

**ГУ «ТАДЖИКСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»**

**УДК 616-0,53.2-056.266 ББК 57.3+51Д-40**

**ШОДИХОН ДЖАМШЕД**

**ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ СЕМЬИ, ИМЕЮЩЕЙ ДЕТЕЙ С  
ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ВСЛЕДСТВИЕ ВРОЖДЕННЫХ  
АНОМАЛИЙ, И ИХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ**

**АВТОРЕФЕРАТ  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук**

**по специальности**

**14.01.08 – Педиатрия**

**Душанбе – 2023**

Работа выполнена в ГУ «Таджикский научно - исследовательский институт профилактической медицины»

**Научный руководитель:** **Набиев Зоир Нарзуллоевич**, доктор медицинских наук, профессор

**Научный консультант:** **Рузиев Муродали Мехмондустович**, доктор медицинских наук, директор ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» МЗСЗН РТ

**Официальные оппоненты:** **Одиназода Азиз Абдусаттор**, доктор медицинских наук, доцент, директор ГУ «Республиканский научный центр крови» МЗ СЗН РТ  
**Исаева Манижа Башировна**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. М.Г. Гулямова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

**Оппонирующая организация:** Самаркандский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Защита диссертации состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 г. в 13:00 часов на заседании диссертационного совета 6D.КOA-008 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино» Адрес: 734003, г. Душанбе, район Сино, улица Сино 29-31, [www.tajmedin.tj](http://www.tajmedin.tj), + (992)918724088

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

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 г.

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

**Джамолова Р.Дж.**

## Введение

**Актуальность темы исследования.** Современные семьи, имеющие детей с ограниченными возможностями, ежедневно сталкиваются со многими проблемами. По данным Республиканского Центра медицинской статистики и информации, в 2017 г. в органах здравоохранения состоял под диспансерным наблюдением 26991 ребенок с ограниченными возможностями. Из них впервые признанных после проведения экспертизы и получивших статус детей с ограниченными возможностями - 3493 ребенка [«Здоровье населения», Республиканский центр медицинской статистики и информации МЗ РТ, 2018г.].

Следует отметить, что на 1 апреля 2021 года в органах социальной защиты населения состоят на учете 30 419 детей-инвалидов, которые составили около 20% от общего числа лиц с инвалидностью в стране. Одной из основных причин инвалидности детей с ограниченными возможностями являются патологии центральной нервной системы - 32,2%, психические расстройства - 11,9%, болезни органов чувств-13,9%, заболевания опорно-двигательного аппарата-14,6%. По данным Всемирной организации здравоохранения 140 миллионов детей во всем мире являются детьми-инвалидами, и у 5% новорожденных имеются врожденные аномалии развития.

В 2017 году – 25491 ребёнок с ограниченными возможностями прошли медицинский осмотр, при этом 3564 ребёнка были госпитализированы и 1013 детей были отправлены на санаторно-курортное лечение.

Исходя из выше изложенного врожденные пороки развития (ВПР) у детей представляют серьезную медицинскую и социальную проблему, так как они занимают одно из первых мест среди причин детской заболеваемости, инвалидности и смертности [Баранов А.А. и соавтор., 2015; Иванишина Н.М. и соавтор., 2015; Рахматова Р.А., 2017; Вохидов А.В. и соавтор., 2018; Muller R.F., Yong I.D., 2014 и др.] Также они представляют собой гетерогенную группу патологических состояний, включающую изолированные, системные и множественные аномалии органов и систем различной этиологии: генетической, средовой и мульти факториальной. Данные исследование последних лет четко показывают, что среди детей получивший статус с ограниченными возможностями в Республики Таджикистан, основными нозологическими формами являются патологии центральной нервной системы (24%), психические расстройства (18,4%), врожденные пороки развития (14,6%). По данным Республиканского центра медицинской статистики и информации МЗСЗН 2019 года число детей с врожденными пороками развития составило 2674 новорожденных (1,6%), и данная проблема является основным фактором наиболее серьезных отклонений в состоянии здоровья детей и является одной из главной причины младенческой смертности. По данным Госкомстата Республики Таджикистан в 2012 г. число детей с врожденными аномалиями (пороками развития), деформациями и хромосомными нарушениями увеличилось с 172,4 в 2006 г., до 264,6 тыс. детей в 2015 г., при этом уровень заболеваемости увеличился с 659,5 до 1211,2 на 100 000 детей. Исследование показывает, что дети с ограниченными возможностями наряду с показателями заболеваемости, физического развития, группой медико-демографических критериев является важным индикатором состояния здоровья детского населения. На современном этапе произошли негативные сдвиги на уровне инвалидности среди населения Республики Таджикистан, в том числе и детской контингент, что свидетельствует об усилении социального компонента потери здоровья.

Таким образом выбранная тема является достаточно актуальной и должен способствовать решению вопросов лечение и реабилитации детей с ограниченными возможностями на основе анализа медико- социальное условия жизни ребенка и активное участие родителей на всех этапах проведения лечение и мониторинга.

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

Уровень детской инвалидности по регионам Республики Таджикистан характеризуется выраженной вариабельностью. При этом в стране недостаточно проводится эпидемиологических исследований по изучению уровня, структуры и динамики детской инвалидности, выявлению причин и условий её формирования, а

также региональным особенностям воздействия факторов риска. Определены лишь фрагментарные данные, по статистической оценке, распространенности и структуре детской инвалидности, причем наиболее полно дана медико-социальная характеристика детей-инвалидов только в крупных городах. Проблемы реабилитации детей-инвалидов в настоящее время полностью не решены. Несмотря на сеть медицинских учреждений, выполняющих реабилитационные функции, они не представляют собой единой организованной системы, отсутствуют унифицированные программы реабилитации, критерии и методология оценки качества и эффективности мероприятий [Олимова К.С., 2015].

В то же время, комплексная оценка инвалидности имеет большое информационное значение для системы здравоохранения, образования и социальной защиты, поскольку позволяет определить основные направления работы в области профилактики детской инвалидности и совершенствования системы реабилитации, являющейся сложной междисциплинарной сферой деятельности, нуждающейся в эффективном управлении. Именно это и вызвало необходимость проведения данного исследования.

В Республике Таджикистан недостаточно изучена проблема инвалидности вследствие врожденных аномалий у детей, не определены закономерности ее формирования, не изучена социально-гигиеническая характеристика инвалидности и ее нозологическая структура, не в полной мере решена проблема медико-социальной реабилитации инвалидов с указанной патологией.

#### **Связь работы с научными программами, темами.**

Нужно отметить, что в Республики Таджикистан проделанно определённая работа по реализации ” Государственной программы реабилитации инвалидов на 2017-2020 годов”, где предпринята попытки упорядочить и оптимизировать вопросы реабилитации и оздоровительные мероприятий среди детей.

В рамках подписания исторического документа Конвенсия о правах инвалидов, со стороны Президента Республики Таджикистана 20 марта 2018 года, и последующей постановлении Правительство о ратификации данной конвенции до 2024 года ,особенную роль придаётся мерами профилактики, экспертизы, ранняя реабилитации и лечение детей с ограниченными возможностями.

Все вышеизложенное определило цель и задачи настоящего исследования.

#### **Общая характеристика работы**

**Цель исследования.** Выявить проблемы современной семьи и особенности медико-социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями по причине врожденных пороков развития в Республике Таджикистан.

##### **Задачи исследования:**

1. Изучить последовательность первичной и повторной инвалидности детей в Республике Таджикистан по причине врожденных отклонений за период с 2015 по 2018 гг.

2. Оценить состояние первичной инвалидности по причине врожденных аномалий развития у детей и выявление закономерностей образования общей инвалидности у детей по причине врожденных отклонений развития по обращаемости.

