	Физическое функционирование
ЧБД	Часто болеющие дети
ШФ	Школьное функционирование
ЭФ	Эмоциональное функционирование
ЭХО-КТ	Эхокардиография
PedsQL	Pediatric Quality of Life
QUALIN	Общий опросник для исследования качества жизни детей 3 мес.–3 лет

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ
«МАРКАЗИ ҶУМҲУРИЯВИИ ИЛМӢ КЛИНИКИИ ПЕДИАТРИ
ВА ҶАРОҲИИ КӯДАКОНА»**

ВБД 616-053.2-071; 616-053

Бо ҳуқуқи дастнавис

**АБДУЛЛАЕВА
НОДИРА ШОМУРАТОВНА**

**ВАЗЪИ САЛОМАТӢ, СИФАТИ ҲАЁТИ КӯДАКОНИ
СИННУ СОЛИ БАРВАҚТ ВА ТОМАКАТАБӢ
(дар мисоли ш. Душанбе)**

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т И
диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии
доктори илмҳои тиб аз рӯйи ихтисоси
14.01.08 - Тибби атфол

Душанбе – 2024

Диссертатсия дар пойгоҳи Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмю клиникии педиатрий ва ҷарроҳии кӯдакона» Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон иҷро карда шудааст.

Мушовирони илмӣ: **Олимова Клавдия Сергеевна** - доктори илмҳои тиб, профессор, директори маркази тиббии ҚММ «Зангула»

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

Муқарризони расмӣ: **Одинаева Нуринисо Джумаевна** – доктори илмҳои тиб, профессори кафедра, директори МДБ ПИТК нигохдории тандурустии вилояти Москва, мудири кафедраи педиатрияи МДБ ПИТК нигохдории тандурустии вилояти Москва ба номи М.Ф. Владимирский, Сарпедиатри Вазорати тандурустии вилояти Москва.
Ҷураев Муҳаммад Наврузович – доктори илмҳои тиб, мудири кафедраи аллергология ва иммунологияи Муассисаи давлатии таълимии «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломӣ дар соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»
Одиназода Азиз Абдусаттор – доктори илмҳои тиб, дотсент, директори генералии МД «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ хун»

Муассисаи тақриздиханда: Донишқадаи педиатрии Тошканд (ш. Тошканд, Ҷумҳурии Ўзбекистон)

Ҳимояи рисолаи илмӣ рӯзи «_____» _____ соли 2024 соати «_____» дар ҷаласаи шурои диссертатсионии 6D.KOA-008-и МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» баргузор мегардад.

Суроға: 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кӯчаи Сино, 29-31, www.tajmedun.tj. тел. (+992) 918724088

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

Автореферат «_____» _____ соли 2024 ирсол шуд.

Котиби илмӣ
шурои диссертатсионӣ,
номзади илмҳои тиб, дотсент

Ҷамолова Р.Ҷ.

Муқаддима

Мубрамии мавзӯи таҳқиқот. Дар байни мушкилоти сершумори иҷтимоиву иқтисодӣ, ки дар назди ҷомеаи муосир меистанд, ҷойи муҳимро масъалаи солимии аҳоли ва дар навбати аввал солимии кӯдакон ишғол мекунад.

Вазъи саломатии кӯдакон на танҳо нишондиҳандаи интегралӣ некуаҳволии ҷомеа, ки гуногуни онба монанди ҷанбаҳои иҷтимоиву иқтисодиро инъикос мекунад, ба ҳисоб меравад, балки барои рушди потенциали саломатии аъзои калонсоли ин ҷомеа асоси базавиро ташкил медиҳад [Ваганов Н.Н., 2001; Баранов А.А., 2020; Мамаджанова Г.С., 2021; Чичерин Л.П., Альбицкий В.Ю., 2022].

Масъулияти бузурги иҷтимоии солимии кӯдакон ба души давлат ва волидайн гузошта шудааст. Солимии кӯдакон нишондиҳандаи некуаҳволии дохилӣ ва хориҷии иҷтимоии кишвар аст, ҳамчунин нишондиҳандаи бавоситаи беҳатарии миллӣ низ маҳсуб мешавад. Ҳамин тартиб, баррасии солимии кӯдакон ба сифати арзиши махсуси гуманитарӣ, захираи преспективии иқтисодӣ ва беҳатарӣ қомилан асоснок мебошад [Щеплягина Л.А. 2002; Володин Н.Н., 2006; Курышкин А.В., 2010; Машина Н.С., Галактионова М.Ю., 2015; Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., Устинова Н.В., 2017; Дьяченко Т.С., 2017].

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

Дар доираи ин стратегияҳо ҳаллу фасл кардани вазифаҳо оид ба дастрасӣ, сифат ва самаранокии хизматрасонии тиббӣ барои мустаҳкам шудани саломатии кӯдакон, ғавти навзодон (ФН) ва кӯдакон (ФК), ҳифз кардан ва густариш додани системаи таъмини солимии репродуктивӣ, мустаҳкам кардани системаи ёрии профилактикӣ, нақшаи мубориза бар зидди бемориҳои сироятӣ ва ихтилоли ғизо мусоидат мекунанд.

Яке аз самтҳои афзалиятнок дар тибби муосир бояд самти профилактика бошад, махсусан, вақте ки ин ба аҳолии кӯдакон дахл дорад: дар системаи нигоҳдории тандурустӣ ворид намудани технологияҳои муосири ҳифзкунандаи саломатӣ, ки тавонанд барои пешгирӣ намудани бемориҳо, паст кардани сатҳи ғавти кӯдакон, ҳамчунин баланд бардоштани сифати ҳаёти кӯдакон мусоидат намоянд.

Экспертҳои ТУТ тасдиқ мекунанд, ки кӯмаки аввалияи тиббӣ-санитарӣ (КАТС) воситаи асосии нигоҳ доштан ва мустаҳкам кардани саломатӣ барои ҳама дар ибтидои ҳазоррасолаи нав - асри XXI ба шумор меравад [Чичерин Л. П., 1999; Хаккал М., 2000; Чистович И., 2000].

Беҳтар кардани сифати расонидани кӯмаки аввалияи тиббӣ-санитарӣ ба аҳолии кӯдакон вазифаи аввалиндараҷаи нигоҳдории тандурустӣ ба

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

Муваффақиятҳои назаррас доир ба кам кардани ғавти навзодон (аз 17,8 дар соли 2011 то 14,2 дар соли 2021) ва ғавти кӯдакон (аз 22,6 дар соли 2011 то 17,7 дар соли 2021) дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ба даст оварда шудааст Аммо ба муваффақиятҳои ба даст овардашуда нигоҳ накарда, тамоюли ба бад шудани вазъи саломатии аҳолии кӯдакон ишоракунанда, боки мемонад, ки ин, бешубҳа метавонад барои чанде зиёд шудани паҳншавии бемориҳои музмин мусоидат намояд, ки зарурати таҳқиқоти амиқтари ҳамаи ҷанбаҳои ҳаёти кӯдаконро талаб мекунад [Зарипова М.М., 2009; Гафуржанова Х.А., 2019; Мамаджанова Г.С., 2021].

Дар соли 1997 Ташкилоти Умумичаҳонии Тандурустӣ меъёрҳои мушаххаси «Саломатӣ»-ро муайян кард, ки дар ин ҷо қонунҳои асосии таъмин кардани некуаҳволии муносиби ҷисмонӣ, равонӣ ва иҷтимоӣ мушаххас баён шудаанд [Collier J., 1997].

Фарзияҳои зикршуда имконият доданд, ки асоси таърифи мафҳуми сифати ҳаёт (СХ) дар тиб муайян карда шавад. Маҳз ҳамин нукта имконият дод, ки трансформатсияи аз як модели мафҳуми «Саломатӣ ва беморӣ» ба мафҳуми дигар, яъне аз модели биотиббӣ ба шакли ҷомеъ – биопсихиҷтимоӣ гузаронида шавад. Ин имконият дод, ки муносибат бо бемор ҳамчун ба шахсият дар заминаи дарки субъективи беморӣ, тарсу ваҳм, бо тақия кардан ба таҷриба ва мушоҳидаҳои шахсии он тағйир дода шавад [Винярская И.В., 2008; Ионова Т.И., Никитина Т.П., 2017]. Пас, ҳуди мафҳуми «Сифати ҳаёт» маркази ин моделро ташкил медиҳад.

Мафҳуми муосир ва таърифи «Сифати ҳаёт», асос ва қабати бузурги методологӣ таҳқиқотҳои клиникӣ ва тиббӣ-иҷтимоӣ махсус шуда, ҷузъи ҷудонашавандаи нигоҳдории тандурустии муосир мебошад. Маҳз ин меъёрҳои СХ-ро бо боварии комил метавон ба дастовардҳои назаррасии илмӣ асри ХХ дохил кард [Новик А.А., Ионова Т.И., 2007, 2013].

Баҳодиҳии бисёрвектории ҳолати саломатии кӯдакони синну соли гуногун, махсусан синну соли барвақт ва томақтабӣ, тавассути омӯзиши сифати ҳаёт, бо дар назардошти таъсиррасонии маҷмуи омилҳо ба ин нишондод аҳамияти бузург дорад, ки барои гузаронидани таҳқиқоти мазкур низ ҳамчу асос хизмат кардааст.

Дарачаи азхудшудаи масъалаи илмӣ. Солимии аҳолии кӯдакон нишондиҳандаи калидиест, ки аз некуаҳволии ҷомеа ва самаранокии ёрии тиббии расонадашаванда дарак медиҳад.

Барои ҳамагон маълум аст, ки маҳз ба кӯдакони синну соли аз давраи навзодӣ то ҳафтсолагӣ 67,9%-и ҳолатҳои беморшавӣ, яъне зиёда аз 2/3 ҳиссаи он рост меояд, ки қисми бештари беморшавиро (35%) дар кӯдакони синну соли тоmatкабӣ мушоҳида кардан мумкин аст, ки дорои тағйиротҳои нейроэндокринӣ ва шиддатнокии мутобиқшавӣ ҳастанд.

Ҳамин тавр, маҳз ин лаҳза давраи бухронии ҳифз кардан ва мустаҳкам кардани саломати кӯдакони ин гурӯҳи синнусолӣ ба ҳисоб меравад.

Худи далели вазъи саломатии кӯдакони ин синну сол таҳти таъсири миқдори зиёди омилҳои иҷтимоӣ-беҳдоштӣ ва тиббӣ-биологӣ қарор дорад, дар натиҷа, қувваи ба баҳодиҳии таъсири омилҳои зикршуда равонашуда ба категорияҳои махсусан актуалӣ дохил мешаванд.

Нишондиҳандаи асосии вазъи саломатии организми рушдкунанда инкишофи ҷисмонии он аст. Аз ҷиҳати сохтори анатомиву физиологии худ организми кӯдак, дар раванди сабзиш ва инкишофи доимӣ қарор дорад ва ҳамчун натиҷаи ин раванд, ҳама, ҳатто хурдтарин дуршавӣ аз равиши муътадил бояд ҳамчун натиҷаи нохубӣ дар вазъи саломатии вай доништа шавад [Баранов А.А., Кучма В.Р., Скоблина Н.А., 2008; Ватанбекова Г.С., 2012; Биянова И.Г., Мерзлова Н.Б., 2013].

Асоси ҳама методологияҳои баҳодиҳии вазъи саломатии кӯдакон, ки дар педиатрия пешбинӣ шудаанд, баҳодиҳии комплексӣ асосӣ ба шумор меравад. Маҳз ин методология имконият медиҳад, ки вазъи саломатии кӯдакон ба таври муносиб баҳогузори карда шавад, ки асоси онро таҳқиқоти клиникии узвҳо ва системаҳои ташкил медиҳанд, ки ба баҳодиҳии ҳамаи нишондиҳандаҳои таъия мекунанд ва натиҷаи он муайян кардани гурӯҳи саломатӣ аст, баъдан нақшаи диспансеризатсия интиҳоб карда шуда, минбаъд комплекси чорабиниҳои профилактикӣ ва реабилитатсионӣ таъия карда мешавад.

Маҳз баҳодиҳии ҳамаҷонибаи вазъи саломатии кӯдакон, зарурати ба ҳисоб гирифтани на танҳо параметрҳои ҷисмонӣ ва рушди психомоторӣ, балки баҳодиҳии муносиби нақши нишондиҳандаҳои сифати ҳаётро низ талаб мекунад. Истифодаи намудани нишондиҳандаҳои СХ, ба ҳайси меёри баҳодиҳии истифодаи технологияҳои гуногуни тиббӣ дар фаъолияти амалии звенои амбулатории нигоҳдории тандурустӣ хеле актуалӣ мебошад.

Бо дар назардошти он, ки дар педиатрияи ватанӣ ин самт дар қорҳои илмӣ кам омӯхта шудааст, иҷро намудани таҳқиқоти мазкур ба миён омад [Гафуржанова Х.А., 2015; Саидмурадова Г.М., Янгибаева Б.У., 2017].

Усулҳои баҳодиҳӣ ба самаранокии қори марказҳои шаҳрии саломатӣ, аз ҷумла самти профилактики он хеле маҳдуд аст, ки вобаста аз ин, кӯшиши омӯхтани имкониятҳои истифодаи нишондиҳандаҳои СХ дар ин матн бисёр мавриди таваҷҷуҳ аст.

Муносибати комплексӣ нисбат ба омӯзиши вазъи саломатии кӯдакони синну соли барвақт ва томақтабӣ, бо назардошти нишондиҳандаҳои сифати ҳаёт, дар асоси он тайёр кардани нишондиҳандаҳои ватании инкишофи ҷисмонии гурӯҳи кӯдакони ин синну сол, омӯхтани қаноатбахш будани намояндагони қонунии кӯдакон аз сатҳи расонидани хизматрасониҳои тиббӣ дар доираи КАТС, ҳамчунин экспертизаи фаъолияти қормандони тиббии марказҳои шаҳрии саломатӣ дар илми ватанӣ мавзӯи омӯзиш ва таҳлили мустақилона қарор нагирифтааст, ки ин барои баргузори таҳқиқоти мазкур асос шуда, мубрамаӣ, мақсад ва вазифаҳои онро муайян кардааст.

Иртиботи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо) ва мавзӯҳои илмӣ. Мавзуи таҳқиқот дар доираи корҳои илмӣ-таҳқиқотии Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ-клиникии педиатрия ва ҷарроҳии кӯдакон» Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон бахшида ба мавзуи «Ҳолати эътимодноки ва динамикаи инкишофи нишондиҳандаҳои саломати кӯдакон дар синну соли навзодӣ ва коркарди методологияи аз ҷиҳати илмӣ асосноки равиши байни секторӣ нисбат ба устувории он дар Ҷумҳурии Тоҷикистон» ҚД № 0121ТҶ1090 анҷом дода шудааст.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот: Омӯзиши хусусиятҳои ташаккули саломатӣ дар иртиботи мутақобила бо сифати ҳаёт, коркард ва такмил додани принципҳои кумаки аввалияи тиббӣ-санитарӣ ба аҳолии кӯдакон.

Вазифаҳои таҳқиқот

1. Омӯзиши таъсири бозсозии гузаронидашудаи сектори нигоҳдории тандурустӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ба динамикаи нишондиҳандаҳои асосии вазъи саломатии аҳолии кӯдакон.
2. Муайян кардани омилҳои ба барқароршавии инкишофи ҷисмонӣ ва психомоторӣ, саломатии соматикӣ кӯдакон дар шароити нави иҷтимоӣ-иқтисодӣ таъсиркунанда.
3. Баҳогузориҳои комплекси вазъи саломатии кӯдакони синну соли барвақт ва томақтабӣ.
4. Омӯзиши таъсири омилҳои хатар ба сифати ҳаёти кӯдакони синну соли барвақт ва томақтабӣ.
5. Муқаррар намудани имконияти истифодабарии нишондиҳандаҳои «сифати ҳаёт», ба ҳайси меъёри баҳогузориҳои комплекси ҳолати саломатӣ ва самаранокии истифодаи чорабиниҳои табобатӣ-профилактикӣ дар кӯдакон дар сатҳи звенҳои аввалияи нигоҳдории тандурустӣ.
6. Таҳияи стандартҳои минтақавии инкишофи ҷисмонӣ.
7. Таҳия ва илман асоснок кардани принципҳои оптимизатсияи кумаки аввалияи тиббӣ-санитарӣ (КАТС) ба аҳолии кӯдакони Ҷумҳурии Тоҷикистон.

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

Омӯзиши комплекси ҳолати саломатӣ ва инкишофи ҷисмонии 724 кӯдак омӯхта шуд, ки аз онҳо 315 нафар кӯдакони синну соли барвақт ва 409 – нафар кӯдакони синну соли томақтабӣ буданд.

Барои таҳия кардани стандартҳои минтақавии инкишофи ҷисмонии кӯдакони аз 0 то 6-сола 7319 кӯдак таҳқиқ карда шуд, ки аз онҳо 3908 нафар писар ва 3411 духтар буданд.

Баҳогузорӣ ба инкишофи ҷисмонии 1566 кӯдак сурат гирифт, ки аз онҳо 836 нафар кӯдакони синну соли барвақт ва 730 нафар кӯдакони синну соли томақтабӣ буданд.

Барои таҳқиқи сифати ҳаёти кӯдакони синну соли барвақт кӯдакони синну соли томақтабӣ дар байни 603 волидайн/парасторон пурсиш гузаро-

нида шуд: 141 – аз 3 моҳа то 1-сола, саволномаи QUALIN; 108 – аз 1 то 3-сола, саволномаи QUALIN; 97 - аз 2 то 4-сола, саволномаи PedsQL™ 4.0; 257 - аз 5 то 7 -сола, саволномаи PedsQL™ 4.0.

Барои таҳқиқи қаноатбахш будани намояндагони қонунии кӯдакон аз сифати расонидани ёрии тиббӣ дар сатҳи звенои аввалияи нигоҳдории тандурустӣ ва қаноатмандии кормандони тиббӣ аз кори худ 160 анкетаи беном (анонимӣ) таҳлил карда шуд.

Баҳодиҳии экспертии сифати кори кормандони тиббии звенои аввалияи нигоҳдории тандурустӣ дар асоси омӯзиши 106 картаҳои махсус таҳияшудаи баҳодиҳии экспертӣ, нусхаи комили маълумотҳо аз асноди тиббӣ (формаи № 112, 26, 30, 63) ба роҳ монда шуд.

Барои баҳодиҳӣ ба сатҳи дониш дар соҳаи педиатрия, тести 325 табиби тахассусҳои умумӣ дар 14 маркази шаҳрии саломатии ш. Душанбе гузаронида шуд.

Мавзӯи таҳқиқот. Баҳодиҳии комплекси ҳолати саломатии кӯдакон мувофиқи фармоиши Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 16 –уми октябри соли 2018, таҳти № 954 «Дар бораи тасдиқ кардани «Тартиби баргузории муоинаи тиббӣ, назорати доимии диспансерӣ ва вақти гузаронидани эмкунӣ» гузаронида шуд.

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

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

Усули сотсиологӣ ҳангоми омӯзиши қаноатмандии намояндагони қонунии кӯдакон аз сифати ёрии расонидашудаи педиатрӣ дар марказҳои шаҳрии саломатӣ истифода карда шуда буд.

«Картаи баҳодиҳии экспертии сифати расонидани ёрии тиббӣ барои кӯдакон»-и таҳияшуда бо мақсади боз ҳам амиқтар омӯхтани ҳама самтҳои фаъолияти кормандони тиббӣ-профилактикӣ, табобатӣ-ташҳисӣ, диспансерӣ истифода карда шуд.

Баҳодиҳии экспертӣ тавассути муқоиса кардани маълумотҳои ба даст овардашуда бо тавсияҳои клиникӣ тасдиқшуда оид ба ташҳис ва табобати беморон дар сатҳи ёрии амбулаторӣ-поликлиникӣ амалӣ карда шуд: фармоиши ВТ ва ҲИА ҚТ аз 19 июни соли 2020, таҳти № 456 «Дар бораи дар амал тасдиқ ва ворид кардани тавсияҳои клиникӣ оид ба ташҳис ва расонидани ёрии тиббӣ ба беморон дар сатҳи хадамоти аввалияи тиббӣ-санитарӣ».

Навгони илмӣ.