3. Проведение анализа общей инвалидности по причине врожденных отклонений развития у детей по обращаемости.

4. Дать оценку клиническим проявлениям, социальным и гигиеническим изменениям у детей с ограниченными возможностями по характеру заболевания и по ведению.

5. Разработать и внедрить в практику протоколы терапии и реабилитации у детей с ограниченными возможностями.

**Объект исследования.** Объектом исследования послужили 255 больных детей с ограниченными возможностями вследствие врожденных аномалий. При этом изучена клиническая, социальная и гигиеническая характеристика детей с ограниченными возможностями по причине врожденных отклонений развития.

**Предмет исследования.** Выявлены патологические формы с учетом поведенческих особенностей, изучена клиническая, социальная и гигиеническая характеристика детей с ограниченными возможностями по причине врожденных отклонений развития. Определены особенности медицинской, социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями, изучена необходимость в реабилитации различной формы для данной группы детей.

#### **Научная новизна исследования**

Выявлены закономерности образования общего количества инвалидов по причине врожденных отклонений развития с подробным изучением первичной и повторной инвалидности по обращаемости в период с 2015 по 2018 гг.

Выявлены патологические формы с учетом поведенческих особенностей, изучена клиническая, социальная и гигиеническая характеристика инвалидности по причине врожденных отклонений развития у детей. Определены особенности медицинской, социальной реабилитации инвалидов, изучена необходимость в реабилитации различной формы детей инвалидов.

На основе отчетных данных и научных исследований в Республике Таджикистан проведена анализ о частоте и характере патологических состояний, структуры детей с ограниченными возможностями занимающее лидирующее место

Дана научно-обоснованная оценка о степени распространения, этиологии возникновения и строения ограничения возможностей у детей. Проведена анализ сравнения по особенностям реакции поведения с учетом возрастных особенностей. Доказанные основные факторы риска влияющие на рост инвалидности у детей. Выявлены преобладающие аспекты биологических изменение, медицинские, социальные причины, которые способствует развитию ограничения возможности у детей. Установление основные задачи профилактических меры с целью снижения патологические состояние среды детей, ранние диагностики поражение нервное системы и вопросы их реабилитации.

Определена немаловажная роль профилактике детей с ограниченными возможностями, постановки диагноза по травмированную нервное системы своевременному уходу этих пациентов.

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

На основе выявленных общих сдвигов разработана методика проведения комплексных реабилитационных мероприятий на ранних этапах. заболеваний вследствие врожденных аномалий у детей. Доказано, что мониторинг нарушений в системе гемостаза, гемодинамики большого и малого кругов кровообращения позволяет определить характер выявленных расстройств и на ранних этапах лечения оптимизировать профилактику осложнений у данной категории детей.

Полученные в результате научно-исследовательской работы данные о состоянии инвалидности детей вследствие врожденных аномалий развития, ее распространенности, динамике и структуре являются информационной базой для разработки комплексных целевых программ медико-социальной реабилитации и социальной защиты детей на республиканском и региональном уровнях.

На основании результатов проведенного исследования получены данные о динамике, уровне, причинах и структуре детской инвалидности, состоянии медико-социальной помощи детям-инвалидам с различной патологией; эта информация необходима органам и учреждениям практического здравоохранения и социальной защиты населения для обоснования медико-социальных мероприятий, направленных на своевременное проведение реабилитации.

Выявленные социально-гигиенические и клинические характеристики инвалидности вследствие врожденных аномалий у детей, полученные данные о потребности в различных видах реабилитации и особенности реабилитации (социализации) этих инвалидов являются методической базой для специалистов учреждений МСЭ при формировании комплексных программ реабилитации и индивидуальных программ реабилитации с учетом возрастных и гендерным особенностей.

### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Рост численности детей с ограниченными возможностями в РТ характеризует об низкие уровни охвата профилактических мероприятий для улучшения качества жизни и снижения отрицательного воздействия факторов, влияющих на здоровых детей

2. Результаты исследования показало, что в структуры детей с ограничение возможности, лидирующее место занимает патологии нервной системы, пороки развития и нарушение поведения у детей с психическими расстройствами. Перечисленные является превалирующими факторами в строении основных этиологических аспектов возникновения нарушения здоровые и качество жизни у детей с ограниченными возможности. Эти патологии и являются основные причине нарушение функции органов и системы.

3. Результаты исследование способствовали выявлению основополагающие факторов, способствующих предупреждению заболевание, которое приводит к развитию ограничения возможности у детей

4. Использование в практике разработанных методов ранней диагностики и профилактики у детей с инвалидностью с отклонениями в развитии являются главными при уменьшении частоты данного осложнения.

### **Степень достоверности результатов**

Степень достоверности обусловлена проведением исследования параметров гемодинамики, проведен научный анализ распространенности, причин и структуры заболевания у 255 больных детей с ограниченными возможностями, дана сравнительная оценка особенностей детей с учетом поведенческих и возрастных аспектов. Определены преимущественные биологические, медико-социальные, организационные факторы риска образования инвалидности у детей.

Своевременная реабилитация этой категории больных, с использованием качественных методов проведения лабораторных анализов и статистической обработкой полученных результатов.

**Соответствие диссертации паспорту научной специальности** .Область исследования данной работы соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.08. – педиатрия: подпункт 3.4 – Этиология и патогенез факторы риска патологическое состояние у детей; подпункт 3.7 – Дисфункции органов и системы у детей с патологии нервной системы; подпункт 3.8 – Ранние диагностики и вопросы реабилитации больных с поражением центральной нервной системы; подпункт 3.9 - Сочетанная патология внутренних органов, кровообращения, органов дыхания, органов пищеварения, опорно-двигательной системы и их проявлений.

**Личный вклад соискателя.** Непосредственное проведение всех этапов исследование, автором лично выполнено обследование 255 больных, лично проведен обзор научных исследований и публикации по изучаемой теме НИР, внедрена методика проведения реабилитации и интерпретации результатов на персональном компьютере, осуществлён сбор и анализ научной информации, исходя из целей задач исследования по группам, а также статический анализ, обобщение и интерпретация полученных результатов, на основании которых разработаны новые подходы к проведение комплексного реабилитационное мероприятие.

Автором подготовлены и опубликованы статьи, выступления с докладами на научных конференциях, результаты НИР внедрены и апробированы в профильных отделениях.

Анализ полученных результатов и 100% статической обработки проводились автором самостоятельно. Доля участия автора в накоплении научной информации более 85%, а в обобщения и анализе полученных результатов – 100%.

### **Апробация и применения результатов диссертации**

Основные положения диссертационной работы обсуждены на съездах и конференциях: годичной научно-практической конференции ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино» (2017, 2018), на VI съезде педиатров и детских хирургов Таджикистана (2019, Душанбе); заседаниях ассоциации детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов Таджикистана (2018), на первом съезде урологов РТ (2020, Душанбе); научно-практической конференции ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» с международным участием (2019, 2020); Международная конференция на тему ассистивной технологии залог ранней реабилитации в Республике Таджикистана //ГУ «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» (2019, Душанбе); международный Форум по вопросам инвалидности организованной МЗСЗН (2019, Душанбе); Международной научно-практической конференции на тему состояние геронтологического обслуживания и вопросов инвалидности в Республике Таджикистане: проблемы и пути их решения// ГУ «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов (Душанбе 2021); Международной научно-практической конференции на тему : Современные аспекты медицины в реабилитации.// ГУ Научно – клинический центр педиатрии и детской хирургии МЗСЗН РТ; Таджикский филиал АМНТ РФ.( 2021 –Душанбе).