1. Муқаррар карда шуд, ки дар протсессии бозсозии сектори нигоҳдории тандурустӣ (солҳои 2011-2021) хусусиятҳои чараёни бемориҳои гуногун ва сифати расонидани кумаки аввалияи тиббӣ-санитарӣ ба кӯдакон тағйир ёфтааст, ки ин боиси кам шудани паҳншавӣ ва сохтори беморшавии кӯдакони синну соли барвақт ва томактабӣ дар ҚТ гаштааст.
2. Диспансеризатсияи гузаронидашудаи кӯдакон имконият дод, ки тамоюли ҳолати саломатии онҳо муайян карда шавад, ки дар кам шудани ҳиссаи кӯдакони солим ва ҳамзамон зиёд шудани вазни ҳолиси кӯдакони дорои бемориҳои музмин ва маъюбшавии кӯдакон инъикос ёфтааст.
3. Омилҳои хатарӣ ба ташаккули ҳолати саломатӣ ва сифати ҳаёти кӯдакон бо назардошти давраи синнусолии кӯдакӣ таъсиркунанда муқаррар карда шуд. Ҳамин тартиб, дар кӯдакони синну соли барвақт дар муқоиса аз кӯдакони сини томактабӣ омилҳои тиббӣ-биологӣ бартарӣ доштанд, ки дар ин ҷо бадкунандагони СҲ омилҳои хатари иҷтимоӣ-психикӣ ва моддӣ-иқтисодӣ буданд.
4. Беморшавии кӯдакони синну соли барвақт бо бартарӣ доштани бемориҳои бронху шушҳо, баъдан бемориҳои узвҳои ҳозима, хун ва узвҳои ҳунофар, ҳолатҳои ҷудогонаи давраи перинаталӣ муайян карда мешавад. Дар синну соли нисбатан калонтар бемории асосӣ бемории узвҳои ҳозима мебошад ва баъдан бемориҳои бронху шушҳо, системаи устухону мушакҳо, бемориҳои чашм, системаҳои эндокринӣ ва пешобу таносулӣ.
5. Нишондиҳандаҳои сифати ҳаёти кӯдакони синну соли барвақт ва томактабии ш. Душанбе, бо назардошти аҳамияти синнусолӣ ва чинс муайян карда шуд.
6. Имкониятҳои истифодаи нишондиҳандаҳои СҲ ба ҳайси яке аз меъёрҳои баҳодиҳии комплекси вазъи саломатии кӯдакон ва барои баҳодиҳӣ ба самаранокии истифодабарии технологияҳои тиббӣ дар мисоли кӯдакони зуд-зуд беморшаванда муқаррар карда шуд.
7. Марҳалаҳои асосии гузаронидани муоинаҳои профилактикии аҳолии кӯдакон, ки дар нигоҳдории тандурустии амалии ҚТ коркард ва ворид карда шудаанд, тамоюл доштан ба инкишофи дисгармонӣ бо бартарӣ доштани қадпастиро (бештар дар писарҳо) нишон доданд.
8. Бори нахуст тамоюли мушаххаси инкишофи дисгармонӣ дар байни кӯдакони синну соли 6-сола нишон дода шудааст; қадпасти ташаккулёфта проблемаи ҷиддии иҷтимоӣ мебошад. Беҳтар кардани ғизо, инкишофи ҷисмонӣ ва асабиву равонӣ саҳми муҳимме дар татбиқи Барномаи миллии коммуникатсионии 1000 рӯзи ҳаёти кӯдак дар ҚТ ба ҳисоб меравад.

Аҳамияти назариявӣ ва илмӣ-амалии таҳқиқот.

Зарурати баргузории муоинаҳои динамикии профилактикаи тиббӣ бо ҷалб кардани мутахассисони соҳаҳои маҳдуд бо мақсади гузаронидани ислоҳи инфиродии ҳам бемориҳои асосӣ ва ҳам ҳамроҳшуда, ҳанӯз то ба мактаб шомил шудан, дар давраи дар муассисаҳои томактабӣ будани кӯдак асоснок карда шудааст.

Иртиботи коррелятсионии муқарраркардаи байни омилҳои гуногуни тиббӣ-биологӣ ва иҷтимоӣ ба СХ-и кӯдакони синну соли барвақт ва томақтабӣ, имконияти татбиқ намудани нишондиҳандаҳои баҳодихӣ ба сифати ҳаётро ҳамчун меъёри комплекси баҳодихӣ ба ҳолати саломатии кӯдакон ва самаранокии истифодаи чорабиниҳои табобатӣ-солимгардонӣ дар сатҳи звенҳои аввалияи нигоҳдории тандурустӣ амалӣ сохтааст.

Меъёрҳои минтакавии синнусолӣ ва ҷинсии инкишофи ҷисмонии кӯдакони синну соли барвақт ва томақтабии ш. Душанбе бознигарӣ ва бозсозӣ шудаанд, ки дар асоси онҳо методикаи баҳодихии инфиродии параметрҳои инкишофи ҷисмонӣ асоснок карда шудаанд.

Натиҷаҳои ба дастовардаи таҳқиқот метавонанд, ки барои илман асоснок кардани роҳҳои оптимизатсия ва такмили КАТС ба аҳолии кӯдакони Ҷумҳурии Тоҷикистон асос шаванд.

Хулосаҳои илман асоснок ва тавсияҳои амсалӣ ва шарҳу тавзеҳи онҳо, ҷанбаҳои методологӣ, ки дар таҳқиқот оварда шудаанд, метавонанд, ки ба барномаи такмил ва баланд бардоштани тахассуси кормандони тиббӣ ба қор бурда шаванд ва низ талабот нисбат ба онҳо дар раванди таълими кафедраҳои тахассусии макотиби олии тиббӣ дида мешавад.

Нуктаҳои асосии барои Ҳимояшавандаи диссертатсия:

1. Дар даҳсолаҳои охир тамоюли бад шудани ҳолати саломатии кӯдакони синну соли барвақт ва томақтабӣ муайян карда шудааст. Чунончи, дар хатми давраи синну соли барвақт, яъне дар сесолагии ҳаёт, гурӯҳи I саломатӣ дар заминаи зиёд шудани миқдори кӯдаконе, ки инҳирофи морфофункционалӣ ва бемориҳои музмин доранд, тақрибан 1,5 маротиба кам мешавад. Танҳо 15,5%-и кӯдакони синну соли 6-сола солим эътироф шудаанд.
2. Муайян карда шудааст, ки дар сохтори беморшавии кӯдакон дар давоми даҳ соли охир бемориҳои сироятӣ, аз ҷумла сироятҳои рӯдаҳо бартарӣ доранд. Дар айни замон, дар кӯдакони синну соли калонтар бемории асосӣ бемориҳои узвҳои ҳозима мебошад, баъдан бемориҳои системаи бронху шушҳо, системаи устухону мушакҳо, бемориҳои ҷашм ва системаи эндокринӣ меоянд.
3. Имконияти истифода кардани нишондиҳандаҳои сифати ҳаёт ҳамчун меъёри иловагӣ дар баҳодихии комплекси ҳолати саломатии кӯдакон муайян карда шудааст. Истифодаи усули баҳодихии СХ, ҳамчун меъёри самаранокии истифодаи усулҳои табобатӣ-солимгардонӣ дар фаъолияти амалии педиатрия асоснок карда шудааст.
4. Марҳалаҳои асосӣ ва давраҳои синнусолии муоинаҳои профилактики кӯдакон, ки равиши захиравӣ барои пешгирӣ намудани бемориҳои гуногуни аҳолии кӯдакони ҚТ ба ҳисоб мераванд, таҳия карда шудааст.

Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсияро ҳаҷми кофии маводи аз ҷиҳати омӯрӣ бо ёрии барномаҳои амалии «Statistica 10» (Stat SoftInc., ИМА) ва «IBM SPSS Statistics 21» (IBM Corp., ИМА) қоркардшуда, таҳлили миқдори зиёди адабиёти муосири илмӣ, миқдори нашрнамудаи мақолаҳои илмӣ тасдиқ мекунанд. Нуктаҳои барои Ҳимоя пешни-

ҳодшаванда, ҳулосаҳо ва тавсияҳои амалӣ дар асоси натиҷаҳои ба даст овардаи пажӯҳиши рисола ташаққул ёфта, мақсад ва вазифаҳои дар пеш гузоштасударо инъикос мекунад. Натиҷаҳои таҳқиқот дар маҷаллаҳои байналмилалӣ ва миллии тақризшавандаи феҳристи КОА назди Президенти ҶТ ва КОА ФР тақриз шудаанд, ҳамчунин дар конференсияҳои байналмилалӣ (Тоҷикистон, Россия) таъйид шудаду двар нақшаи таълимии таҳсилоти баъдидипломӣ, дар фаъолияти амалии марказҳои саломатии шаҳрӣ татбиқ гаштаанд.

Мувофиқати диссертатсия бо шиносномаи ихтисоси илмӣ. Пажӯҳиши диссертатсия ба шиносномаи КОА-и назди Президенти ҶТ оид ба ихтисоси 14.01.08 - Педиатрия: зербанди 3.1. Хусусиятҳои инкишофи ҷисмонӣ, асабӣ-равонӣ, ҳолати системаҳои функционалии кӯдакон ва наврасон. Зербанди 3.2. Хӯрок додан ва ғизои кӯдакон ва наврасони солим ва бемор гипо- ва гипervитаминоз. Диатез, ихтилоли ҳозима ва ғизо. Зербанди 3.3. Физиология ва патологияи умумии давраи навзодӣ, синну соли барвақт, калон ва наврасӣ. Зербанди 3.5. Бемориҳои дарунии кӯдакон ва наврасон. Паҳншавӣ, этиология, патогенез, омилҳои ирсӣ, клиника, таъхис, табобат, профилактика, реабилитатсия мувофиқат мекунад.

Саҳми шахсии довталаби унвони илмӣ. Муаллиф ҷамъовариҳои маводи пажӯҳиши илмӣ-таҳқиқотиро мустақилона анҷом дода, шарҳ ва таҳлили сарчашмаҳои илмиро иҷро намудааст, мақсад ва вазифаҳои таҳқиқотро муайян кардааст, ҷамъоварӣ ва танзими маводи амалияро амалӣ сохтааст, қисми клиникии таҳқиқотро гузаронидааст, дар ҳайати бригадаи комплекси ҷиҳати диспансеризатсияи кӯдакон дар ш. Душанбе иштирок кардааст. Муаллиф пойгоҳи маълумотҳоро сохтааст, коркарди омории маводи барои таҳқиқот ҷамъшударо гузаронидааст, натиҷаҳои ҳосилшударо таҳлил кардааст, дар асоси онҳо ҳулосаҳо ва тавсияҳои амалиро барои нигоҳдории тандурустии амалӣ пешниҳод намудааст, дастнависро таълиф ба шакл даровардааст. Муаллиф мустақилона гузоришҳо ва маводҳоро омода карда, мақолаҳо нашр кардааст, дар конгрессҳои илмӣ, конференсияҳо ва съездҳо баромад кардааст, натиҷаҳои таҳқиқот дар монографияҳо инъикос ёфтаанд.

Таъйид ва татбиқи натиҷаҳои рисола. Нуқтаҳои асосии диссертатсия гузориш шудаанд: дар конференсияи муштаракӣ ҷумҳуриявии илмӣ-амалии «Дурнамои рушди илмҳои бунёдии тиббӣ дар Тоҷикистон» ва 56-умин конференсияи илмӣ-амалии солони ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино (Душанбе, 2008); съезди V акушер-гинекологҳо ва неонатологҳо дар Ҷумҳурии Тоҷикистон «Модар ва кӯдак» (Душанбе, 2010); съезди V педиатрҳо ва ҷарроҳони кӯдакони Тоҷикистон (Душанбе, 2010); Конгресси XI педиатрҳои Авруосиё «Проблемаҳои саломативу инкишофи кӯдакон дар марҳалаи муосир» (Душанбе, 2011); конференсияи 6-уми байниминтақавӣ бо иштироки намояндагони байналмилалӣ «Масъалаҳои мубрами педиатрия» (ФР, Калининград, 2014); съезди VI педиатрҳо ва ҷарроҳони кӯдакони Тоҷикистон «Ташаққули кӯдаки солим дар ҷомеа, масъалаҳои нигоҳубин, инкишоф ва ғизо дар контексти татбиқи Ҳадафҳои рушди ҳазорсола» (Душанбе, 2015); конференсияи VII -уми байниминтақавӣ бо ишти-

роки намояндагони байналмилалӣ «Масъалаҳои мубрами педиатрия» (ФР, Калининград, 2015); Конгресси IX педиатрҳои кишварҳои ИДМ «Ташаққули саломатии кӯдакон дар шароити муносири нигоҳдории тандурустӣ» ва форуми III оид ба ғизо «Ғизо дар доираи татбиқи Стратегияи Миллии рушди Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи то соли 2030» (2019, Душанбе); съезди III ҷарроҳони кӯдакон, анестезиологҳо-реаниматологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон «Усулҳои муосир дар ҷарроҳии кӯдакон ва табобати интенсивӣ: дастовардҳо, мушкилот ва роҳҳои ҳаллу фасл кардани онҳо» (Душанбе, 2020).

Интишори натиҷаҳои диссертатсия. Аз рӯйи мавзуи таҳқиқоти диссертатсионӣ дар 49 кори илмӣ, аз ҷумлаи онҳо 16 мақолаи илмӣ дар маҷаллаҳои тақризшавандаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ва КОА Вазорати маориф ва илми Федератсияи Россия, 1 монография, 1 тавсияи методӣ нашр шудааст.

Ҳаҷм ва сохтори диссертатсия. Маводи диссертатсия дар ҳаҷми 377 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шуда, аз муқаддима, тавсифи умумии таҳқиқот, шарҳи адабиёт, боби мавод ва усулҳои таҳқиқот, 5 боби натиҷаҳои таҳқиқоти худӣ диссертант, баррасии натиҷаҳои ба даст овардашуда, хулоса, тавсияҳои амалӣ ва феҳристи адабиёти истифодашуда иборат мебошад. Дар рисола 46 ҷадвал ва 84 расм оварда шудааст. Феҳристи адабиёт 435 сарчашмаро дар бар гирифтааст, аз онҳо 322 сарчашма бо забони русӣ ва 113 сарчашма бо забони англисӣ мебошанд.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқот дар заминаи пажӯҳиши комплекси тиббӣ-ичтимоии гузаронидашуда, ки ба омӯзиши проблемаҳои мутобиқшавии биологӣ ва иҷтимоии кӯдакон бо назардошти шароити тағйирёбандаи иҷтимоӣ-иқтисодӣ нигаронида шудааст, асос ёфтааст.

Таҳқиқот дар Маркази илмӣ-клиникии педиатрия ва ҷарроҳии кӯдакони Ҷумҳурии Тоҷикистон ва озмоишгоҳҳои соҳавии МФДМ «Маркази миллии таҳқиқотии тиббии саломатии кӯдакон» иҷро карда шудааст. Асоси таҳқиқотро принсипи бисёрмарҳилавии ҷамъоварии иттилоот, коркарди омории он ва ниҳоят, таҳлили натиҷаҳои ҳосилшуда, ки солҳои 2011-2021-ро фаро мегирад, ташкил доданд.

Объекти таҳқиқот инҳо буданд:

- Марказҳои шахрии саломатии ш. Душанбе (№ 1-14);
- Боғчаҳои кӯдакон № 80, 133, 143, 147;
- Марказҳои хусусии тиббӣ-машваратии «Зангула», «Медиан»; Ба гурӯҳи таҳқиқот дохил карда шуданд:
- Аҳолии кӯдакони ш. Душанбе – диспансеризатсия 272506 кӯдаки аз 0 то 18-соларо дар бар гирифт;
- Барои коркарди стандартҳои минтақавии инкишофи ҷисмонии кӯдакони аз 0 то 6-сола 7319 кӯдак таҳқиқ карда шуд, ки аз онҳо 3908 – нафар писар ва 3411 – нафар духтар буданд;
- Омӯзиши комплекси ҳолати саломатии 724 кӯдаки синну соли барвақт ва томақтабӣ гузаронида шуд;

- Баҳодиҳии инкишофи ҷисмонӣ дар 1566 кӯдак гузаронида шуд, аз онҳо 836 – кӯдаки синну соли барвақт ва 730 кӯдаки синну соли томақтабӣ буданд;
- Таҳлили сифати ҳаёт дар 603 кӯдак гузаронида шуд;
- Таҳқиқоти қаноатмандии намояндагони қонунии кӯдакон аз сифати ёрии тиббии расонидашуда тавассути 88 анкета, кормандони тиббӣ 72 анкета, баҳодиҳии экспертии сифати кори кормандони тиббӣ – 106 карта гузаронида шуд; тести сатҳи дониши табибони ихтисосҳои умумӣ – 325 анкета.

Баҳодиҳии комплекси ҳолати саломатии кӯдакон ҳатман бо назардошти меъёрҳои асосии базавӣ гузаронида шуд: мавҷуд будан ё набудани ихтилолҳои функционалӣ ва ё бемориҳои музмин бо назардошти варианти клиникӣ ва фазаи ҷараёни протсесси патологӣ; сатҳи ҳолати функционалии системаҳои асосии организм; дараҷаи муқовимати организм ба таъсири нохушӣ берунӣ; сатҳи инкишофи ба даст овардашуда ва дараҷаи мавзунии он, ҳамчунин натиҷаҳои таҳқиқоти худӣ, хулосаи мутахассисони ихтисосҳои маҳдуд.

Бо мақсади баҳогузори комплекси кӯдакони таҳқиқшаванда, нусхабардории комили маълумотҳои ҳуҷҷатҳои тиббӣ (формаҳои № 112, 26, 30, 63) анҷом дода шуд.

Ҳамзамон бо ин, барои ҳар як кӯдак анкетани махсус таҳиякардашуда пур карда шуд, ки дар он оид ба вазъи иҷтимоӣ-иқтисодӣ, «иҷтимоӣ-психологӣ» манзараи ин оила ва шароити санитарӣ-гигиенин зиндагӣ, ки дар он кӯдак ба воя мерасад, маълумоти муфасссал гирд оварда шудааст. Анкета омилҳои хатари модар (вазъи саломатӣ, ҷараёни ҳомилагӣ ва вало-дат), ҷараёни даврони навзодӣ ва кӯдакии барвақт, ҳӯрок додан, муҳлати ворид кардани ҳӯроки иловагӣ ва ислоҳи ғизо, моякӯбии профилактикӣ, беморшавӣ, режими рӯз, ташриф овардан ба марказҳои саломатии шаҳрӣ ва секторҳои хусусии хизматрасониҳои тиббӣ ва ғайраро дар бар гирифтааст.

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

Ниҳоят, дар асоси марҳалаҳои дар боло зикршудаи таҳқиқот вобаста аз вазъи саломатӣ, кӯдакони таҳқиқшуда ба гурӯҳи дахлдори саломатӣ дохил карда шуданд (мувофиқи Громбах).

Бо мақсади таҳия намудани *ҷадвалҳои минтақавии баҳодиҳии инкишофи ҷисмонӣ* маводи муоинаи 7319 кӯдаки синну соли аз 0 то 6-солаи миллаташон тоҷик истифода гашт, ки аз онҳо 3908 нафар писар ва 3411 нафар духтарон, сокинони маҳаллии ш. Душанбе буданд. Гурӯҳҳои кӯда-

кон аз ҷиҳати синну сол ва ҷинс баробар буданд, миқдори ҳар як гурӯҳ 100 нафар ва аз он зиёдтарро дар бар гирифта буд.

Барои ҳосил кардани тасаввуроти умумӣ оид ба шароит ва қонунмандии асосии инкишофи ҷисмонӣ таҳқиқоти дарозии бадан, вазн, даври сар ва қафаси сина гузаронида шуд. Дар ҳамаи кӯдакон антропометрия бо усули маъмулии классикӣ ва бо истифода аз лентай сантиметрӣ, тарозу ва қадченкунак сурат гирифт.

Барои ҳар як аломат бузургиҳои муносиб ҳисоб карда шуд;

M – бузургии миёнаи арифметикӣ;

m – хатои бузургии миёнаи арифметикӣ;

σ – инҳирофи миёнаи квадратӣ, ки тағйирпазирии аломатро инъикос мекунад.

Мавод бо усули омори вариатсионӣ ва таҳлили регрессивӣ коркард шуда, дар асоси нишондиҳандаҳои ҳосилшуда барои ҳар як аломат стандарт ва ҷадвалҳои баҳодихии инкишофи ҷисмонии кӯдакони аз 0 то 6-сола барои истифодаи амалии онҳо тартиб дода шуд.

Стандартҳои инкишофи ҷисмонӣ параметрҳои миёнаи арифметики инкишофи ҷисмонӣ (ИЧ) ва сигмаҳои онҳо ҳисобида шуданд. Барои ҳар як гурӯҳи синнусолӣ-ҷинсӣ меъёрҳои ҳуди онҳо тартиб дода шуд, ин имконият медиҳад, ки гетероморфизми инкишофи ҷисмонӣ ва диморфизми ҷинсӣ тасаввур карда шавад.

Дар асоси натиҷаҳои ҳосилшуда мо ду усули баҳодихии инфиродии инкишофи ҷисмониро пешниҳод намудем.

Ин усули инҳирофи сигмалӣ аст, вақте ки нишондиҳандаҳои инкишофи ҷисмонии фард (қад, массаи бадан, даври қафаси сина ва сар) бо бузургиҳои миёнаи арифметикии аломатҳои дахлдор, барои гурӯҳи муайяни синнусолӣ-ҷинсӣ муқоиса карда мешаванд, бо ин мақсад аз ҷадвалҳои стандартҳо истифода карда шуд. Маълумотҳои ҳосилшуда дар шакли ҳиссаҳои сигма (σ) ифода шуданд.

Шарҳи маълумотҳои ба даст овардашуда чунин сурат гирифт:

- аз $M - 1\sigma$ то $M + 1\sigma$ – инкишофи миёна
- аз $M + 1\sigma$ то $M + 2\sigma$ – болотар аз миёна
- аз $M + 2\sigma$ то $M + 3\sigma$ – баланд
- аз $M - 1\sigma$ то $M - 2\sigma$ – камтар аз миёна
- аз $M - 2\sigma$ то $M - 3\sigma$ – паст

Ба ҳайси усули дуҷум барои баҳогузори ба инкишофи ҷисмонии кӯдак мо усули коррелятсиониро ба кор бурдем. Асоси усули баҳогузори ба инкишофи ҷисмонӣ ҳангоми ҳисоб кардани нишондиҳандаҳои регрессия маълумотҳои вобаста ба ду аломат қабул карда шуданд, вақте ки зиёдшавии марҳилавии яке аз аломатҳо (масалан, массаи бадан), ҳангоми ҳамзамон зиёд шудани аломати дигар (масалан қад то 1 см) ҳангоми иртиботи мустақим доштан, ҳамин гуна манзара ҳангоми тадриҷан кам шудан ҳангоми баръакс низ ба мушоҳида мерасад.

Дар протсессии баҳодихии комплекси ИЧ (инкишофи ҷисмонӣ) кӯдакон тибқи шкалаи регрессия ҷадвали баҳодихӣ тартиб дода шуд, ки якҷан параметрро дар бар мегирифт. Асоси онҳоро инҳо ташкил додаанд:

1. коэффиенти корреляционӣ (r)

2. коэффитсиенти регресси ($R_{y/x}$) – инъикоскунандаи нишондиҳандаи тағйироти як аломат ҳангоми тағйир ёфтани аломати дигар то як воҳид;
3. сигмаи регрессия (σR) –сигмаи чузъӣ, ки барои муайян кардани бузургии инфиродии инхирофи аломатот, дар алоқамандӣ бо аломати дигар зарур аст.

Чадвалҳо чунин сохта шудаанд: дар графаи аввали чадвал сарҳади инхирофҳои сигмалӣ нисбат ба сигмаи умумии ($\pm\sigma$) қад ҷоёгир шудаанд; дар графаи дуюм вариантҳои қад бо фосилаи 1 см аз бузургии минималӣ то максималӣ барои ин синну сол (вариантҳои қад дар 5 зергурӯҳ гурӯҳбандӣ шудаанд (миёна, болотар аз миёна, баланд, пасттар аз миёна, паст), вобаста аз инхироф аз бузургии миёнаи арифметикӣ – M); дар графаҳои сеюм ва чорум бузургиҳои массаи бадан, даври қафаси сина ва сар оварда шудаанд, ки ба ҳар як бузургии қад мувофиқат мекунанд.

Дар поёни ҳар як графа бузургии миёнаи аломати марбута (M), сигмаи умумии ($\pm\sigma$) барои қад, коэффитсиенти регрессия ($R_{y/x}$) барои вазн, даври қафаси сина ва сигмаҳои чузъии онҳо ё сигмаи регрессия ($\pm\sigma R$) оварда шудааст. Ба тарзи дигар, ин чадвалро истифода карда, мо метавонем таносуби инкишофи ҷисмонии кӯдак (инкишофи ҷисмонии мавзун ё ғайри мавзунро) мушоҳида кунем.

Барои сода кардани истифодаи амалии чадвал, мо пешакӣ сарҳади вариантҳои муътадил ва бадшудаи вазн ва даври қафаси синаро ҳангоми гуногун будани кади кӯдакон дар ҳар як гурӯҳи синнусолӣ ва чинсӣ муайян кардем. Ин табибро аз ҳисобкуниҳои иловагии арифметикӣ озод мекунад ва имконият медиҳад, ки мавҷуд будани инхирофҳо дар нишондиҳандаҳои инкишофи ҷисмонӣ алоҳида дар ҳар як кӯдак зуд муқаррар карда шавад.

Аз гурӯҳи мушоҳида ҳама ҳолатҳои «ноҳамгунӣ» аз рӯйи вазъи саломатӣ хориҷ карда шуданд, яъне кӯдаконе, ки бемориҳои музминӣ бо интоксикатсия ҷоришаванда, дорои ихтилолҳои ҷиддии фаъолияти узвҳо ва системаҳои организм, бемориҳои эндокринӣ, норасидагӣ, дугоникӣ доштанд, ба талаботи зарурии коркарди стандартҳои минтақавӣ инкишофи ҷисмонии кӯдакон ҷавобгӯ ҳастанд.

Баҳодиҳӣ ба инкишофи ҷисмонӣ дар 1566 кӯдаки синну соли барвақт ва томақтабӣ мувофиқи меъёрҳои таҳияшудаи минтақавӣ ва стандартҳои байналмилалӣ гузаронида шуд.

Таҳқиқоти СХ –и кӯдакони синну соли барвақт ва томақтабӣ дар 603 кӯдак гузаронида шуд. Воситаҳои таҳқиқот 2 саволномаи байналмилалӣ интиҳоб карда шуд.

Саволномаи QUALIN барои баҳодиҳии СХ кӯдакони солим ва бемор муайян карда шуд, ки аз 2 блок иборат аст: синну сол аз 3-моҳа то 1-сола, ки 33 савол дорад ва аз 1 то 3-сола- 34 савол дорад, вай саволҳо ҳам барои волидайн ва ҳам ҷудогона барои педиатрҳоро, ки муоинаи кӯдаконро ба уҳда доштанд, дар бар мегирад. Бо ёрии ин саволнома СХ дар 141 кӯдаки аз 3-моҳа то 1-сола ва 108 кӯдаки аз 1 то 3-сола таҳқиқ карда шуд.

Ҳар як савол 6 варианти ҷавоб дорад, ин имконият медиҳад, ки минбаъд рамзгузориҳои нави ҷавобҳо, барои минбаъд ҳисоб кардани баллҳо аз рӯи системаи шашбалӣ – аз 0 то 5 балл гузаронида шавад, мутаносибан чӣ қадар ки балл баланд бошад, сифати ҳаёти кӯдак ҳамон қадар хуб аст.

Бо ёрии саволномаи PedsQL 4.0 таҳқиқоти сифати ҳаёт дар 97 кӯдаки аз 2 то 4-сола ва 257 кӯдаки аз 5 то 7-сола гузаронида шуд.

Саволномаро мустақилона яке аз намоёндаҳои қонунии кӯдак ва ё ҳуди кӯдак (5-7-сола) пур мекунад. Шартҳои ҳатмӣ - алоҳида пур кардан то ин ки ба ҷавоби яқдигар таъсир нарасонанд.

Ин восита 23 саволро дар бар мегирад. Истифодаи саволномаи PedsQL 4.0 барои баҳодиҳӣ ба СХ тибқи 4 шкала гузаронида мешавад: фаъолияти ҷисмонӣ (ФҶ- аз 8 савол ташкил шудааст), фаъолияти эмотсионалӣ (ФЭ- аз 5 савол), фаъолияти иҷтимоӣ (ФИ – аз 5 савол), ҳаёти кӯдак дар мактаб/боғчаи бачаҳо ё фаъолияти мактабӣ (ФМБ/ФМ- бо назардошти синну сол вобаста аз синну соли кӯдак 3 ё 5 саволро дар бар мегирад).

Scaling process мувофиқи барномаи махсус гузаронида шуд, ки дар он миқдори умумии баллҳо 100 баллро ташкил дод: натиҷа дар сурати ба даст овардани миқдори максималии баллҳо мусбат арзёбӣ мешавад.

Меъёрҳои хориҷ кардани волидайн аз таҳқиқот, мавҷуд будани бемориҳои рӯҳӣ ва ба қадри зарурӣ надониستاني забони муошират аст, ки метавонад боиси ҷавобҳои номуносиб гардад. Ҳамчунин кӯдаконе, ки дорои ихтилолҳои возеҳи рӯҳӣ ва қобилияти паст зеҳнӣ буданд, хориҷ карда шуданд. Ҷанбаи ҳатмии баргузориҳои таҳқиқот ин буд, ки пеш аз пур кардани саволнома, мувофиқи талаботи байналмилалӣ респондентҳо ризоияти огоҳонидашударо имзо мекунанд.

Бо усули анкетаронӣ ва мусоҳиба таҳқиқоти омӯзиши қаноатмандии намоёндагони қонунии кӯдакон аз сифати ёрии педиатрии расонидашуда дар марказҳои шаҳрии саломатӣ, ҳамчунин дараҷаи қаноатмандии ҳуди кормандони тиббӣ аз қори худ, баҳодиҳии экспертии сифати қори кормандони тиббии ин марказҳо гузаронида шуд.

Мувофиқи вазифаҳои дар пеш гузошташуда, 266 анкета таҳлил карда шуд, ки махсус барои барои ҳар як гурӯҳи таҳқиқшаванда таҳия карда шуда буданд: намоёндагони қонунии кӯдакон (88), кормандони тиббӣ (72) ва барои гузаронидани баҳодиҳии экспертии сифати ёрии ба кӯдакон расонидашуда (106). Анкета барои намоёндагони қонунии кӯдакон аз муқаддима ва қисми асосӣ иборат буд, ки саволҳои худбаҳодиҳӣ ба саломатӣ, фаъолнокии тиббӣ, дастрасии ёрии тиббӣ, қаноатмандӣ аз сатҳи сифати ёрии тиббии расонидашуда ба кӯдаконро дар бар мегирифт.

Барои пурсидани кормандони тиббӣ низ «Анкетаи анонимии кормандони тиббӣ» таҳия какарда шуд, ки саволҳои инъикоскунандаи сатҳи таҳассусии кормандон, таъминнокии моддӣ, баҳодиҳӣ ба сифати ёрии тиббӣ, ки муассисаҳо мерасонанд, микроклимат дар коллектив ва ғайраро дар бар гирифтааст.

«Картаи баҳодиҳии экспертии сифати ёрии тиббии ба кӯдакон расонидашуда» барои нисбатан амиқтар омӯхтани сифати ёрии тиббии ба кӯдакон расонидашуда дар сатҳи звенои аввалияи нигоҳдории тандурустӣ

тахия карда шудааст. Дар ин хуччат тақрибан ҳама самтҳои фаъолияти кормандони тиббӣ- профилактикӣ, табобатӣ-ташхисӣ, диспансеризатсия оварда шудаанд.

Чамбоварии иттилоот тавассути нусхабардории маълумотҳо аз картаи тиббии бемор (ф. №112/у), картаи муоинаи диспансерӣ (ф. №30/у), карти мойкӯбии профилактикӣ (ф. №63/у) анҷом дода шуд. Баҳодиҳии эксперти бо роҳи муқоиса кардани маълумотҳои ба даст овардашуда, ки тавсияҳои клиникӣ оид ба ташхис ва табобати беморон дар сатҳи ёрии амбулаторӣ-поликлиникӣ тасдиқ шудаанд, анҷом дода шуд: фармоиши ВТ ва ҲИА ҚТ МЗ аз 19-уми июни соли 2020 №456 «Дар бораи тасдиқ намудан ва дар амалия ворид кардани тавсияҳои клиникӣ оид ба ташхис ва расонидани ёрӣ ба беморон дар сатҳи ҳадамоти аввалияи тиббӣ-санитарӣ».

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

Бо ин мақсад саволҳои махсуси тестӣ таҳия карда шуд, ки ҳама самтҳои фаъолияти ҳадамоти аввалияи тиббӣ-санитарӣ, яъне табобатӣ, ташхисӣ, профилактикӣ ва реабилитатсиониро дар дар мегирифт. Баҳогузурӣ, маъмулан мувофиқи системаи 5 баллӣ сурат гирифт.

Марҳилаи хотимагии таҳқиқот аз илман асоснок кардани зарурати татбиқ намудани технологияҳои муосири тиббӣ ва самаранокии олиии як қатор чорабиниҳои табобатӣ-солимгардонӣ ва тиббӣ –ташкилӣ дар сатҳи звенои аввали нигоҳдории тандурустӣ иборат буд. Аз ҷумла, истифодаи нишондиҳандаҳои сифати ҳаёт ҳамчун меёри баҳодиҳии комплексии вазъии саломатии кӯдакон ва баҳодиҳӣ ба самаранокии истифодаи чорабиниҳои профилактикӣ ва табобатӣ-солимгардонӣ, ки дар мисоли кӯдакони зиёд ва дуру дароз беморшаванда нишон дода шудааст.

Таҳлили омории маълумотҳои ба даст овардашуда дар компютери инфиродӣ бо ёрии барномаҳои амалии омории «Statistica 10» (StatSoftInc. ИМА) ва «IBM SPSS Statistics 21» (IBM Corp., ИМА) анҷом дода шуд. Бузургҳои мутлақ дар шакли ифодаҳои миёна ва инҳирофи стандартӣ онҳо ($M \pm \delta$ или $M \pm SD$) пешниҳод карда шуданд. Баъзе параметрҳои мутлақ дар шакли медиана бо кватилҳои поёнӣ ва болоӣ ($Me [25q; 75q]$) пешниҳод карда шудааснд. Бузургҳои нисбӣ дар шакли ҳиссаҳо (%) нишон дода шуданд. Муқоиса кардани бузургҳои мутлақ мустақил мувофиқи меёри Манн-Уитни, бузургҳои нисбӣ бошанд тибқи критерияи χ^2 (χ^2 бо ислоҳи Йетс ва тибқи ф-критерияи Фишер вобаста аз миқдори муоинаҳо дар ҳонаҳои чадвали чормайдондор) иҷро карда шуд. Таҳлили коррелясионӣ мувофиқи критерияи Пирсон сурат гирифт. Дар баробари ин, таносуби шансҳо бо 95% -и фосилаҳои эътимоднок (OR 95% CI) ҳисоб карда шуданд. Ҳама натиҷаҳои ба даст овардашуда ҳангоми $p < 0,05$ будан аз ҷиҳати омории муҳим буданд.

Натиҷаҳои таҳқиқоти худӣ

Натиҷаҳои диспансеризатсияи умумии кӯдакони аз 0 то 18-солаи ш. Душанбе дар вазъии саломатии кӯдакон тамоюли дар давраи даҳсолаи гузашта ташаккулёфтаро тасдиқ намуд: кам шудани ҳиссаи кӯдакони солим

(аз 45,5% то 29,2%), бо ҳамзамон зиёд шудани вазни холиси кӯдакони дорои бемориҳои музмин ва маъҷубӣ (5,3%).

Муқаррар карда шуд, ки миқдори бештари кӯдакони солим дар соли аввали ҳаёт (42,61%) ба мушоҳида расид, зиёда аз нисфи кӯдакони ин категорияи синнусолӣ ба гурӯҳи II (51,32%) ва 6,07% ба гурӯҳи III-V-и солим тааллуқ доштанд.

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

Дар давраи наврасӣ тақрибан ҳар як кӯдаки сеюм (30,33%) солим ҳисобида мешуд, аммо миқдори кӯдакони дорои бемориҳои музмини дараҷаҳои гуногуни компенсатсия, бемайлони зиёд шудааст (15,13%).

Муайян карда шуд, ки миқдори кӯдакони солим бо калон шудани синну сол бемайлони кам шудааст ва дар синну соли наврасӣ вай дар муқоиса аз синну соли кӯдакии барвақт то 12,3% кам гаштааст. Дар ин маврид миқдори кӯдакони дорои бемориҳои музмин 2,5 маротиба зиёд шудааст.

Соҳтори бемориҳои кӯдакони аз 0 то 18-сола муқаррар карда шуд, ки ҷойи асосиро дар он бемориҳои узвҳои нафаскашӣ (48,8%) ишғол намуданд. Сатҳи нисбатан баландтари бемориҳои бори нахуст ошкор кардашуда дар чунин синфи бемориҳо ба ҷашм расид: бемориҳои хун ва узвҳои хунофар - 32%, бемориҳои системаи эндокринӣ - 31%, асосан аз ҳисоби бемориҳои ғадуди сипаршақл (34%) ва фарбеҳӣ (25%), бемориҳои системаи устухону мушакҳо - 26,5%, бемориҳои узвҳои ҳозима - 24,7%.

Бо мақсади муайян кардани комплекси омилҳои хатари биологӣ ва тиббӣ-иҷтимоӣ, ки ба барқароршавии саломатии кӯдакон таъсир мерасонанд, мо таҳлили амиқи анамнези ҳаёт, ҳолати саломатӣ ва некуаҳволии иҷтимоии 724 кӯдакро дар лаҳзаи таҳқиқоти гузаронидашуда анҷом додем: кӯдакони синну соли барвақт 315 (43,5%) ва 409 (56,5%) кӯдакони синну соли томақтабӣ буданд, аз онҳо писарҳо 58% ва духтарҳо 42%-ро ташкил доданд.

Таҳлили хусусиятҳои тиббӣ-иҷтимоии намунаи таҳқиқшуда нишон дод, ки бештар кӯдакон аз оилаҳои пурра (93,7%), оилаҳои серфарзанд не (86,1%), модарони синну соли муътадили репродуктивӣ (20-34 лет, 62,4%) ҳастанд, ки дар зиёда аз нисфи ҳолатҳо маълумоти олии ё миёнаи махсус доранд (53,9%).

Омили нисбатан манфии хатар дар оилаҳое, ки кӯдакони синну соли барвақти кӯдакӣ ё томақтабӣ ба воя расидаанд, дорои шароити ғайри қаноатбахши моддиву маишӣ – 30,5% (дар ҳуҷраҳои иҷора ё бо ҳамроҳии хешовандон мезистанд, оилаҳои аз ҷиҳати иқтисодӣ пасттар аз минимуми зиндагӣ) буданд ва дар оилаҳо микроклими ноҳуби психологӣ – 20,9% (зиддият ва ҷанҷол) ҳукмфармо буд.

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

Бештари кӯдакони таҳқиқшуда то яксолагӣ шири модар истеъмол кардаанд– 56%, ҳар як кӯдаки чорум ғизои омехта қабул кардааст (24,8%) ва ҳар як кӯдаки панҷум ғизои - сунъӣ истеъмол мекунад (19,2%), дар фаслҳои гарми сол гирифтори сироятҳои рӯдаҳо мешуданд.

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

Дар ратсиони ғизои кӯдакони таҳқиқшуда истеъмоли нокифояи гӯшт ва маҳсулоти гӯштӣ, моҳӣ, маҳсулоти ширӣ ва рағани маска, ғалладонагӣҳо дида шуд, ки бевосита ба протсессҳои қадкашӣ ва инкишофи кӯдакон дар маҷмуъ таъсир расонидаанд.

Иртиботи мутақобилаи мустақими нишондиҳандаҳои инкишофи ҷисмонӣ (аз рӯйи вазн– $r=0,38$, $p<0,05$, аз рӯйи қад – $r=0,34$, $p<0,05$) ва аз рӯйи тип ва хусусияти хӯроки иловагӣ ҳам дар синну соли барвақти кӯдакӣ ва ҳам томақтабӣ муқаррар карда шуд.

Дар натиҷаи анкетагузаронӣ муайян карда шуд, ки зиёда аз нисфи оилаҳо ба чорабиниҳои варзишӣ, дарсҳои иловагӣ, ки хусусияти инкишофдиҳандагӣ доранд, таваҷҷуҳи зарурӣ зоҳир намеkunанд. Майли аз меъёр зиёд доштани кӯдакон ба бозӣҳои компютерӣ ва аз ҳад зиёд тамошо кардан ба ҳолати саломатии онҳо (асаяуоният, психоз ва ихтилоли босира) таъсир расонидааст.

Таҳлили чараёни давраҳои анте-, интра- ва перинаталӣ кӯдакони таҳқиқшуда муайян кард, ки аз чор се ҳиссаи модарон дорои бемориҳои гуногуни экстрагениталӣ (74,8%), зиёда аз сеяки онҳо – дорои шохиси баланди сироятӣ (40,3%) ҳастанд ва танҳо 25,2%-и занҳо солим буданд.

Давраи инкишофи дохилибатнии кӯдакон дар зиёда аз нисфи ҳолатҳо бо камхуниҳои дараҷаи вазниниашон гуногун (62,4%) оризанок шуданд, дар ҳар як модари сеюм хатари қатъ шудани ҳомилагӣ (41%), бемориҳои гурдаҳо, пешобдон (32,4%), гестоз тақрибан дар ҳар як нафари панҷум (22,4%) дида шуд. Хуруҷи бемориҳои музмин ҳангоми ҳомилагӣ дар ҳар як модари сеюм ба назар расида, 34,2%-и ҳолатҳоро ташкил дод.

Давраи интранаталӣ дар зиёда аз сеяки ҳолатҳо бо чараёни патологӣ оризанок буд (38,2%).