Диссертационная работа апробирована на межкафедральном экспертном совете по терапевтическим дисциплинам ГУ «Таджикский научно исследовательский институт профилактической медицины» (2021).

**Публикации по теме диссертации.** Опубликовано 1 методическое пособие, 15 научных работ, из них 10 в рецензируемых научных журналах, рекомендуемых ВАК при Президенте РТ и ВАК Российской Федерации.

**Объем и структура диссертации.** Диссертация изложена на 158 страницах компьютерного текста, состоит из введения, общая характеристика работа 5 глав, выводов, рекомендации по практическому использованию результатов и списка литературы, приложений. Работа иллюстрирована 6 таблицами и 41 рисунками. Список литературы содержит 164 источника, в том числе 42 русскоязычных и 122 иностранных авторов.

## СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Материал и методы исследования:** в работе использованы клиничко-лабораторные, биохимические и статистические методы исследования. Методология работы построена на системном и комплексном анализе литературных данных, клинических, лабораторных и инструментальных методах исследований; ретроспективном анализе историй болезней с выявлением частоты, причин развития основной патологии, её осложнений, проблемных аспектов в диагностике, лечении и реабилитации этой категории больных; на разработке дизайна исследования и лечения в проспективной группе; статистической обработке результатов и др.

**Результаты исследования:** Результаты исследования и разработанный алгоритм действий на основных этапах ведения детей с ограниченными возможностями будут способствовать улучшению качества их жизни.

На основе исследования созданы условия для беспрепятственного доступа к приоритетным объектам и услугам в приоритетных сферах жизнедеятельности детей с ограниченными возможностями и других маломобильных групп населения, разработаны схемы предоставления услуг в сфере реабилитации и государственной системы медико-социальной экспертизы с целью интеграции детей с ограниченными возможностями в общество.

### Этапы исследования

На начальном этапе написания диссертации был составлен план последовательности проведения исследований, основу которого составил анализ

доступной нам научной литературы и наблюдений из практики. Сформировав тему, цель, задачи диссертации, начали набор пациентов с тщательным их обследованием. Нами были изучены анамнез, клиника, показатели гемостаза, сопутствующей патологии, результаты проведенного лечения. Значимые статистически достоверные результаты исследования были отражены в печатных работах. С учетом полученных результатов разработана комплексная патогенетический обоснованная тактика в вопросах реабилитации у данной категории больных.

#### **Основная информационная и исследовательская база**

В процессе работы над диссертацией были изучены результаты исследований детей с ограниченными возможностями, дана сравнительная оценка особенностей детей с учетом поведенческих и возрастных аспектов. Определены преимущественные биологические, медико-социальные, организационные факторы риска образования инвалидности у детей, отраженные в работах (диссертациях, монографиях, научных статьях) отечественных и зарубежных авторов, позволившие правильно интерпретировать полученные данные. Исследования проводились на базе Государственного учреждения «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ и СЗН РТ.

#### **Степень достоверности результатов диссертации**

Степень достоверности обусловлена проведением исследования параметров гемодинамики. Проведен научный анализ распространенности, причин и структуры врожденных аномалий развития у 255 больных детей с ограниченными возможностями, дана сравнительная оценка особенностей детей с учетом поведенческих и возрастных аспектов. Определены преимущественные биологические, медико-социальные, организационные факторы риска образования инвалидности у детей.

Определены особенности своевременной реабилитации этой категории больных, с использованием качественных методов проведения лабораторных анализов и статистической обработкой полученных результатов.

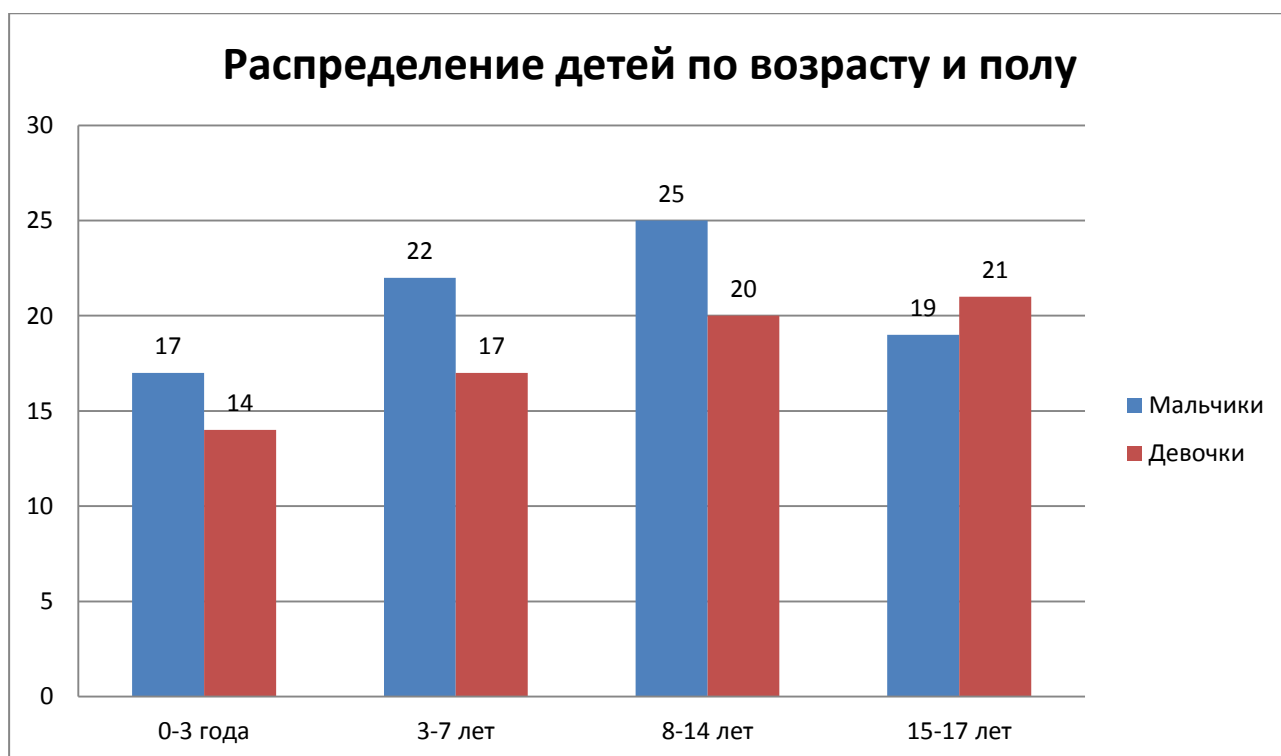
#### **Клинические характеристики и методы исследования**

0 детей. Из них в 1-ю группу вошли 155 детей и 100 детей контрольных – во 2-ю группу, которые получили терапию и курс реабилитации в детском отделении неврологии НМЦ РТ Республиканский детский реабилитационный центр за период 2015-2018 гг. Возраст детей в исследуемых группах колебался от 0 до 17 лет; большинство детей были в возрасте до 14 лет.

Были выделены возрастные группы: от 0 до 3 лет – 31 ребенок, от 3 до 7 лет – 39 детей, от 8 до 14 лет – 45 детей, от 15 до 17 лет – 40 подростков с ВПР ЦНС (основная группа) и 100 детей (контрольная группа).

Среди исследованных групп количество мальчиков составило 83 (53,0%), девочек – 72 (46,5%).





**Диаграмма № 1**

Необходимо отметить, что у 88,8% всех обследованных детей имел место отягощенный анамнез. Определение генеалогического индекса (индекса отягощенности наследственного анамнеза), суммарное количество хронических, наследственных заболеваний у известных кровных родственников: генеалогический индекс = число известных кровных родственников, о состоянии здоровья которых есть сведения:

- до 0,2 – низкая отягощенность,
- до 0,5 – умеренная отягощенность,
- до 0,8 – выраженная отягощенность,
- свыше 0,9 – высокая отягощенность.