Давраи навзодӣ бештар дар нисфи ҳолатҳо дар заминаи бемориҳои системаи марказии асаб (47,7%) чараён дошт, ҳар як кӯдаки чорум дорои сирояти дохилибатнӣ (28,7%) ва таваккуфи инкишофи дохилибатнӣ буд (24,8%).

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

Натиҷаҳои инкишофи асабӣ-рӯҳӣ дар кӯдакони синну соли барвақти кӯдакӣ нишон доданд, ки ҳиссаи кӯдаконе, ки инкишофашон ба синну

солашон мувофиқат мекард 78,9% ҳолатро ташкил доданд. Гурӯҳи бешубҳа хатар аз 15,8% иборат буд, таваккуфи инкишофи психомоторӣ дар 5,3%-и ҳолатҳо дида шуд. Дар синну соли томактабӣ инкишофи асабӣ равонӣ, ки ба гурӯҳи якуми инкишоф мувофиқат мекарданд, 87,6%-и ҳолатҳо ташкил дод, ақибмонӣ то як-ду муҳлати эпикризӣ дар 12,4%-и кӯдакон ба қайд гирифта шуд.

Чойи асосиро дар сохтори беморшавии кӯдакони синну соли барвакти кӯдакӣ бемориҳои узвҳои нафаскашӣ (36,3%), баъдан бемориҳои узвҳои ҳозима (29,4%), хун ва узвҳои хунофар (23,8%), бемориҳои пӯст ва ҳуҷайрабофти зерипӯстӣ (21,8%), ихтилоли ғизо (16,5%), ҳолатҳои ҷудогонаи давраи перинаталӣ (12,7%) ишғол мекарданд.

Дар синну соли томактабӣ бемориҳои бартаридошта бемориҳои узвҳои ҳозима (47,8%), баъдан бемориҳои узвҳои нафаскашӣ (38%), бемориҳои системаи устухону мушакҳо (29,7%) ба ҳисоб мераванд, бемориҳои чашм ва босира (25,4%) ва системаи эндокринӣ тва ихтилоли ғизо (25,4%) як хел ва бемориҳои системаи пешобу таносулӣ (24%) буд.

Кӯдакони зудр ҳар як нафари сеюм ва дар синну соли томактабӣ тақрибан дар нисфи онҳо муайян карда шуд. Дарачаи резистентнокии организм нисбат ба бемориҳои шадиди респираторӣ аз синну соли кӯдак вобаста буд – чӣ қадар ки кӯдак калон бошад, ҳамон қадар бештар ба бемориҳои шадиди респираторӣ осебпазир аст, ки аз сотсиализатсияи барвакти кӯдакон, аз ҷумла барвакт муайян кардани кӯдакон дар муассисаҳои кӯдаконаи томактабӣ иртибот дорад.

Аз рӯйи натиҷаҳои муоинаҳои амиқ ҳамаи кӯдакони таҳқиқшудаи синну соли барвакти кӯдакӣ ва томактабӣ бо назардошти гурӯҳи саломатӣ тақсим карда шуда буданд (расми 1).



Расми 1. – Гурӯҳбандии кӯдакони таҳқиқшуда аз рӯйи гурӯҳи саломатӣ

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

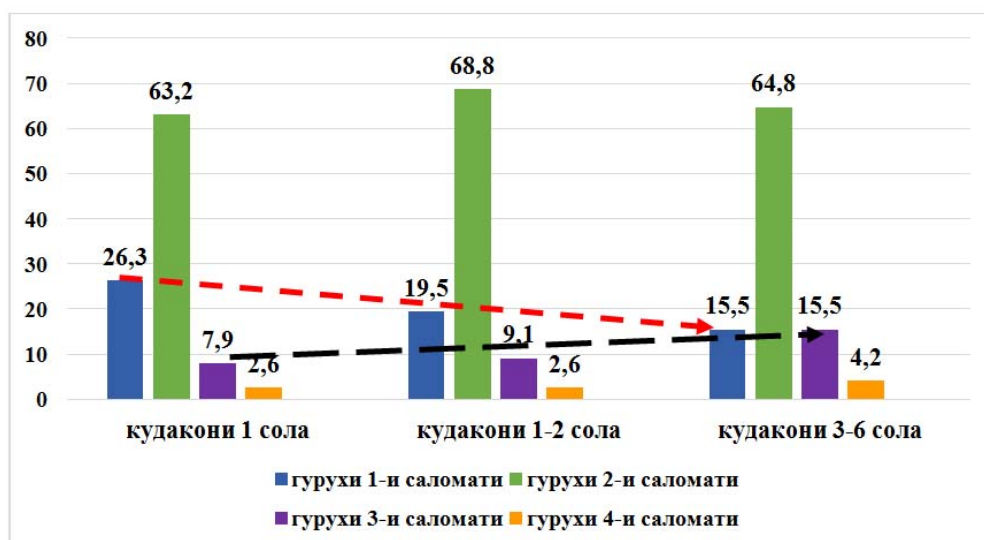
Гурӯҳи II-и саломатӣ миқдоран зиёд (66,1%) буд, дар ин ҷо дар кӯдакон мавҷуд будани аломатҳои муайяни тағйиротҳои морфофункционалӣ дар ҳолатҳои саломатӣ ҷой дошт, ки аз ихтилолҳои ғизо, мавҷуд будани тағйиротҳо дар шароити нигоҳ доштани функцияҳои дахлдори узвҳо вобаста буданд, ба ин ҷо кӯдакони зуд-зуд ва ё дуру дароз беморшавандаи бемориҳои шадиди респираторӣ низ дохил карда шудаанд.

Дар 11,3%-и кӯдакон (гурӯҳи III саломатӣ) бемориҳои музмин дар марҳалаи ремиссияи клиникӣ, бо шиддатгирии нодир ва имкониятҳои функционалии ҳифзшуда ва ё ҷуброншаванда дида шуд, дар 3,2%-и ҳолатҳо марҳалаи субкомпенсатсия (гурӯҳи IV) ба қайд гирифта шуд.

Таҳлили гузаронидашудаи муоинаҳои профилактикӣ сол аз сол бад шудани саломатиеро бо басомади баланди ташаккули тағйиротҳои морфофункционалӣ муайян кард.

Дар соли аввали ҳаёт ҳар як кӯдаки чорум (26,3%), дар 1-2-солагӣ ҳар як кӯдаки панҷум (19,5%), дар 3-6-солагӣ – 15,5%-и кӯдакон солим ҳисобида мешуданд.

Миқдори кӯдаконе, ки аз ҷиҳати ташаккул ёфтани бемориҳои гуногуни музмин гурӯҳи хатарро ташкил медиҳанд (гурӯҳи II саломатӣ) дар гурӯҳҳои таҳқиқшуда аз ҷиҳати омӯрӣ фарқияти назаррас дида нашуд (расми 2).



Расми 2. –Гурӯҳбандии кӯдакони таҳқиқшуда аз рӯи гурӯҳҳои саломатӣ вобаст аз синну сол (%)

Миқдори кӯдакони гурӯҳи III тақрибан 2 маротиба ва кӯдакони гурӯҳи IV-и саломатӣ 1,5 маротиба зиёд мешаванд.

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

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

Ҷадвали 1. – Параметрҳои СХ –и кӯдакони 3-моҳа -1-сола.

Ҷанбаи СХ	Волидайн (Ме [25q; 75q])	Педиатрҳо (Ме [25q; 75q])	p
Рафтор ва муошират (Р ва М)	4,1 [3,8; 4,7]	3,4 [3,1; 4,0]	=0,000 (<0,001; Z =5,5)
Қобилияти танҳо мондан (ҚТМ)	3,2 [2,6; 3,8]	2,6 [2,4; 2,8]	=0,000 (<0,001; Z =5,0)
Муҳити оила (МО)	4,0 [3,5; 4,5]	3,5 [3,0; 3,8]	=0,000 (<0,001; Z =4,8)
Инкишофи асабӣ-равонӣ ва солимии ҷисмонӣ (ИАР ва СҶ)	3,7 [3,2; 4,2]	3,1 [2,7; 3,7]	=0,000 (<0,001; Z =4,2)
Балли умумӣ (БУ)	3,7 [3,5; 4,3]	3,1 [2,8; 3,6]	=0,000 (<0,001; Z =5,5)

Эзоҳ: p – фарқияти аз ҷиҳати оморӣ муҳимми нишондиҳандаҳои байни маълумотҳои волидайн ва педиатрҳо (тибқи U-критерияи Манн-Уитни)

Ҷадвали 2. – Параметрҳои СХ –и кӯдакони 1-2-сола.

Ҷанбаи СХ	Волидайн (Ме [25q; 75q])	Педиатрҳо (Ме [25q; 75q])	p
Рафтор ва муошират (Р ва М)	4,2 [3,7; 4,6]	3,2 [2,8; 3,4]	=0,000 (<0,001; Z =4,5)
Қобилияти танҳо мондан (ҚТМ)	3,6 [3,2; 4,0]	3,1 [2,9; 3,8]	=0,000 (<0,001; Z =6,0)
Муҳити оила (МО)	4,4 [3,5; 4,5]	3,5 [3,0; 4,0]	=0,000 (<0,001; Z =4,3)
Инкишофи асабӣ-равонӣ ва солимии ҷисмонӣ (ИАР ва СҶ)	3,5 [3,0; 4,0]	3,0 [2,6; 3,5]	=0,000 (<0,001; Z =3,4)
Балли умумӣ (БУ)	3,8 [3,5; 4,3]	3,1 [2,8; 3,6]	=0,000 (<0,001; Z =5,2)

Эзоҳ: p –фарқияти аз ҷиҳати оморӣ муҳимми нишондиҳандаҳои байни маълумотҳои волидайн ва педиатрҳо (тибқи U-критерияи Манн-Уитни)

Вақте ки ҷанбаҳои «Қобилияти танҳо мондан» ва «Инкишофи асабӣ-равонӣ ва солимии ҷисмонӣ» бо сатҳи нисбатан пасттар фарқ мекунамд. Натиҷаҳои ҳосилшударо метавон ҳамчун хусусиятҳои синнусолии кӯдакони ин синну сол шарҳ дод.

Муайян карда шуд, ки омилҳои муҳимтари ба СХ кӯдакони синну соли барвақт таъсиркунанда, сатҳи инкишофи ҷисмонӣ ва асабӣ-равонии онҳост. Ҳамин тавр, муайян карда шуд, ки нишондиҳандаҳои инкишофи ҷисмонӣ, ки ба ба бузургҳои пасттар аз миёна ва паст мувофиқат мекунамд, СХ кӯдакони тақрибан дар ҳама ҷанбаҳои он паст мекунамд ($p<0,05$).

Омӯзиши таъсири имконпазири вазъи саломатии синну соли барвақти кӯдакӣ ба сифати ҳаёти онҳо нишон дод, ки кӯдакони солим назар ба кӯдакони дорои тағйиротҳои вазъи саломатӣ ҳама параметрҳои саҳеҳан баланди СХ-ро доштанд ($p<0,001$). Дараҷаи паст шудани сифати ҳаёт (СХ)

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

Ба СХ-и кӯдакони синну соли барвакти кӯдакӣ ҳамчунин чунин омилҳои иҷтимоӣ, ба монанди таҳсилоти модар, миқдори кӯдакон, муҳити психологӣ дар оила ва ғизо таъсири назаррас мерасонанд ($p < 0,001$).

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

Ҷадвали 3. - Параметрҳои СХ-и кӯдакони синну соли томактабӣ, Ме [25q; 75q]

Нишондиҳанда	Тибқи ҷавоби волидайн кӯдакони 3-4 -сола	Тибқи ҷавоби волидайн кӯдакони 5-7 -сола	Тибқи ҷавоби кӯдакони 5-7 -сола
Фаъолияти ҳисмонӣ (ФҶ)	81,0 [62,0; 89,0]	78,0 [66,5; 91,5]	81,0 [68,0; 87,0]
Фаъолияти эмотсионалӣ (ФЭ)	65,0* [50,0; 80,0]	70,0 * [57,0; 90,0]	80,0 ** [60,0; 90,0]
Фаъолияти иҷтимоӣ (ФИ)	80,0 [65,0; 90,0]	80,0 [60,0; 100,0]	80,0 [65,0; 100,0]
Фаъолият дар боғчаи бачаҳо (ФББ)	66,0* [50,0; 83,0]	58,2 * [35,0; 75,0]	60,0 ** [50,0; 80,0]
Солимии равиҷу иҷтимоӣ (СРИ)	69,2 [59,0; 80,8]	70,0 [56,7; 80,0]	73,3 [63,3; 86,7]
Балли умумӣ (БУ)	72,6 [65,3; 83,3]	71,7 [60,9; 82,6]	73,9 [65,2; 85,2]

Эзоҳ: *- фарқияти аз ҷиҳати оморӣ муҳимми нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳои волидайн кӯдакони 3-4 ва 5-7 -сола, ** - волидайн кӯдакони 3-4 ва 5-7 -сола (тибқи U-критерияи Манн-Уитни)

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

Ба андешаи волидайн кӯдакони 5-7-сола, хусусиятҳои гендерии СХ муайян карда нашуд, ҳол он ки ба андешаи ҳуди кӯдакон, фарқиятҳо аз рӯйи шкалаи «фаъолияти иҷтимоӣ» муайян карда шудааст, дар ин ҷо ин нишондиҳанда дар духтарҳо хеле баланд буд ($p < 0,01$).

Волидайн кӯдакони синну соли томактабӣ ба он майл доштанд, ки СХ-и кӯдакони худро каме паст баҳогузорӣ кунанд, назар ба ҳуди кӯдакон. Натиҷаҳои ба даст овардашуда ақидаро дар бораи он, ки волидайн аз хусуси хусусиятҳои фаъолияти кӯдакон дар коллективҳои кӯдаконаи томактабӣ огоҳии нокифоя доранд, тасдиқ мекунанд [Валиулина С.А., 2004; Байтурина А.Т., 2008; Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Винярская И.В., 2008].

Дар кӯдакони синну соли хурди томактабӣ таъсири назарраси вазъи саломатӣ ба СХ-и онҳо муайян карда шуд. Чунончи, СХ кӯдакони гурӯҳи II саломатӣ саҳеҳан аз нишондиҳандаҳои СХ гурӯҳи I аз рӯйи шкалаҳои инъикоскунандаи таркиби саломатӣ (ФИ, ФББ, СРИ), ва дар муқоиса аз СХ кӯдакони гурӯҳи III саломатӣ – аз рӯйи шкалаи инъикоскунандаи инкишофи ҷисмонии кӯдак (ФИ) хеле баланд аст.

Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки дар кӯдакони 5-7-сола таъсири назарраси тағйирот дар вазъи саломатӣ ва сатҳи инкишофи ҷисмонӣ ба СХ-и онҳо муайян карда нашуд. Аммо ақибмонӣ дар ИАП (инкишофи асабӣ раванӣ) боиси паст шудани СХ да ин кӯдакон гаштааст ($p < 0,05$).

Қарор карда шуд, ки аз комплекси омилҳои хатари омӯхташуда ба СХ кӯдакони соли аввали ҳаёт асосан омилҳои хатари тиббӣ биолгӣ таъсири манфӣ расонидаанд: вазъи саломатӣ, сатҳи инкишофи ҷисмонӣ ва асабӣ раванӣ (ҷадвали 4).

Ҷадвали 4. – Иртиботи коррелятсионии ҷанбаҳои СХ бо омилҳои хатари кӯдакони соли аввали ҳаёт.

Омилҳои хатар	Рва М	ҚТМ	МО	ИАП ва СЧ
Массаи кӯдак	$r = 0,33^*$	$r = 0,27^*$	-	$r = 0,61^{***}$
Дарозии бадан	$r = 0,48^{**}$	$r = 0,33^*$	-	$r = 0,37^*$
ИАП –и кӯдак	-	-	-	$r = 0,43^*$
Фосилаи интергравидарӣ	$r = 0,39^*$	-	-	$r = 0,38^*$
Гурӯҳи саломатӣ	$r = 0,41^*$	$r = -0,39^*$	$r = -0,48^{**}$	$r = 0,56^{**}$
Дар ворид кардани хӯроки иловагӣ	-	$r = -0,32^*$	-	-
Муносибати байниҳамдигарӣ дар оила	-	$r = 0,29^*$	-	-
Таҳсилоти модар	-	-	$r = -0,38^*$	$r = -0,34^*$
Миқдори кӯдакон дар оила	-	-	$r = 0,41^*$	-

Эзоҳ: иртиботи коррелятсионии байни нишондиҳандаҳои тибқи Пирсон

* - $< 0,05$, ** - $< 0,01$, *** - $< 0,001$

Дар сини нисбатан калонтар (дар кӯдакони 1-2-сола), дар баробари омилҳои тиббӣ-биологӣ, омилҳои хатари иҷтимоӣ низ таъсири ҷиддӣ боқӣ мегузоянд: муҳити психологӣ дар оила, таҳсилоти модар, мавқеи хидматӣ, миқдори кӯдакон дар оила, мавҷуд будани одатҳои зарарнок (ҷадвали 5).

Ҷадвали 5. – Иртиботи коррелятсионии ҷанбаҳои СХ бо омилҳои хатари кӯдакони 1-2 -сола.

Омилҳои хатар	Рва М	ҚТМ	МО	ИАП ва СЧ
Массаи кӯдак	-	-	$r = 0,52^*$	$r = 0,57^{**}$
Дарозии бадан	-	-	-	-
ИАП –и кӯдак	-	$r = 0,31^*$	-	$r = 0,43^*$
Гурӯҳи саломатӣ	$r = 0,42^*$	$r = -0,48^*$	-	$r = 0,61^{***}$
Муносибати байниҳамдигарӣ дар оила	-	-	$r = -0,29^*$	-
Таҳсилоти модар	$r = -0,28^*$	-	-	-

Микдори кӯдакон дар оила (бештар аз 4)	-	$r = 0,44^*$	$r = -0,28^*$	-
Мавқеи хидмати волидайн	$r = -0,31^*$	-	$r = -0,46^*$	$r = -0,39^*$
Одатҳои зарарноки волидайн	$r = 0,44^*$	-	$r = 0,29^*$	-

Эзоҳ: иртиботи коррелятсионии байни нишондиҳандаҳо тибқи Пирсон * - $<0,05$, ** - $<0,01$, ***, - $<0,001$

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

Ҷадвали 6. – Иртиботи коррелятсионии ҷанбаҳои СҲ бо омилҳои хатари кӯдакони 5-7 –сола (тибқи ҷавоби волидайн).

Омилҳои хатар	ҶҚ	ҶЭ	ҶИ	ҶББ	СПИ	БУ
Барзиёдии массаи бадан	$r=0,28^*$	$r=0,23^*$	-	-	-	$r=0,24^*$
Дефитсити массаи бадан	-	$r=0,22^*$	-	-	-	-
Гуруҳи саломатӣ	$r=-0,57^*$	$r=-0,37^*$	$r=-0,45^*$	$r=-0,33^*$	$r=-0,48^*$	$r=-0,55^*$
Таҳсилоти модар	-	-	$r=-0,34^*$	$r=-0,33^*$	$r=-0,34^*$	-

Эзоҳ: иртиботи коррелятсионии байни нишондиҳандаҳо тибқи Пирсон * - $<0,05$, ** - $<0,01$, ***, - $<0,001$

Ҷадвали 7. – Иртиботи коррелятсионии ҷанбаҳои СҲ бо омилҳои хатари кӯдакони 5-7 –сола (тибқи ҷавоби кӯдакон).

Омилҳои хатар	ҶҚ	ҶЭ	ҶИ	ҶББ	СПИ	БУ
Барзиёдии массаи бадан	-	-	-	-	-	$r=0,29^*$
Таҳсилоти модар	-	-	$r=0,37^*$	-	$r=0,47^*$	$r=0,36^*$
Одатҳои зарарнок	-	$r=0,47^*$	$r=-0,31^*$	-	-	-
Муносибати байниҳамдигарӣ дар оила	-	-	-	$r=0,29^*$	$r=0,47^*$	$r=-0,21^*$
Мавқеи моддӣ	-	-	-	-	-	$r=-0,33^*$

Эзоҳ: иртиботи коррелятсионии байни нишондиҳандаҳо тибқи Пирсон * - $<0,05$, ** - $<0,01$, *** - $<0,001$

Маълумотҳои дар боло овардашуда оид ба таъсири назарраси омилҳои гуногуни тиббӣ-биологӣ ва иҷтимоӣ-психологӣ ба СҲ кӯдакони синну соли барвақт ва томактабиро ҳамин гуна натиҷаҳои муҳаққиқони зиёд низ тасдиқ мекунанд [Винярская И.В., 2008; Мурзина Ю.М., 2011; Гиздатулина К.Х., 2013].

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

коркарди меъёрҳои минтақавӣ аз маводи 7319 кӯдаки сини аз 0 то 6-солаи миллаташон тоҷик истифода карда шуд, ки аз инҳо 3908 нафар писар ва 3411 нафар духтари сокинони маҳаллии ш. Душанбе буданд.

Дар асоси меъёрҳои минтақавии таҳияшудаи инкишофи ҷисмонӣ баҳодихии инфиродии инкишофи ҷисмонии гурӯҳи кӯдакони таҳқиқшаванда гузаронида шуд. Контингенти кӯдакон бо усули интихоби тасодуфӣ тибқи маълумоти мурочиаткунӣ ва муоинаи мақсадноки тиббӣ ташкил карда шуд. Дар маҷмӯъ баҳодихии инкишофи ҷисмонии 1566 кӯдак, аз ҷумла 836 кӯдаки синну соли барвақт (460 – писар ва 376 – духтар) ва 730 кӯдаки синну соли томактабӣ (410–писар ва 320 – духтар) гузаронида шуд.

Таҳқиқоти гузаронидашуда имконият дод, ки протсессҳои сабзии ва инкишофи кӯдакони муосир синну соли барвақт ва томактабии ш. Душанбе мувофиқи қонунмандии асосии биологии инкишоф шарҳ дода шавад.

Таҳлили инкишофи ҷисмонии кӯдакон дар динамикаи муоина муайян кард, ки нишондиҳандаҳои асосии антропометрии писарҳои муосир дар муқоиса аз ҳамин гуна нишондиҳандаҳои ҳамсолони духтари худ аз ҷиҳати омӯрӣ дар давоми 5 соли аввали ҳаёт хеле муҳиманд. Муқоисашавандагии ин маълумотҳо дар соли шашуми ҳаёт дар писарҳо ва духтарҳои таҳқиқшуда аз тамоюли баробаршавии гендерии хусусиятҳои антропометрӣ дар популятсияи томактабии ш. Душанбе дарак медиҳад (ҷадвали 8).

Ҷадвали 8. – Нишондиҳандаҳои антропометрии кӯдакони синну соли барвақт ва томактабӣ ($M \pm \sigma$)

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

Эзоҳ: p – фарқияти аз ҷиҳати омӯрӣ муҳими нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳои писарҳо ва духтарҳо (U-критерияи Манн-Уитни).

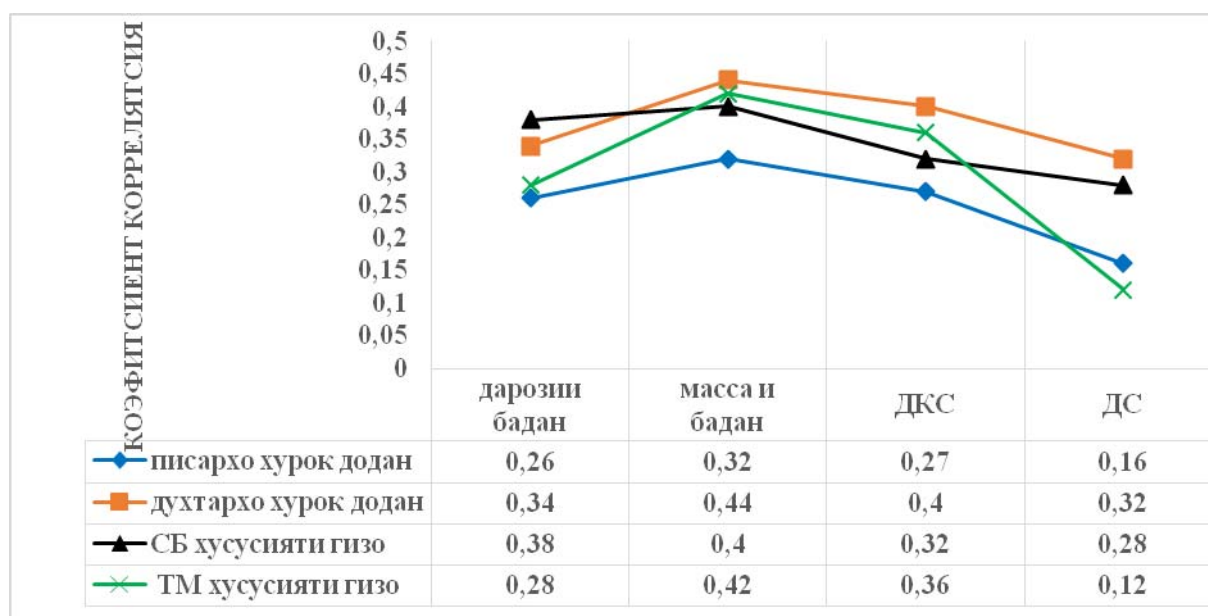
Маълумотҳои ба даст овардаи мо бо қонунмандии умумии марбут ба ин давраи онтогенез, ки ба давраи якуми «ёзидан» (4-7-солагӣ) хос аст,

мувофиқат мекунамд [Рапопорт Ж.Ж., 1970; Пряхин Е.И., 2004; Кирилова И.А., 2017]. Ҳамчунин натиҷаҳои мо ба маълумотҳои таҳқиқотҳои мустақил мувофиқат карданд, ки дар онҳо муқаррар карда шудааст, ки дар сини томактабӣ фарқиятҳои ҷинсӣ ночиз ҳастанд ва ё умуман зоҳир намешаванд [Изаак С.И., Панасюк Т.В., 2005; Рахимов М.И., 2011; Кирилова И.А., 2017].

Кӯдакони томактабии аз тарафи мо таҳқиқшуда ба давраи якуми кӯдакӣ дохил мешаванд, вақте ки андозаи бадан нисбатан баробар зиёд мешавад. Ин давраро «бетараф – нейтрал» меҳисобанд, чунки писарҳо ва духтарҳо аз ҷиҳати андоза ва шакли бадан тақрибан фарқе надоранд.

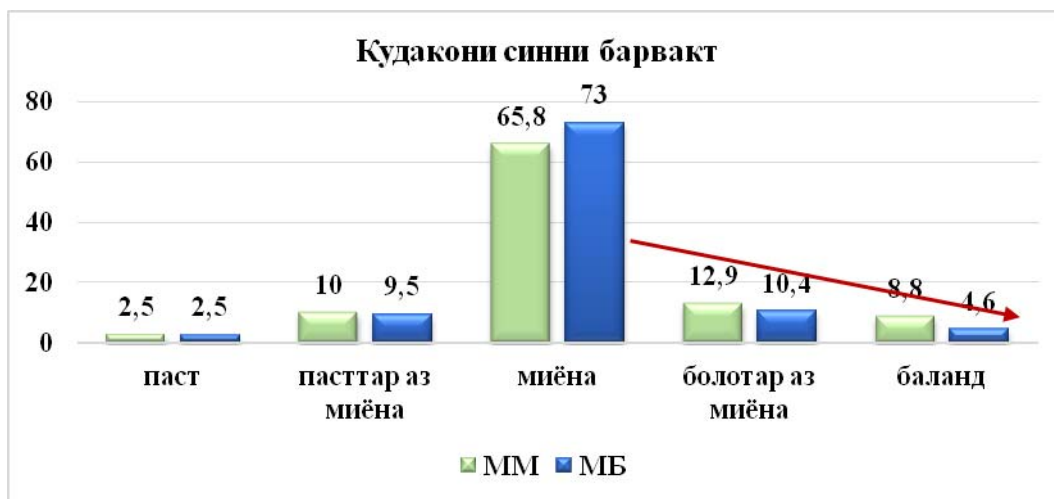
Натиҷаҳои таҳқиқи коррелятсионӣ имконият дод, ки иртиботи муҳимми байни нишондиҳандаҳои асосии инкишофи ҷисмонӣ дар давоми тамоми давраи таҳқиқот муайян карда шавад.

Таҳлили коррелятсионӣ иртиботи зичи байни нишондиҳандаҳои антропометрӣ ва хусусиятҳои ҳӯроки кӯдаконро муайян кард. Дараҷаи иртиботи мутақобилаи массаи бадан бо синамакони ($r = 0,44$, $p < 0,01$) муайян карда шуд, яъне истеъмоли ғизои мукаммал, матаносиб ва мунтазами ғизо ба нишондиҳандаҳои антропометрии кӯдакони синну соли барвақт ва томактабӣ низ таъсир мерасонанд (расми 3).



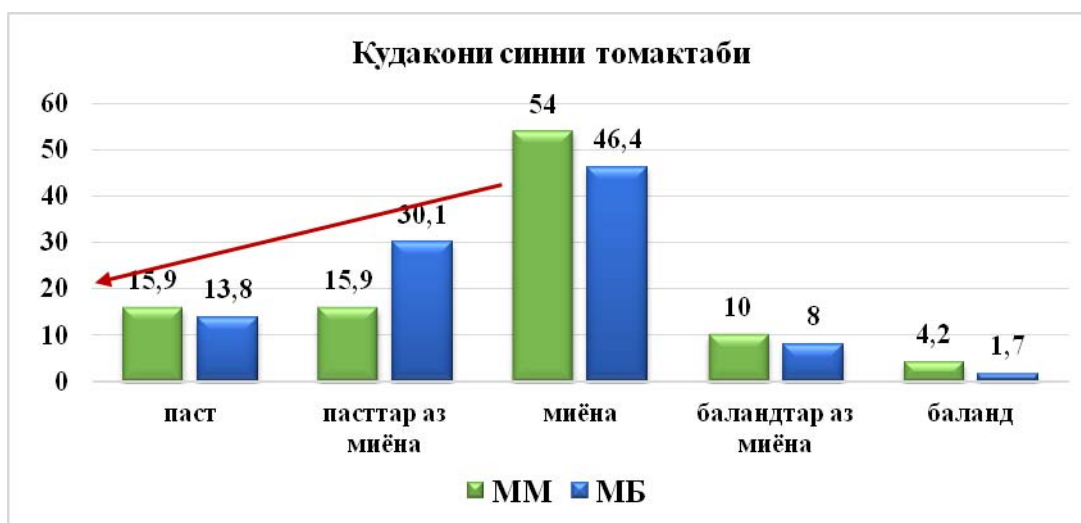
Расми 3. – Иртиботи мутақобилаи инкишофи ҷисмонӣ бо ғизо (СБ –синни барвақт, ТМ –томактабӣ).

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



Расми 4. – Баҳодиҳӣ ба инкишофи ҷисмонии кӯдакони синну соли барвакт

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



Расми 5. - Баҳодиҳӣ ба инкишофи ҷисмонии кӯдакони синну соли томақтабӣ

Ин тағйиротҳо ҳангоми аз рӯйи меъёрҳои маҳаллии минтақавӣ баҳогузурӣ кардани инкишофи ҷисмонӣ нисбатан возеҳтар буданд. Мутаносибан ҳамаи асосҳо мавҷуданд, то тахмин кунем, ки барои боз ҳам дақиқтар баҳогузурӣ кардани инкишофи ҷисмонии кӯдакон меъёрҳои минтақавӣ барои муайян кардани тағйиротҳои инкишофи ҷисмонӣ назар ба меъёрҳои байналмилалӣ нисбатан ҳассосноктаранд.

Таҳлили мавзунии инкишофи ҷисмонӣ дар кӯдакони синну соли барвакт ва томақтабии ш. Душанбе нишон дод, ки зиёда аз нисфи кӯдакони таҳқиқшудаи синну соли барвакт ва томақтабӣ инкишофи ҷисмонии мавзун доштанд (60,7%). Инкишофи ҷисмонии дисгармонӣ (номавзун) аз дефитсита массаи бадан вобата буда, дар духтарҳо бартарӣ дошт. Инкишофи ҷисмонии дисгармонӣ (номавзун) аз ҳисоби барзиёд будани массаи бадан каме бештар дар писарҳо баназар расид.

Омилҳои нисбатан муҳимми ба ташаккулёбии инкишофи ҷисмонии кӯдакон таъсирунанд дар кӯдакони синну соли барвақт ва томактабӣ муайян карда шуд:

- ✓ омилҳои тиббӣ-биологӣ (омилҳои ҳомилагӣ, валодат ва бемориҳои соматикӣ модар, мавҷуд будани бемориҳои ҳуди кӯдак).
- ✓ Омилҳои тиббӣ-ичтимоӣ (микромухити нохуб дар оила, паҳншуда бадани одатҳои зарарнок, таҳсилот ва мавқеи хидмати модар, ғизои номукамал, номутаносиб ва ғайриратсионаливу якхелаи кӯдак).

Вобастагии коррелятсионии мустақими масса ($r = 0,31$; $p < 0,05$) ва дарозии бадани ($r = 0,39$; $p < 0,05$) аз синну соли модар муайян карда шуд, яъне дар занҳое, ки дар синну соли калонтар кӯдак таваллуд кардаанд (зиёда аз 40-сола), эҳтимоли пайдо шудани вазни барзиёди бадан дар синни томактабӣ мавҷуд аст.

Вале дар кӯдаконе, ки дефитсита массаи бадан доранд, дар синни томактабӣ иртиботи миёнаи мустақими коррелятсия дар байни массаи бадани кӯдак ва кади модар ба мушоҳида мерасад ($r = 0,45$; $p < 0,05$), ҳамчунин иртиботи сусти мустақими коррелятсия дар байни массаи бадани кӯдак ва массаи бадани модар дида мешавад ($r = 0,25$; $p < 0,05$).

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

Таҳлили ретроспективии натиҷаҳои ду марҳилаи таҳқиқоти лонгитудиналӣ имконият медиҳад шарҳ диҳем, ки дар кӯдакони муосир массаи баланди бадан бартарӣ дошта, тағйиротҳои дахлдор дар дарозии бадан ва даври қафаси сина ба назар намерасад, ки дар навбати худ ба номутаносибии протсессҳои сабзиш ва инкишофи ҷисмонии кӯдакони муосир ишора мекунанд, яъне тамоюли қадпаستшавӣ мушоҳида мегардад.

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

Марҳалаи минбаъдаи таҳқиқот омӯзиши қаноатмандии намояндагони қонунии кӯдан аз сифати ёрии расонидашудаи педиатрӣ дар марказҳои шахрии саломатӣ аст. Ҳамчунин қаноатмандии ҳуди кормандони тиббӣ аз кори худ ва баҳодиҳии экспертии фаъолияти кормандони тиббӣ дар се самт низ мавриди омӯзиш қарор дода шуд: профилактикӣ, табобатӣ-ташхисӣ ва диспансерӣ.

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

Анкета барои намояндагони қонунии кӯдакон аз муқаддима ва қисми асосӣ иборат буд, ки саволҳои худбаҳодиҳии саломатӣ, фаъолнокии тиббӣ, дастрасии ёрии тиббӣ, қаноатмандӣ аз сатҳу сифати сифати ёрии ба кӯдакон расонидашударо дар бар мегирифт.

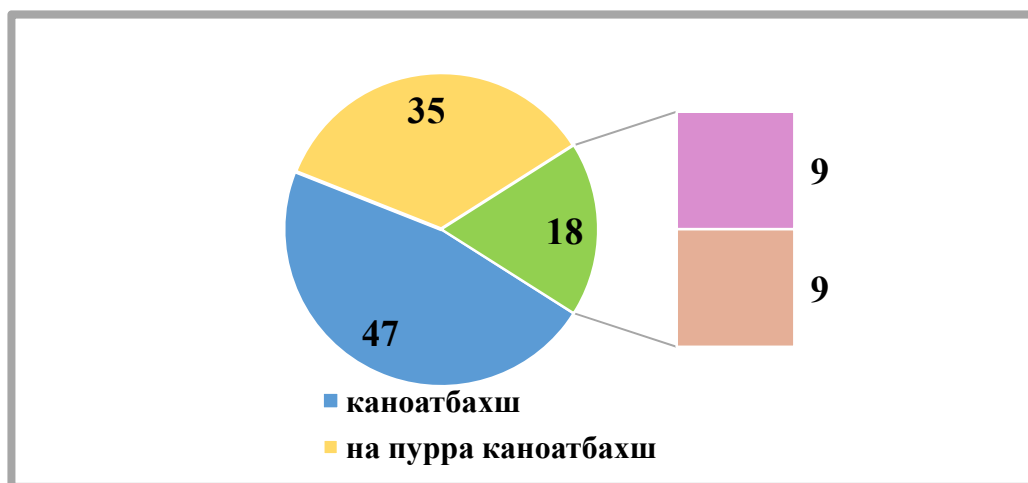
Барои пурсиши кормандони тиббӣ низ «Анкетаи анонимии корманди тиб» таҳия карда шуд, ки саволҳои инъикоскунандаи сатҳи таҳассуси кор-

мандон, таъминнокии моддӣ, баҳодиҳӣ ба сифати ёрии тиббӣ, ки муассисаҳо мерасонанд, микромуҳит дар коллектив ва ғайраро фаро мегирифт.

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

Натиҷаҳои таҳқиқотфаъолнокии баланди тиббии волидайнро (92%) нишон дод. Сабаби асосии мурочиат кардан бемории кӯдак (53,3%) ва ваксинатсия (31,8%) буд, ба худтабобаткунӣ ҳар як оилаи даҳум машғул шудааст (10,4%).

Нисфи респондентҳо аз сифати ёрии тиббӣ, ки дар марказҳои шаҳрии тиббӣ расонида шудаанд (47%) қаноатманд буданд (расми 6).



Расми 6. – Гурӯҳбандии респондентҳо вобаста аз қаноатмандӣ аз расонидани ёрии тиббӣ ба кӯдакон дар марказҳои шаҳории саломатӣ (%)

Сабабҳои қаноатманд набудан инҳо буданд: сатҳи пасти таҷҳизонидани техникийи марказҳои саломатӣ (23,2%), муддати тӯлонӣ дар қабули табиб ништастан (20,5%), душворӣ дар гирифтани машварати табиби мутахассисони доираи тахассусиашон маҳдуд - иммунолог, аллерголог, психолог, нефролог, гастроэнтеролог ва (32,5%), ҳолати санитарии ғайриқаноатбахши ҳуҷраҳо (16%).

Барои ёрии тахассусӣ гирифтани ба хизматрасонии пулакии тиббӣ қариб нисфи пурсидашудагон мурочиат карданд (43,2%). Сабабҳои мурочиат кардан ба ёрии тиббии пулакӣ: гирифтани хизматрасонии тиббии сифаташ нисбатан беҳтар (68,2%), муносибаи тахассусӣ ба ташхис ва муолиҷа (31,2%), муносибати ботаваҷҷуҳи табибон (22,7%), набудани навбат дар қабули табиби педиатр (22,7%), шароити ҳуби санитарӣ (20,5%), сатҳи пасти таҷҳизонидани маркази саломатии онҳо (10,6%), бовар накардан ба табиби оилавӣ (10,6%).

Нисфи пурсидашудагон аз кори табиби оилавии худ пурра розӣ буданд (54,5%). Сабабҳои қонеъ набудан аз кори табиби минтақавии худ: саросемагӣ ҳангоми муоина (36,4%), ба таври кофӣ таваҷҷуҳ накардан ба кӯдак (22,7%), муоинаи сатҳӣ (12,3%), таъйин кардани препаратҳои нархашон баланд (18,2%), бесалоҳиятии табиб (11,4%).

Зиёда аз нисфи пурсидашудагон кори табиби оилавии худро ҳамчун мутахассиси дараҷаи тахассусаш миёна (54,5%) ва ҳамагӣ 29,5% бошад, олий баҳо медиҳанд.

Кормандони миёнаи тиббӣ дар зиёда аз нисфи ҳолатҳо (63,6%) ҳамчун «мутахассиси дараҷаи тахассусаш миёна» ва ҳамагӣ зими 18,2% ҳамчун «мутахассиси дараҷаи тахассусаш олий» баҳо дода шуд.

Натиҷаи пурсишҳо талаботи баландро нисбат ба табиби педиатр (86,4%) нишон дод.

Аз тамоми самтҳои фаъолияти муолиҷавӣ-профилактикии марказҳои саломатӣ баҳои баландтарин насиби хизматрасонии муолиҷавӣ ($3,9 \pm 0,07$), камтарин бошад, насиби ташҳисӣ ($3,0 \pm 0,11$) ва ба фаъолияти пешигрику-нандагӣ бошад, мавқеи миёна ($3,7 \pm 0,03$)-ро сазовор донистанд.

Ба андешаи респондентҳо омилҳои беҳтаркунандаи кори марказҳои саломатии шаҳрӣ инҳо ба ҳисоб мераванд:

- ✓ 56,8% респондентҳо бар андешае ҳастанд, ки агар ба саломатии кӯдаки онҳо танҳо педиатр машғул шавад, сифати ёрӣ ба маротиб натиҷабахштар хоҳад шуд;
- ✓ такмили дониши касбӣ ва маҳорати кормандон (54,5%);
- ✓ беҳтар сохтани шароити таҷҳизоти моддӣ-техникии марказ (36,4%);
- ✓ ба шароити муосир мувофиқ ва тибқи тахассуси ӯ таҷҳизонидани ҷойи кории табиб (31,8%);
- ✓ зиёд кардани маоши табиби минтақавӣ (23,8%).