Также проведена нами оценка материально-бытовых условий исследуемых больных на предмет выяснения неблагоприятных причин, которые могли спровоцировать болезненное состояние ребенка. Обращают внимание:

- I на материальный доход семьи, II – место работы родителей, их профессию, число членов семьи;
- II на бытовые условия (в какой квартире проживает семья, площадь, освещение; число проживающих детей и взрослых);
- III кто ухаживает за ребенком, состояние здоровья лица, ухаживающего за ребенком.

Соблюдается ли режим дня, гигиенические правила, какова продолжительность прогулок, сна. Для школьников целесообразно выяснить условия обучения (распорядок дня, режим питания, нагрузка в школе, наличие дополнительных нагрузок).

Функциональные отклонения наблюдались почти у половины детей группы (51,2%), причем доля детей с преданемическим состоянием составила около 32%. Доля детей с рецидивирующим бронхитом составила 12%. Кроме того, почти у половины (72%) детей как I, так и II группы наблюдались различные отклонения в нервно-психическом, а у каждого четвертого ребенка (35%) – в физическом развитии. Обращает на себя внимание высокий процент детей I группы с сочетанной патологией

(32%). У дошкольников 3-5 лет отмечено сочетание ЛОР-патологии с рецидивирующим бронхитом. В возрасте 6-8 лет особенно часто встречалась комбинация заболеваний опорно-двигательного аппарата с ЛОР-патологией, рецидивирующим бронхитом и острой пневмонией, т.е. заболеваниями, обусловленными низким уровнем резистентности. Сочетание заболеваний опорно-двигательного аппарата с дискинезией желчевыводящих путей и патологией органов зрения чаще наблюдалось у школьников 9-11 лет.

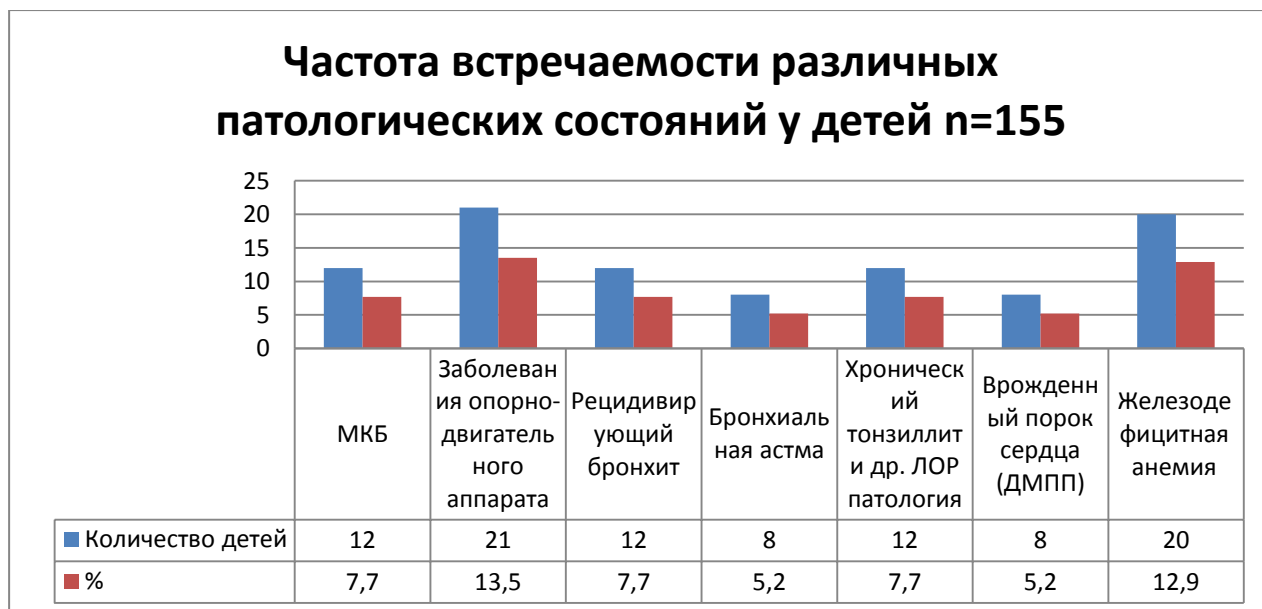


Диаграмма № 2

Было исследовано 2819 первичных медико-санитарных документов: «Медицинская карта» ф. № 024, «Медицинская справка на ребенка-инвалида с детства до 18 лет, отправляемая в районное (городское) отделение Государственного агентства социального страхования и пенсий» ф. № 062, 4-97; анкеты социально-гигиенического исследования детей, акты освидетельствования в бюро медико-социальной экспертизы, статистические талоны к актам освидетельствования, отчетные формы.

Методами, использованными в исследовании, явились клиничко-экспертный, статистический, сбор социологической информации, аналитический. Были проанализированы динамические ряды с вычислением темпов прироста, интенсивные и экстенсивные показатели. Прогноз первичной инвалидности получен методом наименьших квадратов. С помощью t-критерия Стьюдента и критерия Пирсона ( $\chi^2$ ) вычислялась статистическая значимость результатов.

Для определения многообразия факторов и их значения в формировании группы риска рождения детей с ВПР ЦНС, нами в исследования были включены 250 детей. Из них в 1-ю группу вошли 155 детей и 100 детей контрольных – во 2-ю группу.

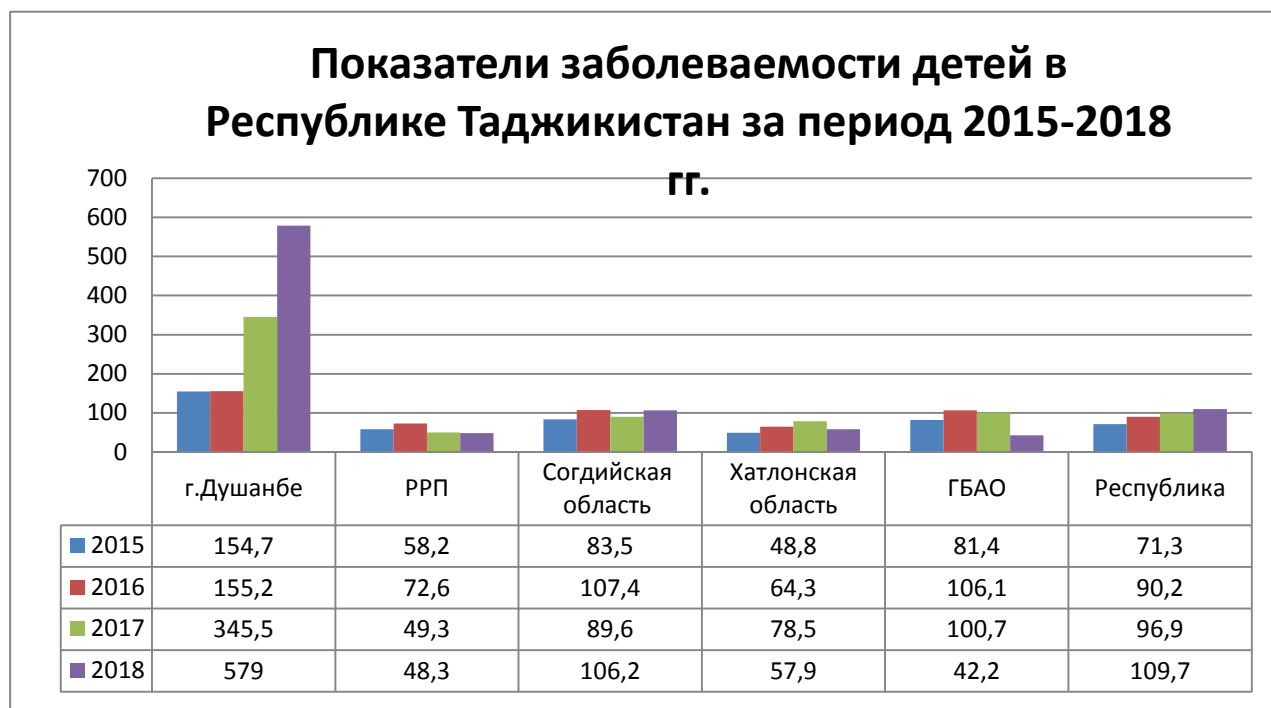
Были выделены возрастные группы: от 0 до 3 лет – 31 ребенок; от 3 до 7 лет – 40 детей; от 8 до 14 лет – 45 детей; от 15 до 17 лет – 40 подростков с ВПР ЦНС (основная группа) и 100 детей (контрольная группа).