Ҳамин тавр, ба андешаи намоёндагони қонунии кӯдакон дар боло бурдани сифати ёрии тиббӣ мақоми аввалро тақмили касбии табиб ишғол мекунад.

Муносибати ҳуди табибон ва кормандони миёнаи тиб ба арзёбии кори худ барои ошкор кардани мушкилот ва боло бурдани сифати хизматрасониҳо ба кӯдакон дар сатҳи зинаи аввали нигоҳдории тандурустӣ аҳамияти хеле муҳим дорад. Ҳамин тавр, аксари пурсидашудагон табиби оилавӣ (44,5%), сеяки респондентҳо табибон-мутахассисон (36,1%) ва қариб ҳар панҷум бошад, ҳамшираҳои тиббӣ (19,4%) буданд.

Дар натиҷаи анкетакунонӣ ошкор гардид, ки аксари кормандони тиб дониши худро барои иҷрои ухдадорихои касбии худ мутлақо кофӣ медонанд. Хусусан, кормандони миёнаи тиб -94,2%, мутахассисон - 86,4% аз дониши худ боварӣ доштанд, аммо сатҳи чунин боварӣ дар табибони минтақавӣ (табибони оилавӣ) камтар буда, 68,7%-ро ташкил меод.

Муайян гардид, ки зиёда аз нисфи кормандони тиббӣ микромухити равшанро дар коллектив ҳамчун мусоид (73,8%) арзёбӣ намуданд. Натиҷаи пурсиш ошкор намуд, ки чунин хусусиятҳои мусбат, ба монанди эҳтироми байниҳамдигарӣ (40,7%), якдигарфаҳмӣ ва ёрӣ ба ҳамдигар (36,2%) дар

қиёс ба чунинҳо, ки аз аҳамият ҳолӣ нестанд, ба монанди “созиш кардан” (12,4%), таҳаммулпазирӣ ва тамкин (10,7%) бештар ёд мешуданд.

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

Ошкор гардид, ки 41,7% пурсидашудагон аз кори худ қаноатманданд. Нисфи пурсидашудагон (52,8%) ибораи “аз **ҳа** дида, бештар **не**”-ро истифода намуданд ва 5,5%-и кормандон аз кори худ тамоман розӣ набуданд. Дар байни табибони оилавӣ қиёсан ба мутахассисон, ибораи “аз **ҳа** дида, бештар **не**” бештар (мутаносибан 47,4% ва 26,3%, $p < 0,001$) шунда мешуд. Теъдоди ҷавоби нисбатан қаноатманд дар байни ҳамшираҳои тиббӣ (53,5%) ба қайд гирифта шуд.

Сабабҳои асосии норозигӣ инҳо буданд: маоши кам (75%), «сарбории зиёди психологӣ» дар байни табибон – 65,6%, ва дар байни ҳамшираҳои тиббӣ – «сарбории зиёди ҷисмонӣ» (43,4%), шароити бади зист ва мавҷуд набудани имконияти ба даст овардани хонаи нав (27,8%), набудани имконияти истироҳати хуби тобистона (13,8%), талаботи зиёд ва асабонияти беморон (11,3%).

Омилҳои манфии хусусияти ташкилидошта, ки ба сифати кори кормандони тиббӣ таъсир мерасонанд, ба андешаи кормандони тиббӣ инҳо буданд: аз ҳад зиёд пур кардани ҳуҷҷатҳои тиббӣ (72,2%); ҳаҷми нокифояи таҳқиқоти лабораторӣ-инструменталӣ, ки дар муассисаи тиббии онҳо мавҷуд аст (52,8%); ба таври кофӣ таҷҳизонида нашудани ҷойи корӣ ва мавҷуд набудани компютери инфиродӣ (33,4%); мувофиқ набудани шароити санитарии табибони амалияи умумӣ дар 24,3%-и ҳолатҳо ва 17,2% дар мавриди табибони «ихтисосашон маҳдуд»; иштироқи нокифоя дар конференсия ва семинарҳои илмӣ (16,7%); сатҳи нокифояи дониш (13,9%); бо сабаби сарбории зиёд саросемагӣ дар раванди фаъолият (11,2%); фишор овардан аз ҷониби ниҳодҳои тафтишкунанда (8,3%).

Натиҷаи пурсиши кормандони тиббӣ нишон дод, ки барои беҳтар гардидани шароити ёрии аввалияи тиббӣ-санитарӣ ба аҳолии кӯдакон инҳо метавонанд мусоидат намоянд:

- ✓ мунтазам такмил додани сатҳи тахассусии дониш, аз ҷумла, иштирок дар конференсияҳову конгрессҳои сатҳи мухталиф (83,3%);
- ✓ вобаста ба дараҷаи тахассуси мутахассис (40% табибони мутахассис, 20,7% табибони оилавӣ) таҷҳизонидани ҷойи кории ӯ;
- ✓ маоши фарқкунандаи меҳнат (37,1%).

Баҳодихии экспертии кори табибони минтақавӣ нишон дод, ки амалан дар ҳар ҳодисаи ҷоруми навиштани карта норавшанӣ ва беэҳтиётӣ (26,4%) мушоҳида мегардад.

Муҳлати гузаронидани муоинаи *профилактикӣ* ба муҳлатҳои таъйиншуда ба 39,6% мувофиқат мекунад. Ҳар картаи ҷоруми экспертизашуда

(26,5%), пурра навишта нашудааст ва дар 7,5% ҳолат шарҳ вучуд надорад. Дар ҳар ҳолати сеюм таҳқиқоти ҳатмӣ лабораторӣ ва инструменталӣ ба ҳаҷми ҳатмӣ иҷро нашудааст (34%). Машварати мутахассисон ба ҳаҷми пурра дар зиёда аз чоряки ҳолатҳо (28,3%) амалӣ нашудаду дар 11,3% ҳолат мавҷуд набудани сабти муоинаи мутахассис мушоҳида мешавад. Дар зиёда аз нисфи ҳолатҳо (50,9%) арзёбии НПР амалӣ нашудаду зимни 64,2% ҳолат инкишофи ҷисмонии кӯдак баҳогузорӣ нашудааст.

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

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

Сарпарастии то валодат дар зиёда аз нисфи ҳолатҳо 58,5%, мувофиқи муҳлатҳои муқарраршуда ба амал оварда шудаанд, дар ҳоле ки дар ҳар ҳолати чорум (26,4%) сарпарастӣ сари вақт ба амал оварда нашудааст.

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

Ҳаҷми чорабиниҳои *ташҳисӣ*, ки ба нақшаи таҳқиқот мувофиқат намояд, ҳамагӣ дар ҳар ҳолати чорум (24,7%) гузаронида шуд. Тақрибан дар нисфи ҳолатҳо (45,3%) оид ба татбиқи ҳаҷми ба нақша гирифташудаи таҳқиқот ва муолича эродҳо ба назар мерасанд.

Гуруҳи саломатӣ, ки мувофиқи ташҳис гузошта шудааст, дар аксари мутлақ – 86,8% муайян гардидааст. Аммо баҳодиҳии пурраи комплекси ҳолати кӯдакон ҳамагӣ дар нисфи ҳолатҳо – 54,7% ба амал оварда шудааст.

Муқаррар гардид, ки шарҳи эпикризҳои марҳилавӣ ба талабот зимни 37,7% -и ҳолат мувофиқат намеkunанд.

Ҳаҷми чорабиниҳои ташҳисӣ ба муҳлати таъйиншуда дар ҳар картаи чоруми амбулаторӣ (24,5%) мувофиқат намекард, ба мавҷудияти нишондодҳо нигоҳ накарда, чорабиниҳо амалӣ нашуда буданд.

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

Муқаррар гардид, ки қариб дар ҳар ҳолати сеюм (31,9%) теъдоди мувофиқат накардани ташҳиси таъйиншудаи рубрификатсияи ТББ-Х

мушоҳида мешавад. Дар ҳар як ҳолати панҷум ташҳис умуман гузошта нашуда буд (18,8%).

Мувофиқат кардани муолиҷа бо ташҳис таъйиншуда дар зиёда аз нисфи ҳолатҳо (68,2%) ошкор гардид, вале на дар ҳамаи картаҳо шарҳи доза ва давомнокии истеъмоли препаратҳои доругӣ (64,2%) пурра шарҳ дода шудааст.

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

Экспертизаи кори *диспансерии табибони минтақавӣ* муайян кард, ки амалан дар 86,8%-и ҳолатҳо картаҳо пур карда нашуда буданд ё қисман пур карда шудаанд, сабтҳо ноаниқ, нопурра ва кам буда, зимни 13,2%-и ҳолат сабт дида намешуд. Тақрибан ба ҳар картаи мавҷуда эрод гирифта шуда буд – нақшаи нопурраи муоинаи кӯдак дар динамика (27,3%), машварати нобаҳангоми мутахассис (10,8%), шарҳи хулосаи таҳқиқи лабораторӣ-инструменталӣ аниқ ва пурра нест (34,3%), набудани назорати динамикӣ (18,4%) ва эпикризҳои марҳалавӣ (23,4%) мушоҳида мегардид. Эродҳо оид ба асосноккунӣ ва сари вақт бистарӣ накардани кӯдакони гирифтори бемориҳои музмин (24,6%) мавҷуд аст, ки аз кори нокифоя бо ин кӯдакон далолат мекунад. Муолиҷа ба ташҳиси таъйиншуда дар зиёда аз нисфи ҳолатҳо (63,7%) мусоидат менамояд. Воситаҳои доруворӣ мувофиқ ба ташҳис ташҳис таъйин шудаанд. Аммо натиҷа аз муолиҷаи таъйиншуда фақат дар ҳар картаи сеюм инъикос шудааст (31,7%).

Камбудии асосии назорати диспансерӣ норасоии шарҳи таҳқиқоти лабораторӣ-инструменталӣ, нуқсонҳо дар мавриди муроқибати бемор, инчунин мавҷуд набудани марҳилаҳои эпикриз ба ҳисоб мераванд.

Ҳамин тавр, баҳодиҳии экспертии фаъолияти табибони амалияи умумӣ дар ҳамаи самтҳо камбудихоро ошкор намуданд; бетаваҷҷуҳӣ ва норавшан пур кардани ҳуҷҷатҳои тиббӣ; мувофиқат накардани муҳлати гузаронидани муоинаҳои профилактикӣ; сари вақт нагузаронидани таҳқиқоти ҳатмии лабораторӣ ва инструменталӣ; баҳодиҳии нодуруст ба нодурусти ИАР ва инкишофи ҷисмонии кӯдакон; дар картаҳо набудани баҳодиҳӣ ба ҳолати солимии кӯдакон оид ба гурӯҳи солимӣ.

Натиҷаҳои ҳосилшуда бо маълумоти аксари муаллифони мувофиқат мекунанд, ки пажӯҳишҳои онҳо ба сифати камбудихои умумӣ дар таъминоти сифати кумаки аввалияи тиббӣ-санитарӣ, пеш аз ҳама бедикқат пур кардани картаҳои амбулаторӣ бахшида шудаанд, қисман иҷро кардани стандартҳои ёрии тиббӣ, шарҳи нопурраи таҳлилҳои лабораторӣ, ба таври нокифоя гузаронидани чорабиниҳои ташҳисӣ, мавҷуд набудани машварати мутахассисони зарурӣ, нокифоя будани баҳодиҳии комплексии ҳолати солимии кӯдак ва муоинаҳои профилактикӣ мувофиқат мекунад [Садыков М.М., 2008; Шмелев И.А., 2016; Суслин С.А., 2022].

Аз ҷониби мо имконоти нишондиҳандаҳои сифати ҳаёт ҳамчун меъёри баҳодиҳии самаранокии чорабиниҳои муолиҷавӣ-солимгардонӣ дар намунаи кӯдакони зуд-зуд ва муддатитӯлонӣ беморшаванда омӯхта

шуд. Барномаи реабилитатсионӣ аз ташкил кардани речаи рӯз бо хоби хатмии комил ва пурра, сайругашт, истисно кардани хасташавӣ, ғизои мукаммал ва муносиб иборат мебошад. Ба маҷмуи чорабиниҳои солимгардонӣ ва реабилитатсионӣ барои боло бурдани имкониятҳои мутобиқшавандагӣ ва компенсатории организми кӯдаконе равона шуда аст, ки зуд-зуд ба бемориҳои респираторӣ гирифтور мешаванд, истифодаи якдавриии препарати “Виферон”, маҷмуи гуногуни витамину микроэлементҳое шомиланд, ки табибони амалияи умумӣ ба кор мебаранд, инчунин ВМ, масҳ, шиноварӣ, протседураҳои физиодармонӣ, галадармонӣ тавсия шудаанд.

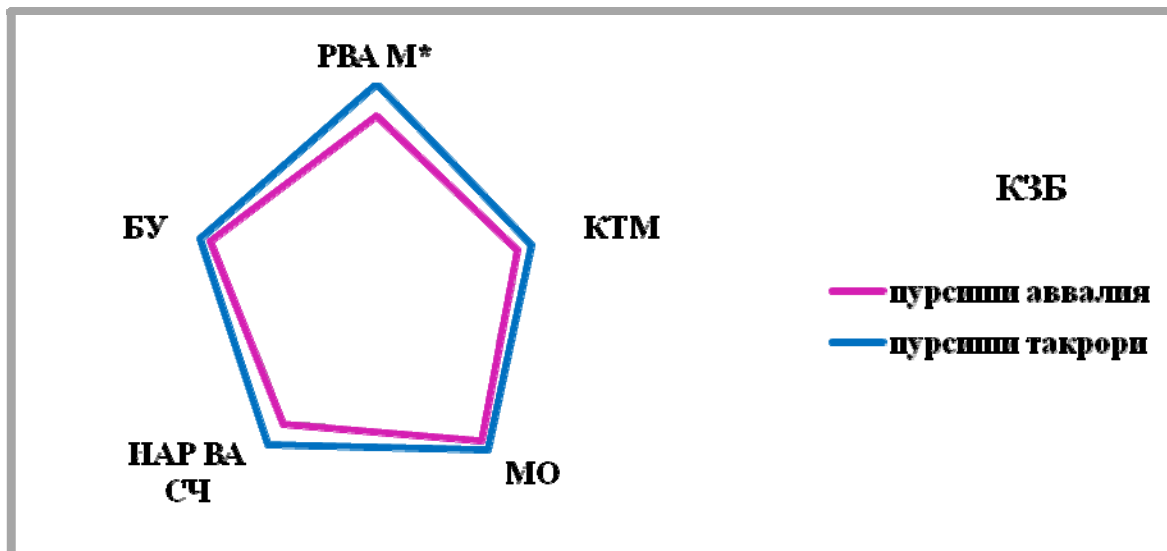
Натиҷаҳои таҳқиқ нишон доданд, ки ҳангоми истифодаи ин препарат натиҷаи муҳимтарини муолиҷавӣ дар ҳудуди ду шабонарӯзи аввали беморӣ саҳеҳан давраи табларзаро дар қиёс ба кӯдакони гурӯҳи муқоисавие, ки давраи табларза дар мавриди онҳо то рӯзи панҷуми муолиҷа идома ёфт, ду баробар коҳиш дод ($p < 0,001$). Инчунин дар ду шабонарӯзи аввали беморӣ дар кӯдакони таҳти таҳқиқ қарордошта, аллақай кам шудани симптомҳои захролудшавӣ (76,4%), барқарор шудани нафаскашӣ бо бинӣ (93,6%), кам шудани сулфа (62,6%) мушоҳида мегардид, ки аз натиҷаи мусбат доштани истифодаи барвақтии препарати «Виферон» дар маҷмуи муолиҷа далолат менамояд.

Барои тасдиқи самаранокии муолиҷавии офиятбахшии маҷмуии ББК (басомади беморшавии кӯдакон) динамикаи тағйирёбии нишондиҳандаҳои лабораторӣ таҳқиқ карда шуд. Ҳамин тавр, дар кӯдакони зуд-зуд беморшаванда нуқсони зинаи Т-ҳучайравии масуният ошкор гардид, ки аз коҳиш ёфтани теъдоди ҳучайраҳои CD3+, CD 4+, CD18+ Т-лимфотситҳо, ҳалалёбии шохиси танзимкунандаи масуният, деъдоди синнусолии CD8+ Т-лимфотситҳо, ихтилолотии ҷавоби митогенӣ ба подтанҳо иборат мебошад. Баъди истифодаи даври комплекси муолиҷа дар кӯдакони таҳқиқшаванда аз ҷониби масунияти Т-ҳучайравӣ барқароршавии теъдоди ҳучайраҳои CD Т-лимфотситҳо ва шохиси танзимкунандаи масуният мушоҳида гардид.

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

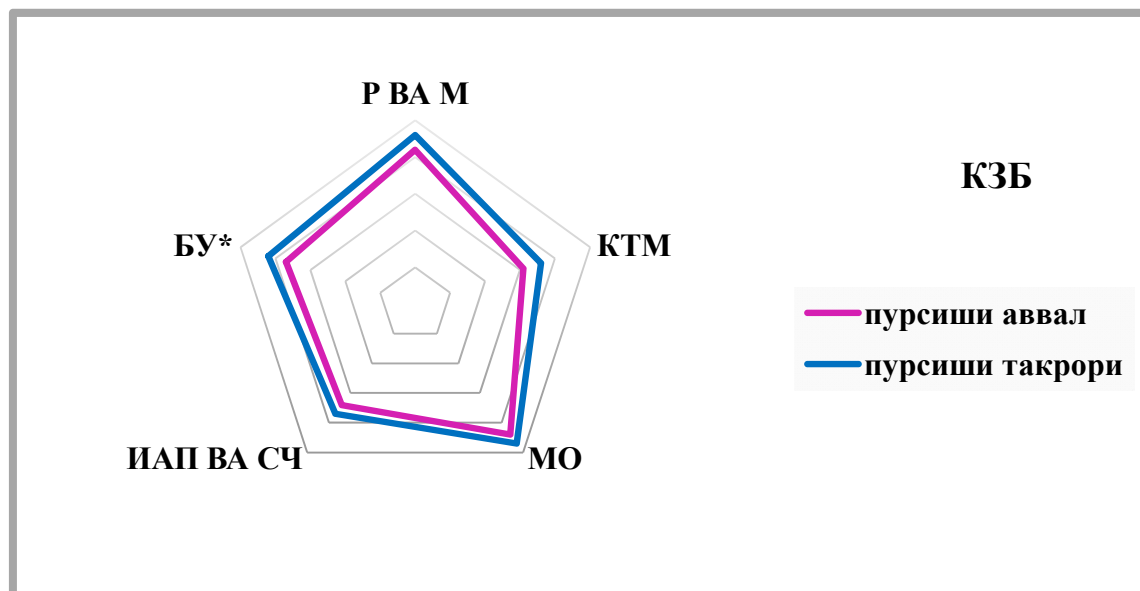
Баъди истифода намудани чорабиниҳои комплекси солимгардонӣ дар кӯдакони зуд-зуд ва муддати тӯлонӣ беморшаванда аз ҷониби мо СХ дар ин кӯдакон такроран таҳқиқ карда шуд. Тамоюли саҳеҳан ба боло рафтани аксари нишондиҳандаҳои СХ дар кӯдакони зуд-зуд беморшаванда муайян карда шуд. Ба ақидаи педиатрҳо хеле боло рафтани ҷан-

баҳое чун “рафтор ва муошират”(p<0,01), «инкишофи асабу психика ва солимии ҷисмонӣ» (p<0,05) ба назар мерасид. Ҷанбаҳои боқимонда низ динамикаи мусбат доштанд, вале фарқияти муҳиме ошкор нагардид (Расми 7).



Расми 7. – Профили СХ –и кӯдаони зуд-зуд ва тӯлонӣ беморшаванда мувофиқи ҷавоби педиатрҳо (бо ситораҷаҳо фарқиятҳои муҳим дар ҷавобҳо нишон дода шудаанд)

Ба андешаи волидайн, баландшавии назарраси ҷанбаҳои «рафтор ва муошират», «қобилити танҳо мондан тавонистан», ҳамчунин зиёдшавии боэътимоду назаррас дар балли умумӣ низ мушоҳида шуд (p<0,01, расми 8).



Расми 8. – Профили СХ –и кӯдаони зуд-зуд ва тӯлонӣ беморшаванда мувофиқи ҷавоби волидайн (бо ситораҷаҳо фарқиятҳои муҳим дар ҷавобҳо нишон дода шудаанд)

Истифодаи чорабиниҳои табобатӣ ва солимгардонии дар боло пешниҳодшуда дар кӯдаконе, ки зуд-зуду тӯлонӣ бемор мешаванд, пеш аз

хама, ба ақидаи педиатрҳо, ҷанбаҳои неқӯаҳволии субъективиро, аз қабилҳои солимии эҳсосӣ, асабӣ-равонӣ ва ҷисмонӣ ба эътидол меорад. Аз диди волидайн, нишондиҳандаҳои беҳтарини сифати ҳаёт дар ҷанбаҳои рафтори эҳсосӣ ва иҷтимоӣ дида мешуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот далели боварибахши онанд, ки тадбирҳои табобатӣ ва солимгардонии ба тандурустии амалӣ тавсияшаванда, ки хусусияти пешгирикунанда доранд, ба инкишофи асабу равонӣ ва ҷаҳолии ҷисмонӣ, инчунин ба мутобиқшавии иҷтимоии кӯдакони муоинашуда таъсири мусбат расонидаанд.