Также были проанализированы медико-социальные факторы, как во время беременности женщины, так и до зачатия ребенка.

Проведен анализ двух основных методов исследований: клиничко-неврологического и нейровизуализационного, в который вошли нейросонографии (НСГ), компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ). Диагностика ВПР ЦНС проводилась в соответствии с классификацией Г.И. Лазюка (1991), основанной на структурно-патогенетическом принципе. У каждого ребенка было

изучено всего 100 факторов, которые были сгруппированы в восемь групп. Среди изучаемых групп были социально-экономические факторы, демографические, генеалогические, акушерские, материнские факторы, плодно-материнские, плацентарные, неонатальные и средовые факторы. Необходимую информацию получали путем выкопировывания данных из официальной медицинской документации каждой женщины и рожденного ею ребенка, а также методом интервьюирования матерей. Полученные данные анализировались методом детерминационного анализа (ДА) с включением подсчета частоты признаков в основной (Р 1) и контрольной группах (Р 2) и в соответствии с рекомендациями ВОЗ вычислялись коэффициенты атрибутивного (АР) и относительного (ОР) риска изучаемых признаков.

С целью оценки силы влияния каждого фактора был рассчитан относительный риск. Риск возникновения ВПР ЦНС считали статистически более высоким при наличии изучаемого фактора риска, если все значения доверительного интервала, рассчитанного коэффициентов относительного ОР. В соответствии с целью и задачами исследования была разработана комплексная (статистическая, реабилитационно-методическая и медико-социальная) методика, и состояла из 3 этапов. В свою очередь на каждом этапе исследования применялись индивидуальные задачи, свои организационные особенности, базы исследования. Была разработана специальная шкала определения риска рождения детей с ВПР ЦНС. Наиболее высокой точностью и достоверностью выделялись коэффициенты АР, рассчитанные с учетом абсолютного числа женщин, родивших детей с пороками развития ЦНС. Поэтому в основу разработанной шкалы риска рождения детей с ВПР ЦНС были заложены коэффициенты АР. Выделяют 3 степени риска, в зависимости от величины коэффициентов АР: 1 степень риска – коэффициенты АР в пределах 20 – 28%, 2 степень риска – в пределах 28 – 40%, 3 степень риска – в пределах 50 – 70%.



**Диаграмма № 3**

**Таблица № 1. - Динамические изменения количества детей-инвалидов в Республике Таджикистан**

<b>Годы</b>	<b>Общее количество детей</b>	<b>Общее количество детей-инвалидов</b>	<b>Процент количества детей-инвалидов от общего количества детей</b>
2015	3435456	26216	0,76
2016	3453381	27176	0,78
2017	3470536	28022	0,80
2018	3490864	28419	0,81
2019	3975100	28177	0.71
2020	4030100	29793	0.74

Первый этап исследования - статистический. Единица наблюдения – первичная заболеваемость, общая заболеваемость детского населения. Период наблюдения – 2015-2018 гг.

Были изучены заболеваемость детского населения, динамика первичной инвалидности детского населения в Республике Таджикистан – форма 7-д (собес). Исследование сплошное.

Единицей наблюдения являлись дети, впервые признанные инвалидом, из числа детского населения, которые прошли первичное освидетельствование в 2006-2011 гг. в отделах медико-социальной экспертизы.

Объект исследования – совокупность детей, впервые признанных в течение года детьми-инвалидами. Предмет исследования: акты освидетельствования лиц детского населения в бюро медико-социальной экспертизы; формы статистической отчетности. Основные методы этого этапа: монографический, документальный, выкопировка данных из документов, аналитический, аналитико-графический, экспертных оценок, статистический.

Второй этап исследования - медико-социальный. На данном этапе были изучены медико-социальные характеристики семей, где имеются дети-инвалиды, а также потребности данных детей в реабилитации. Единицей наблюдения являлись ребенок-инвалид, проходивший освидетельствование (переосвидетельствование) в бюро медико-социальной экспертизы, а также его семья. Наблюдение проводилось в период 2015-2018 гг. По формуле Меркова А.М. определен объем выборочной совокупности единиц наблюдения. Анализ расчета определил, что в исследование необходимо включить 155 детей-инвалидов. Разработана специальная карта обследования, которая включала следующие показатели:

Основные методы этого этапа – документальный, анкетирование, интервьюирование, метод экспертных оценок, статистический.

Третий этап – реабилитационно-методический, он был посвящен изучению сложившейся в Республике Таджикистан системы медико-социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями.

Данное исследование включало в себя анализ действующих нормативно-законодательных актов Республики Таджикистан, регламентирующих проведение комплексной реабилитации детей-инвалидов. В совокупности проанализировано более 100 единиц материалов о деятельности реабилитационных учреждений здравоохранения и социальной защиты населения, культуры, образования, которые

осуществляли реабилитацию детей с ограниченными возможностями за период 2015-2018 гг.

Также необходимо отметить, что был разработан комплекс мероприятий по оптимизации системы реабилитации и социальной интеграции детей с ограниченными возможностями в Республике Таджикистан, включающий следующие методы исследования: монографический, аналитический, аналитико-графический, статистический, метод экспертных оценок, анкетирование, интервьюирование.

Материалы исследования обработались на ПК с использованием методов математической статистики. Комплексное статистическое, медико-социальное, социологическое, экспертно-реабилитационное исследование проводилось в несколько этапов.

Первый этап – анализ основных тенденций состояния здоровья детей. Были проанализированы показатели первичной и общей заболеваемости детей и подростков (на 100 тыс. детей соответствующего возраста).

Заболеваемость детей и подростков изучена по классам болезней в соответствии с Международной классификацией болезней 10 пересмотра (МКБ X). Исследование сплошное. Единица наблюдения – больной ребенок от 0 до 17 лет. Период наблюдения – 2015-2018 гг. Объект исследования – усиленные показатели первичной и общей заболеваемости детей и подростков. Источники информации – данные Службы государственного санитарно-эпидемиологического надзора, областных и городских управлений здравоохранения, ежегодные статистические сборники МЗ и СЗН РТ. Методы исследования: статистический, аналитический, аналитико-графический, выкопировка данных, социально-гигиенический.

На втором этапе исследования – социально-гигиеническом – изучались закономерности формирования инвалидности детского населения.

Исследование сплошное. Единица наблюдения – ребенок-инвалид от 0 до 17 лет. Объект исследования – первичная и повторная инвалидность. Объем исследования – 1,1 тыс. детей, впервые признанные инвалидами, и 1,3 тыс. детей, признанных инвалидами повторно. Период наблюдения: 2015-2018 гг. Источники информации – форма.

На текущем этапе исследования изучена первичная и повторная инвалидность детей, проведен анализ ее структуры по половозрастным группам, классам заболевания и их распространенности в регионах республики.

Методы исследования – документарный, выкопировка данных, аналитический, аналитико-графический, статистический, социально-гигиенический.

На втором этапе также изучены социально-психологические характеристики семьи ребенка с ограниченными возможностями. По формуле Меркова А.М. (1974) рассчитывалось необходимое количество наблюдений для выборочного исследования. Основную группу составили 155 семей детей-инвалидов, а контрольную группу составили 139 семей, выбранных методом направленного отбора с уравниванием по основным признакам (пол, возраст). Методы исследования: аналитический, анкетирования, социологический.

На третьем – медико-социальном – этапе было проведено исследование организации педиатрической службы медико-социальной экспертизы в структуре государственных учреждений медико-социальной экспертизы, проведен анализ качества осуществления медико-социальной экспертизы детей, обратившихся в учреждения впервые и повторно. Исследование выборочное. Использован метод направленного отбора. Объем выборочной совокупности составил 1500 актов освидетельствования детей; результаты анкет, заполненных 320 врачами-педиатрами и врачами общей практики.

Методы исследования: монографический, аналитический, аналитико-графический, статистический, социально-гигиенический, выкопировка данных из документов, экспертных оценок.

При статистическом методе обработки данных были проанализированы экстенсивные и интенсивные показатели, которые характеризуют уровень первичной и повторной инвалидности в детской популяции в 2015-2018 гг. Исследование проводилось путем анализа и сравнения динамических рядов с вычислением показателей наглядности, темпа роста и убыли. Оценка достоверности: вычислялись относительные величины и ошибки репрезентативности (t). При помощи T- критерия Стьюдента определялась достоверность различий в зависимости от коэффициента достоверности (I) и числа степеней свободы (V). Значения  $p < 0,05$  рассматривали как значимые. Критерием Пирсона сравнивались расхождения двух и более эмпирических распределений. При вычислении коэффициента парной линейной корреляции дана оценка количественной характеристики связи изучаемых признаков (заболеваемости и инвалидности). Четвертый этап исследования включал в себя оценку сложившейся системы медико-социальной экспертизы и реабилитации и научное обоснование приоритетных направлений по её совершенствованию.

Следует отметить, что данная проблема является актуальной во всем мире, и требует кардинального решения во всех аспектах, начиная от диагностики и реабилитации детей с ограниченными возможностями. Благополучие населения в основном зависит от условий жизни, обычаев семьи и родственников. Доказано, что среда, в которой живут дети, значительным образом влияет на их состояние здоровья и физическое развитие, а также благополучие. Результаты многочисленных исследований указывают на тот фактор, что с плохими жилищными условиями тесно связаны социальные лишения и неблагополучие здоровья, особенно детского населения. Необходимо отметить, что в семьях, которые имеют детей с патологическим состоянием здоровья, за их развитие и благополучие во всем отвечают родители.

В современных условиях если семья имеет малыша с ограниченными возможностями, то, значит, эта семья находится в уязвимой статусной группе. В связи с этим в тех семьях, которые воспитывают ребенка (детей) с ограниченными возможностями, возникают проблемы с взаимоотношениями между собой и другими членами семьи, а также с внешним миром во всех вопросах учебы, работы и комплексного лечения. Таким образом, когда семья имеет больного ребенка, особенно с проявлением ограниченных возможностей, это нарушает её взаимоотношения между собой и соседями, что отрицательно влияет на развитие ребенка-инвалида. Более того, вполне вероятно, что присутствие ребенка с нарушениями развития вкупе с другими факторами может изменить самоопределение семьи, сократить возможности для заработка, отдыха, социальной активности.

Наше исследование показало, что за период 2015-2018 гг. преобладало количество детей с ограниченными возможностями за счет патологии нервной системы.

Результаты исследования показали, что среди детей, имеющих патологии со стороны центральной нервной системы, и, по данным медицинской экспертизы, – установление ограниченных возможностей, в течение всего периода исследования значительно преобладали дети в возрасте до 3 лет. Удельный вес детей раннего возраста в структуре первично установленного ограничения возможностей вследствие заболеваний нервной системы увеличился с  $32,5 \pm 4,1\%$  в 2014 году до  $47,9 \pm 2,5\%$  в 2017 году ( $p < 0,01$ ).

Результаты анализа социального демографического статуса семьи, где проживают дети с ограниченными возможностями, нами учитывалось несколько вариантов данных об условиях жизни семей: социально-демографический состав и тип семей; возраст и образование родителей детей с ограниченными возможностями; возраст и реабилитационный потенциал таких детей.

Данные о составе и условиях жизни, полученные в ходе исследования, показали наличие нескольких типов семей: это полные семьи, когда ребенка воспитывают оба

родителя, неполные, когда ребенка воспитывает один родитель, без родителей, опекуны.

Результаты исследования тактики проведения комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий показали факторы, приводящие к дисфункции органов и систем организма в процессе воспитания детей с ограниченными возможностями. Они могут возникать в семьях, нуждающихся в получении посторонней помощи по уходу, например, в семьях с одним родителем, с детьми раннего возраста, включая ребенка-инвалида, а также другими членами семей, требующими заботы и внимания по причине пожилого возраста и потери трудоспособности.

Данные проведенных социологических исследований показали, что большая часть семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями, имеет удовлетворительные жилищные условия, не зависящие от других родственников (70% семей).

При этом необходимо отметить, что основная тяжесть воспитания детей с ограниченными возможностями ложится на плечи родителей; 45% полных семей и 35% неполных семей с детьми с хроническими патологиями имеют в своем составе двух и более детей, которые также требуют заботы и внимания. Примерно третья часть семей имеет в своем составе других больных – 32%. Среди них больше всего лиц старшего возраста (бабушек и дедушек) – 18%, есть другие дети с различными патологиями – 4%, а также сами родители – 11%. Третья часть детей с ограниченными возможностями воспитываются только одним родителем (32% неполных семей).

Результат исследования указывают на снижение социальной активности семьи, в частности, 31% матерей, у которых были дети в возрасте от 3 до 7 лет с поражением центральной нервной системы, не работали; при этом 40% не были в трудовом отпуске на протяжении нескольких лет, 10% вынуждены были из-за ухода и лечения ребенка оставить учебу, 15% изменили характер работы с переходом на другую работу.

Следует отметить, что процент неработающих матерей, которые имеют детей с ограниченными возможностями, составляет 36%, работающих неполный рабочий день – 21, %, осуществление профессиональных планов нарушается у 75,1% матерей и 21,3% отцов.

Исследование показало, что более чем в 25% случаев родители больных детей оставляют работу по избранной специальности, чтобы вести наблюдение и соответствующий уход за больным малышом, или переходят на другую работу, это чаще всего работа на дому. Вопросы ухода и воспитания детей с патологическим состоянием в семьях, особенно имеющих детей с ограниченными возможностями, относятся к категории высокого социального риска.

Данные проблемы в первую очередь обусловлены большим количеством негативно воздействующих на ребенка социально-гигиенических, медико-демографических и психологических факторов. Так, по данным исследования, при появлении малыша с ограниченными возможностями резко ухудшается психологический климат в семье, в 27 % случаев семья распадается, в 34 % – отцы не оказывают соответствующую помощь в воспитании и уходе за ребенком. Вся тяжесть воспитания и лечения ребенка с ограниченными возможностями ложится на матерей. Проблемы детей с ограниченными возможностями – это не только проблемы в семье, а более того, должны разрабатываться системные подходы, которые способствуют всестороннему решению данных проблем, начиная с диагностики, лечения и социальной реабилитации.