Ба ин тариқ, натиҷаҳои тадқиқот ақидаи бисёре аз муҳаққиқонро оид ба асоснок будани истифодаи нишондиҳандаи сифати ҳаёт ҳамчун меъёри арзёбии самаранокии барномаҳои солимгардонӣ ва барқарорсозӣ баҳри беҳбудӣ ва ҳифзи саломатии аҳолии синни кӯдаконаро тасдиқ мекунад [Баранов А.А., Албитский В.Ю., 2005; Винярская И.В., 2008; Содиқов М.М., 2008; Черников В.В., 2009].

Натиҷаҳои таҳқиқоти баргузоршуда асос барои таҳияи тадбирҳои маҷмӯӣ ҷиҳати тақмилу беҳсозӣ (оптимизатсия)-и кумаки аввалияи тиббӣю санитарӣ ба кӯдакони синни барвақт ва томактабӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон гардиданд, ки он аз васеъ намудани дастрасӣ ба ёрии саривақтӣ ва босифати тиббӣ иборат аст, ки ба беҳбудии сифати ҳаёт ва зиндамонии онҳо мусоидат мекунад.

Механизми пешниҳодкардаи мо барои расидан ба ҳадафи мазкур таркиби зерин дорад:

- **пешгирии мушкilotи саломатии кӯдакони синни барвақт ва томактабӣ:** омода намудани занон ба ҳомилагии дарпешистода (муоинаи нишонагузорҳои сироят, поксозии манбаъҳои музмини сироят ва ғайра); риояи консепсияҳои Барномаи миллии коммуникатсионии “1000 рӯзи аввали ҳаёти кӯдак дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2020-2024”, ки тағйироти меъёрҳои иҷтимоӣ ва рафториро нисбат ба инкишофи кӯдакони то 2-сола муайян менамояд; афзалияти профилактикаи ибтидоӣ; тақмили профилактикаи дуумдараҷа; эмгузаронии саривақтӣ; таҳияи стратегия дар баҳши синамакони ва ташаббуси “Беморхонаи муносибати дӯстона ба кӯдакон,” ки аз ҷониби ТУТ ва ЮНИСЕФ эълон гаштаанд; рушди стратегияи ТУТ/ЮНИСЕФ «Идоракунии ҳамгирошудаи бемориҳои синни кӯдакӣ» бо назардошти шароити муосир; рушди машварати тиббӣю генетикӣ бо мақсади ошкорнамоии бармаҳалли нуқсонҳои модарзодӣ ва ташкили феҳристи оилаҳои дучори хатари баланди патологияҳои генетикӣ; тарғиби тарзи ҳаёти солим; ҳамроҳии тиббӣю иҷтимоии кӯдак - дар ин замина таҳким додани занҷираи ҳамкории ду ҷанбаи муҳими ҳаёти кӯдак - тиб ва маориф бо мақсади таъсиси шуъбаҳои ёрии тиббӣю иҷтимоӣ ба кӯдакон дар сатҳи кумаки аввалияи тиббӣю санитарӣ бо иштироки ҳатмии равоншиносон, логопедҳо, дефектологҳо, омӯзгорон.
- **истифодаи маҷмӯи ҷорабиниҳои босамари табобатӣ ва солимгардонӣ:** тавсияи дар муҳлатҳои муқарраршуда бо ҷалби мутахассисони самти

махсус гузаронидани муоинаи диспансерӣ; анҷоми азназаргузарониҳои профилактикӣ бо инъикоси тамоми меъёрҳои арзёбии ҳамаҷонибаи вазъи саломатии кӯдакон ба хотири сари вақт анҷом додани корҳои ислоҳӣ ва табобатию солимгардонӣ бо инҳирофҳои мавҷуда; васеъ кардани равишҳои ҳифзкунандаи саломатӣ, махсусан технологияҳои ивазкунандаи табобати статсионарӣ (табобат дар беморхонаҳои рӯзона); ривож додани санаторияҳо барои кӯдакон дар сатҳи маҳал.

- **истифодаи нишондиҳандаи сифати ҳаёт ҳангоми арзёбии ҳамаҷонибаи вазъи саломатии кӯдакон ва ҳамчун меъёри арзёбии самаранокии технологияҳои тиббӣ.**

Натиҷаҳое, ки дар рафти омӯзиши сифати ҳаёти кӯдакон ба даст оварда шудаанд, имкон медиҳанд истифодаи барномаҳои солимгардонӣ ва тавонбахшии равона ба беҳбуду ҳифзи саломатии кӯдакон дар асоси меъёрҳои сифати ҳаёт чӣ дар сатҳи инфиродӣ ва чӣ дар сатҳи тандурустӣ дар маҷмуъ асоснок карда шаванд.

Сатҳи инфиродӣ инҳоро дар бар мегирад: чорӣ намудани арзёбии ҳамаҷонибаи вазъи саломатӣ бо истифода аз арзёбии сифати ҳаёт барои барвақт муайян кардани кӯдакони дорои нишондиҳандаҳои пасти СХ, ки имкон медиҳад гурӯҳҳои хавфи тиббӣ-иҷтимоӣ дар заминаи далелу асос ташаккул дода шаванд. Ин дар навбати худ имкон медиҳад, ки нақшаи инфиродии комплекси мушоҳида ва барномаҳои ба шахс нигаронидаи тавонбахшӣ бо муайян кардани самтҳои афзалиятнок дар барномаи солимгардонии кӯдак: тавонбахшии (реабилитатсияи) тиббӣ, иҷтимоӣ, ислоҳоти равонӣ-педагогӣ таҳия карда шаванд.

Дар сатҳи ташкили ҳифзи тандурустӣ: тавсия карда мешавад, ки барномаи ҳифз ва таҳкими саломатии кӯдакон бо таъя ба нишондиҳандаҳои сифати ҳаёт тартиб дода шавад; истифодаи нишондиҳандаҳои СХ барои муайян намудани зарурати гузаронидани чорабиниҳои системавии табобатию солимгардонӣ ва тиббии профилактикӣ; аз рӯи нишондиҳандаҳои СХ муайян намудани гурӯҳҳои беморон, ки мушкilotи иҷтимоӣ ва хусусиятҳои фаъолияти ба ҳам наздик доранд, бо мақсади ташкили хизматрасонии тиббӣю иҷтимоӣ, ки барои ҳифзи саломатии кӯдакон кумаки ҳамаҷонибаи равонӣ-педагогӣ ва тиббӣ-иҷтимоӣ мерасонанд; пурзӯр намудани тадбирҳо оид ба тақмили системаи кумаки равонӣ, педагогӣ, тиббӣ-иҷтимоӣ барои беҳтар намудани ҳолати саломатӣ ва сифати ҳаёти аҳолии синни кӯдакона ва томақтабӣ.

- **баланд бардоштани сифат ва самаранокии ёрии тиббӣ, ки расонда мешавад.**

Захираҳои умумӣ барои баланд бардоштани сифати ёрии тиббӣ дар сатҳи кумаки аввалияи тиббӣю санитарӣ инҳоянд: таъмини иҷрои протоколҳои ёрии амбулаторию клиникӣ ба кӯдакон; гузаронидани арзёбии ҳамаҷонибаи вазъи саломатии кӯдакон аз лаҳзаи таваллуд; риояи муҳлатҳои муқарраршудаи муоинаи профилактикӣ барои сари вақт гузаронидани корҳои ислоҳӣ ва табобатию солимгардонӣ бо кӯдаконе, ки нуқси саломатӣ доранд; таъмини ташкил ва доир кардани мушоҳидаи диспансерии

кӯдакони гирифтори бемориҳои музмин; дар муассисаҳои таълимии томактабӣ корҳои профилактикӣ ва солимгардониро пурзӯр карда, ба ин васила васеъ намудани фарогирии кӯдакон бо муоинаи тиббии профилактикӣ; тақмили усулҳои пешгирии патологияи модарзодӣ (тадбиқи барномаҳои скрининги пренаталӣ ва неонаталӣ, рушди хадамоти генетикии тиббӣ); муҳайё кардани шароит барои сари вақт тақмил додани сатҳи тахассуси табибони амалияи умумӣ оид ба масъалаҳои физиология ва патологияи кӯдакон, инчунин таъмини марказҳои саломатии шаҳр бо кадрҳо, махсусан бо табибони мутахассис, бо назардошти талаботи қисми хурдсоли аҳоли; ҷорӣ намудани технологияҳои муосир барои дуруст ва босифат тартиб додани ҳуҷҷатҳои тиббӣ; экспертиза ва мониторинги фаъолияти муассисаҳои тиббӣ барои ба даст овардани маълумоти зарурӣ бо мақсади сари вақт ворид намудани ислоҳот ба фаъолияти марказҳои саломатии шаҳр; гузаронидани аудити дохилӣ дар муассисаи тиббӣ бо мақсади муайян намудани омилҳои манфӣ, ки метавонанд ҳамчун алгоритм барои амал истифода шаванд, яъне коркарди роҳҳои ҳалли масъалаи бардоштани сифати хизматрасониҳои тиббӣ, бо ислоҳи минбаъдаи онҳо ва дар натиҷа бардоштани сатҳи қаноати беморон аз ёрии тиббӣ; барқарор кардани қори ҳуҷраҳои кӯдаки солим (ҲҚС);

➤ **таҳия ва истифодаи технологияҳои иттилоотӣ:** ҷорӣ намудани технологияҳои тиббии масрафкунандаи захираҳо имкон фароҳам меорад, ки раванди идоракунии дар системаи тандурустӣ, ки аз ҷамъоварӣ ва коркарди иттилоот барои қабули қарорҳои асосноки идоракунии иборат аст, таъмин карда шавад.

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

Ҷорӣ намудани ин гуна барномаҳои иттилоотӣ-таҳлилӣ ба беҳтар шудани сифати хизматрасонии тиббӣ ба аҳоли тавассути тақмили ҳуҷҷатгузорӣ, имкони пайгирии логистикаи беморон ва ба даст овардани маълумот дар бораи ҳаҷми ёрии тиббии расонидашуда, интиқоли автоматикунонидаи маълумоти таҳқиқоти озмоишгоҳӣ мусоидат мекунад ва ин имкон медиҳад, ки ба тадбирҳои солимгардонӣ сари вақт ва зуд шуруъ карда, аз болои амалҳои кормандони тиб ҳангоми расондани ёрии амбулаторӣ назорат бурда шавад.

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

➤ **тақмили системаи тайёри ва бозомӯзии кадрҳои тиббӣ:** пайваста

такмил додани сатҳи тахассуси табибони амалияи умумӣ ва табибони мутахассиси масъалаҳои физиология ва патологияи кӯдакон; кадрҳои баландиҳтисоси тиббиро дар соҳаи педиатрия тайёр бояд кард; мунтазам гузаронидани тренингиҳо, семинариҳо, конференсияҳо, мизҳои мудаввар оид ба беҳтар намудани кумаки аввалияи тиббию санитарӣ ба кӯдакон бо иштироки табибони амалияи умумӣ, мутахассисони самтҳои махсус ва кормандони миёнаи тиб.

Ба ин тариқ, дар марҳилаи муосир самтҳои асосии оптимизатсияи кумаки аввалияи тиббию санитарӣ ба кӯдакон бояд технологияҳои илман асоснок бошанд, ки ба фаъолияти амалии ин зинаи тандурустӣ қорӣ кардан мумкин аст.

Инҳо технологияҳое, аз қабili тадбирҳои комплекси пешгирию тавонбахшӣ, дастгирии техникӣ ва иттилоотӣ, истифодаи нишондиҳандаи сифати ҳаёт ҳамчун меъёри арзёбии самаранокии истифодаи технологияҳои тиббӣ, омода намудани кадрҳои соҳибхитос барои хизматрасонӣ ба кӯдакон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон мебошанд.

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

ХУЛОСАҲО

1. Даҳсолаҳои охир бо динамикаи устувори мусбати кам шудани ғавти навоздон (то 1,7 маротиба) ва кӯдакон (1,6 маротиба) ва тамоюли муҳими иваз шудани сохтори бемориҳо мушаххас шудаанд. Ивазшавии зикршуда соли 2011 дар бартарӣ доштани миқдори бемориҳои сироятӣ, паразитарӣ ва смрояти рӯдаҳо (3197,4/1481,4 ба 100000 нафар кӯдак) инъикос ёфтааст, дар охири соли 2021 бошад, бемориҳои узвҳои нафаскашӣ бартарӣ доштанд (2275,3 дар 100000 кӯдак), баъдан бемориҳои сироятӣ, паразитарӣ меоянд (2116,7/899,3 дар 100000 кӯдак), ҳолатҳои ҷудогона хоси давраи перинаталӣ ҳастанд (759,4 дар 100000 кӯдак) [1-М, 11-М, 16-М].
2. Давраи бухронии синнусолии ташакули тағйиротҳои гуногуни саломатӣ ва беморшавии кӯдакон муайян карда шуд. Дар соли аввали ҳаёт барои 42,61%-и кӯдакон гурӯҳи I саломатӣ хос аст, дар гурӯҳи II саломатӣ – 51,32% нафар буд ва 6,07%-и кӯдакон дар гурӯҳи III-V саломатӣ шомил шуда буданд, дар соли сеюми ҳаёт миқдори гурӯҳи I саломатӣ тақрибан 1,5 маротиба (29,24%) кам мешавад, дар айни замон, миқдори кӯдакони дорои тағйиротҳои морфофункционалӣ зиёд шуда (65,18%), ҳамагӣ 5,58% - дар гурӯҳҳои III-V саломатӣ монда буданд. Миқдори кӯдакони солим дар давраи наврасӣ пайваста то 12,3% кам мешавад, дар ин маврид то 2,5 маротиба миқдори кӯдакони дорои бемориҳои музмин меафзояд [1-М, 4-М, 11-М, 25-М, 45-М].

3. Барои ҳар як давраи синнусолӣ сохтори махсуси беморшавӣ муқаррар карда шудааст, дар байни кӯдакони синну соли барвақт бемориҳои узвҳои нафаскашӣ (36,3%), бемориҳои узвҳои ҳозима (29,4%), бемориҳои хун ва увзҳои хунофар (асосан камхунӣ - 23,8%), ҳолатҳои алоҳидаи давраи перинаталӣ бартарӣ доранд (12,7%). Дар байни кӯдакони синни томактабӣ бемориҳои узвҳои ҳозима (47,8%) бартарӣ доранд, баъдан бемориҳои узвҳои нафаскашӣ (38%), системаи устухону мушакҳо (29,7%), бемориҳои чашм (25,4%) ва системаи эндокринӣ (25,4%), бемориҳои системаи пешобу таносулӣ (24%) меистанд [3-М, 6-М, 7-М, 11-М, 25-М, 45-М].
4. Муайян карда шудааст, ки ба СХ кӯдакони синну соли барвақтомилҳои хатари тиббӣ-биологӣ (бемориҳои муштараки соматикӣ, оризаҳои ҳомилагӣ, ҳолат саломатии худӣ кӯлак, сатҳи инкишофи ҷисмонӣ ва асабӣ-равонӣ) таъсири манфӣ мерасонанд. Бо калон шудани синну сол табдил ёфтани омилҳои хатар ба омилҳои хатари иҷтимоӣ-психологӣ (муҳити психологӣ дар оила, таҳсилоти модар, мавқеи расмӣ волидайн, ҳайати оила ва миқдори кӯдакон дар оила, мавҷуд будани одатҳои зарарнок дар волидайн) ва моддӣ-иқтисодӣ (шароити нохуби зист, сатҳи пасти даромад дар оила) ба амал меояд [2-М, 4-М, 12-М, 23-М, 40-М, 46-М].
5. Муқаррар карда шуд, ки ҳангоми баҳо додан ба сифати ҳаёти кӯдакони то яксола ва 1-2-сола аҳаммияти аз ҳама бештари ҷанбаҳои «Рафтор ва муошират» ва «Муҳити оила» доранд, ҳол он ки бо сатҳи нисбатан пасттар ҷанбаҳои «Қобилияти танҳо мондан» ва «Инкишофи асабӣ-равонӣ ва инкишофи ҷисмонӣ» фарқ мекарданд. Баҳодиҳӣ ба СХ-и кӯдакони нисбатан синнашон калонтар хусусиятҳои хоси худро доштанд. Муайян карда шуд, ки дар синни 3-4-солагӣ саҳеҳан фаъолияти нақшӣ баланд баҳогузорӣ карда шуд, дар 5-7-солагӣ фаъолияти эмотсионалӣ, яъне нишондиҳандаҳо то андозаи назаррас муҳити иҷтимоиро инъикос мекунанд [4-М, 12-М, 13-М, 33-М, 46-М, 47-М, 48-М, 49-М].
6. Имконияти ворид кардани нишондиҳандаҳои сифати ҳаёт, ба ҳайси усули баҳодиҳӣ ба дараҷаи тағйироти инҳирофҳои гуногуни морфо-функционалии кӯдакони таҳқиқшаванда ба сифати меъёри иловагӣ дар баҳодиҳии комплекси ҳолати саломатии онҳо муайян карда шудааст. Истифодаи усули баҳодиҳӣ ба СХ дар модели кӯдакони зуд-зуд ва тӯлонӣ беморшаванда, ҳамчун меъёри истифодаи самараноки усулҳои тиббӣ-солимгардонӣ дар сатҳи звенои аввали нигоҳдории тандурустӣ асоснок карда шудааст [4-М, 12-М, 15-М, 20-М, 24-М, 32-М, 38-М].
7. Стандартҳои минтақавии инкишофи ҷисмонии кӯдакон имконият доданд, ки хусусиятҳо ва хислатҳои инкишофи онҳо дар синни барвақт ва томактабӣ муайян карда шаванд. Дар сини барвақт миқдори кӯдакони параметрҳои инкишофи ҷисмонияшон «боло аз миёна» ва «баланд» бештар ба мушоҳида расид, дар шашсолагӣ 1,5% маротиба миқдори кӯдакони дорои «пасттар аз миёна» ва 6 маротиба кӯдаконе, ки инкишофи ҷисмонии «паст» доштанд, ба мушоҳида расид. Аз рӯйи

натиҷаҳои ду марҳилаи таҳқиқоти лонгитудиналӣ (солҳои 2001-2018) тамоюли боэътимоди пайдо шудани қадпасти бештар хоси писарҳо муайян карда шуд [5-М, 9-М, 10-М, 17-М, 39-М, 41-М, 42-М, 43-М, 44-М].

8. Чорабиниҳо ва барномаҳои минбаъдаи комплексӣ барои кам шудани беморӣ ва солимгардонии аҳолии кӯдакони Ҷумҳурии Тоҷикистон муносибат карданд. Самтҳои асосии оптимизатсияи кумаки аввалияи тиббӣ-санитарӣ (КАТС) ба аҳолии муайян карда шуданд: чорабиниҳои пешгирӣкунандаи ихтилолҳои ҳолати саломатии кӯдакони сини барвақти кӯдакӣ ва томактабӣ; татбиқи фарогири комплекси чорабиниҳои самараноки тиббӣ-солимгардонӣ ва реабилитатсионӣ; истифодаи меъёрҳои сифати ҳаёт ҳангоми баҳодиҳӣ ба ҳолати саломатии кӯдакон ва барои муайян кардани самаранокии истифодаи технологияҳои тиббӣ; баланд бардоштани самаранокии ёрии расонидашудаи тиббӣ ба аҳолии кӯдакон ба воситаи тақмил додани сифати хизматрасонӣ; коркард ва истифодаи технологияи иттилоотӣ, систематизатсия ва омодагии хона ба хона ва аз нав оморасозии кадрҳои тиббӣ, тақмил додани протоколҳо ва стандартҳои табобати бемориҳои асосӣ [14-М, 16-М, 17-М, 28-М, 35-М, 45-М].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо

1. Марҳалаҳои асосии баргузории муоинаҳои профилактики аҳолии кӯдакон бо тавсияҳои татбиқ намудан дар сатҳи зенони аввалияи нигоҳдории тандурустӣ таҳия карда шуданд.
2. Бо мақсади беҳтар сохтани сифати фаъолияти кормандони тиббии муассисаҳо, бастаи анкетаҳои таҳиякардашуда тавсия карда шуданд, ки имконият медиҳанд оид ба ҳамаи самтҳои асосии фаъолияти марказҳои саломатӣ дар давраи кӯтоҳ маълумотҳои зарурӣ ба даст оварда шаванд, барои сари вақт ворид намудани ислоҳот ва ба ҳамин восита баланд бардоштани қаноатмандии беморон аз ёрии тиббӣ.
3. Бо мақсади баҳо додан ба инкишофи ҷисмонии кӯдакони синну соли барвақт ва томактабии ш. Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон, истифода намудани меъёрҳои минтақавии маълумотҳои антропометрӣ мувофиқи мақсад аст, ки онҳоро метавон баъди ҳар як 5-10 сол таҷдиди назар кард.
4. Татбиқ намудани баҳодиҳии комплекси ҳолати саломатӣ бо истифода аз баҳодиҳӣ ба сифати ҳаёт барои барвақт муайян кардани кӯдакони дорои нишондиҳандаҳои пасти СХ, ин имконият медиҳад, ки ба таври асоснок гурӯҳҳои хатари тиббӣ-иҷтимоӣ ташкил карда шаванд. Ин дар навбати худ имконият медиҳад, ки нақшаи инфиродии комплекси муоина ва барномаҳои реабилитатсионии адресӣ-нишондиҳандавӣ таҳия карда ва самтҳои афзалиятнок дар барномаи солимгардонии кӯдак муайян карда шаванд: ислоҳи тиббӣ, иҷтимоӣ, психологӣ-педагогӣ.
5. Дар нигоҳдории тандурустии амалӣ истифода намудани нишондиҳандаҳои «сифати ҳаёт»-и кӯдак барои коркарди барномаҳои инфиродӣ оид ба ҳифз кардан ва мустаҳкам намудани саломатии кӯдакон тавсия

ва ин нишондиҳандаҳо ҳамчун меъёри баҳодихӣ барои самаранокии чорабиниҳои табобатӣ-солимгардонӣ дар звенои аввалия татбиқ карда шаванд.

6. Ба барномаи сиклҳои тақмили ихтисос ва баланд бардоштани тахассуси кормандони тиббӣ, ворид намудани фаслҳои омӯзиши сифати ҳаёти кӯдакон, таблиғи синамакони, ТИБМК, ТҲС, экспертизаи сифати расонидани кумаки аввалияи тиббӣ- санитарӣ ба аҳолии кӯдакон.

Интишорот аз рӯи мавзӯи диссертатсия Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

- [1-М]. 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-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Оценка факторов риска у часто болеющих детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, А.М. Миракилова // Известия Академии наук Республики Таджикистан. – 2013. – № 3-4 (184). – С. 38-43.
- [3-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Особенности эмоционально-поведенческого статуса детей дошкольного возраста [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, А.М. Миракилова, М.А. Заирова // Вестник таджикского национального университета. – 2015. - № 1/2 (160). – С. 247-249.
- [4-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Социально-гигиеническая характеристика состояния здоровья и качества жизни часто болеющих детей (на примере г. Душанбе) [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Российский педиатрический журнал. – Москва. – 2018. – Т.21. № 2 – С. 97-100.
- [5-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Особенности физического развития детей раннего возраста г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2018. – Т.8. № 2(26). – С. 157-161.
- [6-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Факторы, способствующие развитию и обострению атопического дерматита у детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, З.Н. Набиев // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2018. – Т.VIII. № 3(27). – С. 335-340.
- [7-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Клинические проявления заболеваний кожи у детей Дангары Хатлонской области [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, З.Н. Набиев, Н.К. Кузibaева // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2018. – Т.VIII. № 4(28). – С. 465-469.
- [8-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Ғизои кӯдакони соли аввали ҳаёт [Матн] / Н.Ш. Абдуллаева // Авҷи зуҳал. - 2019. - № 1 (34). – С. 116-121.
- [9-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Сравнительный анализ физического развития детей раннего и дошкольного возраста г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2019. – Т. IX. № 3(31). – С. 233-239.
- [10-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Оценка гармоничности физического развития детей г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. - 2020. – Т. X. № 1(33). – С. 5-9.
- [11-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Комплексная оценка состояния здоровья детей ран-

- него и дошкольного возраста [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Здоровоохранение Таджикистана. - 2020. - № 3 (346). С. 5-10.
- [12-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Показатели качества жизни детей первого года жизни [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, И.В. Винярская // Здоровоохранение Таджикистана. - 2021. - № 1 (348). С. 5-10.
- [13-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Гендерные особенности качества жизни детей дошкольного возраста, проживающих в г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, И.В. Винярская // Здоровоохранение Таджикистана. - 2021. - № 3 (350). С. 5-11.
- [14-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Удовлетворённость законных представителей детей оказанием медицинской помощи в городских центрах здоровья [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Здоровоохранение Таджикистана. - 2022. - № 4 (355). С. 5-11.
- [15-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Оценка качества жизни как критерий эффективности амбулаторного лечения [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. – 2022. – Т. XII. № 4(44) – С. 5-11.
- [16-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Пути улучшения первичной медико-санитарной помощи детям раннего и дошкольного возраста [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. – 2023. – Т. XIII. № 1(45). – С. 5-11.

Мақола ва фишурдаҳои дар конференсияҳо нашршуда

- [17-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Влияние комплекса факторов на формирование физического развития новорожденных и особенности их ранней адаптации [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Труды Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Новые технологии и репродуктивное здоровье». – Душанбе. – 27-28 ноября 2008. – С.176-180.
- [18-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Опыт применения антибиотиков в лечении бронхитов у детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, С.Ф. Хайдарова, Р.П. Пачаева // Здоровоохранение Таджикистана. – 2010. – № 1. – С. 65-68.
- [19-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Антибактериальная терапия тонзиллофарингитов в педиатрической практике [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. – 2012. – № 1(13). – С. 16-20.
- [20-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Качество жизни часто и длительно болеющих детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаев // Материалы Международного Конгресса «Здоровье и питание» Международная конференция детских диетологов и гастроэнтерологов. Москва 13–15 декабря 2013 г. С. 5.
- [21-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Сравнительная характеристика качества жизни детей в зависимости от вида вскармливания [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова // Материалы Международного Конгресса «Здоровье и питание» Международная конференция детских диетологов и гастроэнтерологов. Москва 13–15 декабря 2013 г. С. 5-6.
- [22-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Особенности состояния здоровья детей, проживающих в домах ребенка [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Материалы Международного Конгресса «Здоровье и питание» Международная

конференция детских диетологов и гастроэнтерологов. Москва 13–15 декабря 2013 г. С. 76.

[23-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Факторы риска, способствующие развитию частых респираторных инфекций у детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова // Вестник перинатологии 2(58) - 3(59) 2013. Материалы V Конгресса Федерации педиатров стран СНГ, VI Конгресс Педиатров и Неонатологов Республики Молдова, Кишинев, 22-24 мая 2013 г. С. 282-283.

[24-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Показатели качества жизни детей с частыми респираторными заболеваниями [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, И.В. Винярская, В.В. Черников // Сборник материалов XVII Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии», Москва, 14-16 февраля 2014. С. 2.

[25-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Структура заболеваемости детей раннего возраста по обращаемости в медицинские центры здоровья [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Сборник материалов XVII Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии», Москва 14-16 февраля 2014. С. 244.

[26-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Медико-социальные аспекты формирования здоровья детей, проживающих в домах ребенка [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Материалы научно-практической конференции, посвященной юбилею 90-летия присвоения статуса столицы города Душанбе на тему: “Достижения и перспективы в области репродуктивного здоровья, улучшения здоровья матери и ребенка”. Душанбе. - 2014. - С.260-263.

[27-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Роль витамина Д в генезе частых респираторных заболеваний у детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева, М.П. Носирова // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. – 2014. – № 3(23). – С. 146-149.

[28-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Особенности организации питания детям грудного и раннего возраста: проблемы, пути решения [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. – 2014. – № 4(24). – С. 11-16.

[29-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Комплексная оценка состояния здоровья детей раннего возраста из группы перинатального риска [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. – 2014. – № 4(24). – С. 17-19.

[30-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Особенности развития и социальной адаптации детей, оставшихся без попечения родителей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Сборник материалов XVIII Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии», Москва 13-15 февраля 2015. С. 174.

[31-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Новые подходы в лечении острых респираторных инфекций у детей, воспитывающихся в детских домах [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева, М.П. Носирова // Здравоохранение Таджикистана. - 2015. - № 1 (приложение 1) С. 66-68.

[32-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Эффективность иммунокорригирующей терапии при

рекуррентных респираторных инфекциях у детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, А.М. Миракилова // Здоровоохранение Таджикистана. - 2015. - № 1 (приложение 1) С. 107-109.

[33-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Оценка качества жизни детей раннего возраста [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. – 2016. – № 1(29). – С. 8-11.

[34-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Особенности роста и развития детей первого года жизни, перенесших перинатальное поражение центральной нервной системы [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. – 2016. – № 2(30). – С. 12-15.

[35-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Антенатальное формирование здоровья детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Сборник материалов международной научно-практической конференции «Охрана здоровья матери и ребенка», 14.10.2016. Душанбе. С. 126-127.

[36-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Особенности роста, развития и показателей качества жизни детей раннего возраста, перенесших перинатальное поражение центральной нервной системы [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, К.С. Олимова, Р.П. Пачаева // Здоровье матери и ребенка. – Бишкек. Кыргызстан. - 2016. – Т. 8. - № 2 – С. 27-31.

[37-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Особенности морфофункционального статуса физического развития детей, оставшихся без попечения родителей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, Р.П. Пачаева, М.П. Носирова // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. – 2017. – № 1(33). – С. 47-50.

[38-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Состояние здоровья и показатели качества жизни часто и длительно болеющих детей [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. – 2017. – № 3(35). – С. 11-15.

[39-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Стандарты роста и развития детей первого года жизни г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. – 2018. – № 1(37). – С. 5-10.

[40-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Влияние социально-биологических факторов риска на показатели качества жизни детей раннего возраста г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Материалы ежегодной XXIV научно-практической конференции Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ «Юбилейные научные чтения» и симпозиума по детской хирургии «Современные тенденции науки и практики в детской хирургии» (с международным участием). – Душанбе. - 10.11.2018. – С. 11-12.

[41-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Анализ показателей физического развития детей раннего возраста г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, Р.П. Пачаева, С.Н. Кудратова // Материалы IX Конгресса педиатров стран СНГ Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания, «Формирование здоровья детей в современных условиях здравоохранения» и III форума по питанию. 10-11 октября 2019, Таджикистан, Душанбе. С. 35-36.

[42-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Физическое развитие детей раннего и дошкольного возраста по данным антропометрических исследований [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Материалы IX Конгресса педиатров стран СНГ Ребенок и общество:

проблемы здоровья, развития и питания, «Формирование здоровья детей в современных условиях здравоохранения» и III форума по питанию. 10-11 октября 2019, Таджикистан, Душанбе. С. 36-37.

[43-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Динамические изменения в физическом развитии детей раннего и дошкольного возраста г. Душанбе [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, С.К. Ташбаева, О.Х. Каримова // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. – 2019. – № 1(41). – С. 30-34.

[44-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Сравнительный анализ физического развития детей г. Душанбе по данным антропометрических исследований [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Российский педиатрический вестник. – 2020. – Т.23. №1. С. 3.

[45-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Роль медицинской активности родителей в выявлении детской патологии [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева // Здравоохранение Таджикистана. - 2020. - № 4 (приложение) С. 38-39.

[46-М]. Абдуллаева, Н.Ш. Качество жизни детей раннего возраста и определяющие его факторы [Текст] / Н.Ш. Абдуллаева, Р.П. Пачаева // Здравоохранение Таджикистана. - 2020. - № 4 (приложение) С. 39-40.

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

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

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

Монография

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

Тавсияҳои методӣ

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).

Фехристи ихтисораҳо ва аломатҳои шартӣ

КОА	Комиссияи олии аттестатсионӣ
ТУТ	Ташкилоти умумичаҳонии тандурустӣ
МД	Муассисаи давлатӣ
ФК	Фавти кӯдакон
ТМ	Томактабӣ
ТҲС	Тарзи ҳаёти солим
МИБСК	Муроқибати интегратсионии бемориҳои сини кӯдакӣ
СҲ	Сифати ҳаёт
УКС	Утоқи кӯдаки солим
ВТ ва ҲИА	Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии
ҚТ	Ҷумҳурии Тоҷикистон
ТББ	Таснифи байналмилалӣ бемориҳо
МБ	Меъёрҳои байналмилалӣ
ФН	Фавти навзодон
ИАР	Инкишофи асабӣ-равонӣ
ИАР ва ИҚ	Инкишофи асабӣ-равонӣ ва инкишофи ҷисмонӣ
БУ	Балли умумӣ
ДС	Даври сар
ДҚС	Даври қафаси сина
Рва М	Рафтор ва муошират
КАТС	Кӯмаки аввалияи тиббӣ-санитарӣ
СРИ	Солимии равониву иҷтимоӣ
СБ	Синни барвақт
ММ	Меъёрҳои минтақавӣ
МЧИКП ва	Маркази ҷумҳуриявӣ илмӣ-клиникии педиатрия ва
ҚК	ҷарроҳии кӯдакон
МО	Муҳити оила
ҚТМ	Қобилияти танҳо мондан
ФИ	Фаъолияти иҷтимоӣ
ТУС	Таҳқиқоти ултрасадоӣ
МФДМВТ	Муассисаи федералии давлатии мустақили Вазорати
ФР	тандурустии Федератсияи Россия
ФББ	Фаъолият дар боғчаи бачаҳо
ИҚ	Инкишофи ҷисмонӣ
ФҚ	Фаъолияти ҷисмонӣ
КЗБ	Кӯдакони зуд-зуд беморшаванда
ФМ	Фаъолияти мактабӣ
ФЭ	Фаъолияти эмотсионалӣ
ЭХО-КГ	Эхокардиография
PedsQL	Pediatric Quality of Life
QUALIN	Саволномаи умумӣ барои таҳқиқи сифати ҳаёти кӯдакони 3 моҳа–3-сола.

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

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

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

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

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

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

Внедрения комплексной оценки состояния здоровья, с применением оценки качества жизни для раннего выявления детей с низкими показателями КЖ, позволят обосновано формировать группы медико-социального риска. Результаты научно-исследовательской работы и практические рекомендации включены в программу циклов усовершенствования и повышения квалификации медицинских работников ГУ РНКЦП и ДХ, а также в практическую деятельность врачей общей практики городских центров здоровья № 3, 6, 9.

Область применения: педиатрия, семейная медицина, социальная педиатрия.

АННОТАТСИЯ
Абдуллаева Нодира Шомуратовна
ВАЗЪИ САЛОМАТӢ, СИФАТИ ӲАӲТИ КӲДАКОНИ СИННУ СОЛИ
БАРВАКТ ВА ТОМАКАТАБӢ (дар мисоли ш. Душанбе)

Калимаҳои калидӣ: кӯдакони синну соли барвақтии кӯдакӣ ва томактабӣ, сифати ҳаёт, инкишофи ҷисмонӣ ва асабӣ-равонӣ, ҳолати саломатӣ.

Мақсади таҳқиқот: Омӯзиши хусусиятҳои ташаккули саломатӣ дар иртиботи мутақобила бо сифати ҳаёт, коркард ва такмил додани принципҳои кумаки аввалияи тиббӣ-санитарӣ ба аҳолии кӯдакон.

Усулҳои таҳқиқот. Бо мақсади баҳогузори ба ҳолати саломатии кӯдакон усули “баҳодиҳии комплекси ҳолати саломатии кӯдакон” бо ҳатман истифода кардани усулҳои умумиклиникӣ, ҳамчунин нусхабардории комили маълумотҳои ҳуҷҷатҳои тиббӣ (формаҳои № 112, 26, 30, 63) истифода карда шуд. Баҳодиҳӣ ба инкишофи ҷисмонии кӯдакон тибқи методикаи тағйиротҳои сигмалӣ ва тибқи шкалаи регрессия гузаронида шуданд. Таҳқиқоти сифати ҳаёти кӯдакони синни барвақт ва томактабӣ бо истифода аз ду саволномаҳои байналмилалӣ анҷом дода шуд. Саволномаи QUALIN барои баҳодиҳии СҲ кӯдакони солим ва бемор муайян карда шуд, ки аз 2 блок иборат аст: синну сол аз 3-моҳа то 1-сола, ки ва аз 1 то 3-сола, дар саволнома саволҳо ҳам барои волидайн ва ҳам ҷудогона барои педиатрҳоро, ки муоинаи кӯдаконро ба уҳда доштанд, дохил гаштаанд. Саволномаи PedsQL 4.0 барои таҳқиқоти сифати ҳаёти кӯдакони аз 2 то 4-сола, варианти волидайн истифода шуд ва аз 5 то 7-сола версияҳои волидайн ва кӯдакро дар бар доштанд.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва нағзони онҳо. Дар даҳсолаҳои охир тамоюли бад шудани ҳолати саломатии кӯдакони синну соли барвақт ва томактабӣ муайян карда шудааст, яъне кам шудани ҳиссаи кӯдакони солим ва ҳамзамон зиёд шудани вазни ҳолиси кӯдакони дорои бемориҳои музмин ва маъюбшавӣ муайян карда шудааст. Омилҳои хатаре, ки ба ҳолати саломатӣ ва сифати ҳаёти кӯдакони таҳқиқшаванда таъсир мерасонанд, муқаррар карда шуданд. Дар кӯдакони синну соли барвақт таъсири омилҳои тиббӣ-биологӣ, дар кӯдакони синну соли калонтар бошад, омилҳои иҷтимоӣ психологӣ ва моддӣ-иқтисодӣ бартарӣ доранд. Муайян карда шудааст, ки дар сохтори беморшавии кӯдакони синни барвақт бемориҳои системаи бронху шушҳо бартарӣ доранд, дар кӯдакони синни томактабӣ бемориҳои бартаридошта бемориҳои системаи ҳозима буданд. Нишондиҳандаҳои сифати ҳаёти кӯдакони синну соли барвақт ва томактабӣ муайян карда шуд. Имконияти истифода кардани нишондиҳандаҳои сифати ҳаёт ҳамчун меъёри иловагӣ дар баҳодиҳии комплекси ҳолати саломатии кӯдакон муайян карда шудааст. Истифодаи усули баҳодиҳии СҲ, ҳамчун меъёри самаранокии истифодаи усулҳои табобатӣ-солимгарпдонӣ дар фаъолияти амалии педиатрия асоснок карда шудааст. Тамоюли мушаххаси инкишофи номавзун дар байни кӯдакони шашсола, яъне пайдо шудани қадпасти хоси писарҳо муайян карда шуд.

Тавсияҳои барои истифода. Марҳалаҳои асосӣ ва давраҳои баргузори муоинаҳои профилактики аҳолии кӯдакон таҳия карда шуд, ки равиши захиравӣ барои пешгирӣ намудани бемориҳо дар байни аҳолии кӯдакони Ҷумҳурии Тоҷикистон ба ҳисоб меравад. Бо мақсади баҳо додан ба инкишофи ҷисмонии кӯдакони синну соли барвақт ва томактабии ш. Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон, истифода намудани меъёрҳои минтақавии маълумотҳои антропометрӣ мувофиқи мақсад аст, ки онҳоро метавон баъди ҳар як 5-10 сол таҷдиди назар кард. Татбиқ намудани баҳодиҳии комплекси ҳолати саломатӣ бо истифода аз баҳодиҳӣ ба сифати ҳаёт барои барвақт муайян кардани кӯдакони дорои нишондиҳандаҳои пасти СҲ, ин имконият медиҳад, ки ба таври асоснок гурӯҳҳои хатари тиббӣ-иҷтимоӣ ташкил карда шаванд. Натиҷаҳои кори илмӣ-таҳқиқотӣ ва тавсияҳои амалӣ ба барномаи сиклҳои такмили ихтисоси ва баланд бардоштани таҳассуси кормандони тиббӣ, ворид намудани МД МҶИКП ва ҶК, ҳамчунин дар фаъолияти амалии табибони амалияи умумии марказҳои шаҳрии саломатии № 3, 6, 9. Шомил гаштаанд.

Соҳаи истифода: педиатрия, тибби оилавӣ, педиатрияи иҷтимоӣ.

ANNOTATION

Abdullaeva Nodira Shomuratovna

HEALTH STATUS, QUALITY OF LIFE OF EARLY AND PRESCHOOL CHILDREN (in Dushanbe)

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

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

Research methods: The health status was assessed using the "complex assessment of children's health" method, with mandatory application of general clinical research methods and data extraction from medical documentation (forms № 26, 30, 63, 112). The assessment of children's physical development was conducted using the method of standard deviations and regression scale. The quality of life research of early and preschool children was conducted using two international questionnaires. The QUALIN questionnaire is designed to assess the quality of life of healthy and sick children, consisting of two blocks: ages from 3 months to 1 year and from 1 to 3 years, including questions for both parents and separately for pediatricians who observed the children. The PedsQL 4.0 questionnaire was used to assess the quality of life of children aged 2 to 4 years - parental version and ages 5 to 7 years, containing parental and child versions.

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

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

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

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