Результаты исследования показали, что в основной группе семей, в которых есть дети с ограниченными возможностями, со стороны отцов употребление спиртных

напитков в два раза выше, чем в семьях из группы сравнения (42,3% и 21,4%). Такое расхождение наблюдалось и в отношении матерей, большая разница установлена в случаях приема спиртных напитков отцами эпизодически – каждую неделю (в 4,5 раза – 2,2 % и 4,50%).

Большая разница в употреблении спиртных напитков на примере приёма каждый день отцами 1-й группы выражалась величиной 41,4% и 18,4% – во 2-й группе.

Следовательно, изучение всех сфер жизни каждой группы, входящей в исследование, имело свои отличия; это особенно было заметно в основных группах, которые воспитывали детей с ограниченными возможностями.

Также необходимо отметить, что более старший возраст обоих родителей на время рождения ребенка наблюдался в семьях, имеющих детей с ограниченными возможностями. На этом фоне чаще диагностировались осложнения течения беременности в анамнезе у матерей из основной группы, по сравнению с группой сравнения. В анамнезе отмечалось наличие неоднократных спонтанных аборт и прерывания беременности по медицинским показаниям, а также с осложненным течением беременности (плацентарной недостаточностью, угрозой прерывания, токсикозом второй половины беременности, инфекцией), более травматичными родами. Исследование показало, что вредные привычки в семьях, где есть дети с ограниченными возможностями, имеют место и среди матерей, и среди отцов: по их собственному признанию, они употребляют спиртные напитки чаще, чем родители детей без патологии. Надо отметить, что это более выражено и четко просматривается в отношении частоты употребления спиртных напитков женщинами; особенно частое их употребление наблюдается до и в течение беременности. Отцы в семьях, где есть ребенок-инвалид, увеличили употребление алкоголя после рождения ребенка.

При изучении социальных данных семей (группа сравнения) и семей с детьми с ограниченными возможностями (основная группа), нами использовались данные анкетирования по составу семей, количеству детей, сведения об образовании, профессии, наличии и месту работы родителей, среднедушевому доходу членов семьи.

Проведение анализа и результаты опроса о составе семей позволили выявить достоверную разницу сравниваемых групп в отношении наличия в семье отца. В большинстве семей, в которых имеются дети с ограниченными возможностями, наблюдается их отсутствие, и воспитанием детей занимаются матери или бабушки. Следовательно, вариации частоты встречаемости отсутствия отца (графы 1+2+3) в 1-й группе всегда значительно выше, чем во 2-й группе (31,2 против 21,2%), и, наоборот, в 1-й группе (с детьми-инвалидами) достоверно меньше полных семей (графы 4+5+6+7) – соответственно 65,27% против 80,4%.

Следует отметить, что нами также брался во внимание уровень образования родителей как фактор, влияющий на уход за детьми и возникновение у детей различных патологий.

Результаты анализа показали, что в основной группе степень образования была ниже, как у матерей (по отношению к группе сравнения – в 3-4 раза), так и у отцов (разница по отношению к группе сравнения составляет 31,0%).

Данными оценки сфер трудовой деятельности выявлено, что в семьях, имеющих детей с ограниченными возможностями, значительно больше безработных родителей – особенно среди матерей (41,4% по сравнению со второй группой – 22,5%). Среди отцов в основной группе безработных в 3 раза меньше, чем матерей, но их число также почти в 2 раза превышает число безработных отцов в группе сравнения.

Необходимо отметить, что больше времени отнимают уход и наблюдение за детьми с ограниченными возможностями, и поэтому большинство матерей брали работу на дому. Результатами исследования установило, что в семьях 1-й группы (основной, которые воспитывали детей с ограниченными возможностями) значительно



больше матерей имеют надомный режим работы (6,5%), нежели в семьях детей контрольной группы (практически здоровых) (1,4%).

Нами также обращено внимание на паритет родов в обеих группах, входящих в исследование. Результаты исследования показали, что в основной группе семей, которые имели детей с ограниченными возможностями, до 45% имели три и более ребенка. Данный фактор является основной причиной нехватки у родителей времени на воспитание детей: дети семей из основной группы не получали от родителей наблюдения и уход в той же степени, что и дети семей в группе сравнения, родители которых смогли получить достойное образование. Поэтому они чаще бывают безработными, особенно матери, которые вынуждены заниматься надомным трудом. В семьях, которые имели детей с ограниченными возможностями, наблюдалось, что за только воспитание и уход отвечают только матери, то есть без отца было более 1/3 всех исследуемых семей в основной группе.

Для оценки и получения результатов нами также брались во внимание другие факторы, влияющие на развитие детей обеих исследованных групп. Результаты оценки качества жизни семей учитывали место их проживания (город – село) и качество жилья, самооценку материальной обеспеченности семьи, особенности питания, а также взаимоотношения членов семьи и проявления внутрисемейного насилия.

Данные исследования показали, что больше семей, имеющих детей с ограниченными возможностями, чем семей с практически здоровыми детьми, проживает в областных центрах. Установлено, что отдельную квартиру значительно чаще ( $p < 0,001$ ) имели семьи контрольной группы (94,0 %), чем других групп (72,5% в основной и 66,3% - в группе сравнения). В общежитии проживали 3,1% семей, имеющих больного ребенка, и 2,7% семей со здоровыми детьми, а в коммунальной квартире – соответственно 3,0% и 2,7% семей.

Дети с патологией сердечно-сосудистой системы чаще имели отдельную комнату (66,8%), чем дети-инвалиды (55,8%,  $p < 0,05$ ) и их здоровые сверстники (50,3%,  $p < 0,01$ ).

Профессионально-образовательный уровень родителей оказывает влияние на микроклимат семьи и воспитание детей. Установлено, что большинство родителей имели среднее специальное и высшее образование. У отцовой контрольной группы достоверно чаще (39,7%,  $p < 0,02$ ) встречалось высшее образование, чем в других группах (в группе сравнения - 29,4% и 25,5% - в основной).

В половине процентов случаев отцы детей-инвалидов имели среднее специальное образование и 24,5% – общее среднее. У 44,0% отцов детей второй группы было среднее специальное образование, 24,5% – общее среднее и у 2,2% – неполное среднее, а в группе контроля – соответственно у 36,8%, 20,6% и 2,9% респондентов.

Большинство матерей, как и отцов, также имели высшее и среднее специальное образование. Высшее образование матери достоверно ( $p < 0,02$ ) чаще отмечалось в группе сравнения (40,0 %, 34,4% – в контрольной и 26,7% – в основной), а среднее специальное – у матерей детей-инвалидов (соответственно 52,6%, 43,7% и 36,0%,  $p < 0,01$ ). Достоверных различий в общем среднем и неполном среднем образовании матерей изучаемых групп не установлено.

Кроме того, обращают на себя внимание внутригрупповые различия и в зависимости от нозологической принадлежности. Если среди детей контрольной группы высшее образование чаще регистрировалось у отцов, то среди детей с заболеваниями органов кровообращения - у матерей.

Исследование показало, что большинство матерей, воспитывающих детей с заболеваниями органов кровообращения, имеют среднее специальное (42,1%) и высшее (35,1%) образование, но 23,5% из них работают не по своей специальности, изменив, таким образом, свои намеченные ранее профессиональные планы. Среди отцов наиболее распространено среднее специальное образование (46,0%), но 25,2% из них работают не по своей специальности (относятся к категории рабочих). Показатель

неработающих матерей – 41,5% в основной группе ( $p < 0,01$ ), 38,0% – в группе сравнения. Причем половина из них относятся к домохозяйкам, часть из них не работают, так как ухаживают за ребенком с хроническими патологиями.

Данные безработицы отцов несколько выше в группе сравнения, чем в основной группе семей, имеющих детей с патологией органов кровообращения (21,3% и 15,2%).

У детей с врожденными пороками сердца в 62,8% случаев отцы имели высшее и среднее специальное образование, но только 48,9% ( $p < 0,001$ ) из них работали по своей специальности, 17,1 % – не по специальности (рабочие профессии), а 13,6% – вообще нигде не работали. Еще более неблагоприятная картина отмечается среди матерей, воспитывающих ребенка-инвалида с врожденным пороком сердца. 66,4% из них имели среднее специальное и высшее образование, а профессиональная занятость выявлена только у половины (32,2%). Более высокий процент (22,0%) занятости по специальности отмечается среди матерей, имеющих детей с нарушениями ритма сердца, чем среди матерей, имеющих ребенка-инвалида с данной патологией (5,2%,  $p < 0,001$ ).

При анализе социально-экономических факторов установлено, что большинство семей, воспитывающих детей с пороками системы кровообращения, находятся в трудном материальном положении.

Так, у 72,5% семей основной группы и 40,5 % группы сравнения уровень материального благосостояния был достоверно ( $p < 0,001$ ) ниже, чем в контрольной группе (33,7%). Необходимо отметить, что семьи с детьми-инвалидами находились в наиболее трудных материальных условиях (у 72,5% семей уровень благосостояния был низким, 26,7% – средним, и только у 0,8% – высоким).

Установлено, что дети с ограниченными возможностями с патологией сердечно-сосудистой системы чаще испытывают трудности в общении с окружающими, чем их сверстники. Так, только 70,0% детей основной группы не отмечали трудностей в общении с родителями и их сверстниками, в то время как в группе сравнения подобные трудности отмечали 88,7% обследованных ( $p < 0,001$ ).

Дисгармоничные отношения чаще встречались в семьях с детьми-инвалидами, чем их здоровыми сверстниками (13,6%, 5,9% соответственно,  $p < 0,05$ ).

Наиболее неблагоприятный психологический климат отмечался в семьях, воспитывающих ребенка-инвалида с врожденным пороком сердца (что связано с уходом из семьи отца, частыми конфликтами между членами семьи, трудным материальным положением, отсутствием работы у матери), чем в семьях второй группы (11,0% и 3,5%).

Для оценки состояния здоровья матерей, и течения их беременности нами были изучены антенатальные и интранатальные факторы риска основной и контрольной групп.

Результаты исследования показали, что у матерей основной группы детей диагностированы сопутствующие патологии ( $89,6 \pm 0,9\%$ ), и осложнения течения беременности ( $86,1 \pm 0,4\%$ ) в 2 раза чаще диагностировались у матерей детей с ограниченными возможностями. Одно из лидирующих мест занимают заболевания мочевыделительной системы во время беременности у матерей детей с ограниченными возможностями в 2% случаев ( $29,4 \pm 2,0\%$ ), затем идут острые респираторно-вирусные инфекции ( $27,3 \pm 2,1\%$ ), и больше всего наблюдалось случаев анемии ( $40,5 \pm 2,2\%$ ).

Такие же изменение наблюдались и в течении беременности; гестозы диагностировались в 1,5 раза чаще ( $37,8 \pm 2,3\%$ ), а угроза прерывания беременности – в 2 раза чаще ( $43,2 \pm 2,2\%$ ) у матерей детей с ограниченными возможностями. Из осложнений течения родов чаще выявлялись слабость родовой деятельности ( $28,4 \pm 2,1\%$ ) и преждевременные роды –  $34,4 \pm 2,3\%$ .

Следует, отметить, что результаты проведенных исследований дали возможность изучить факторы риска, их различную прогностическую значимость, предложить степени и выделить группы риска, разработать шкалу прогнозирования и обосновать

технологии практического ее использования. На этом фоне тщательное проведение сбора анамнеза родителей в значительной мере будет информировать врача о характере возможных отклонений здоровья детей, и предопределять тактику лечебных и реабилитационных мероприятий.

С целью систематизации оказания высокоспециализированной, социально адаптированной и максимально приближенной к ребенку-инвалиду необходимой помощи, как медицинского, так и социального характера, нами разработан «Алгоритм функционирующей системы социальной защиты ребенка-инвалида». За основу алгоритма принят жизненный цикл ребенка; данный подход позволит независимо от возраста ребенка вести контроль за уровнем оказания необходимой помощи, невзирая на то, будет ли это связано с сектором здравоохранения, образования или социальной защиты.

Следовательно, результаты исследования и разработанный алгоритм основных этапов ведения детей с ограниченными возможностями с целью улучшения качества их жизни, позволят:

- создать условия для беспрепятственного доступа к приоритетным объектам и услугам в приоритетных сферах жизнедеятельности детей с ограниченными возможностями и других маломобильных групп населения;
- улучшить схемы предоставления услуг в сфере реабилитации и государственной системы медико-социальной экспертизы с целью интеграции детей с ограниченными возможностями с обществом.

Разработанный алгоритм позволит специалисту найти ответы на следующие вопросы:

- оценить состояние и предложить комплексные мероприятия по улучшению условий жизни и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности детей с ограниченными возможностями и других маломобильных групп населения;
- улучшить уровень доступности объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности детей с ограниченными возможностями и других маломобильных групп населения;
- устранить «отношенческие» барьеры;
- модернизировать государственную систему медико-социальной экспертизы;
- обеспечить равный доступ детям с ограниченными возможностями к реабилитационным услугам.

## **ВЫВОДЫ**

1. Дисфункции органов и систем у детей с ограниченными возможностями по сравнению с аналогичными категориями взрослых больных протекают более тяжело с учетом их анатомо-физиологических особенностей [1-А, 2-А, 4-А].

2. В зависимости от причины и тяжести течения патологических состояний у детей с ограниченными возможностями наблюдается ограничение всех жизненных элементов (двигательных, нервно-психических, обучения, речевых и поведения) [2-А, 4-А, 5-А].

3. Основные моменты, влияющие на процесс инвалидизации детей, – это антенатальные и интранатальные факторы, экстрагенитальная патология женщин, осложненное течение беременности и родов [3-А, 5-А].

4. В структуре детей с ограниченными возможностями на основе статистических данных МЗ и СЗН РТ в 2015-2018 гг. преобладающее место отводится заболеваниям центральной нервной системы – 31,2% и 27,8%; врожденным порокам развития – 21,6% и 22,7%, т.е., с незначительное отклонение поведенческим нарушениям – 9,7% и 10,6%; вследствие травмы – 5,4% и 5,9% [1-А, 2-А, 3-А, 5-А].

5. Возрастное распределение значительной части детей с ограниченными возможностями – это дети от 0 до 3 лет - 20,2%, при этом преобладает число мальчиков, доля которых составляет 18,5%, у девочек – несколько меньше – 14,6% [5-А, 6-А, 7-А].

6. Проведение ранней медицинской реабилитации у детей с ограниченными возможностями в зависимости от факторов, влияющих на тяжесть течения патологических состояний данной категории детей [2-А, 3-А, 6-А].

7. Следует отметить, что все дети с ограниченными возможностями нуждаются в комплексных реабилитационных мероприятиях, в том числе на уровне общих клиник – до 41,5%, специализированного профиля – 59,5% инвалидов. При этом в корригирующей терапии нуждаются 15,5% детей данного контингента, в органо-восстанавливающей терапии нуждаются более 55,8% [1-А, 4-А].

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

1. Представленный анализ исследования первичной и повторно обращаемости детей с ограниченными возможностями вследствие врожденных аномалий в Республике Таджикистан за пять лет диктует необходимость его применения в качестве основы для разработки плана комплексных реабилитационных мероприятий на национальном уровне.

2. Результаты исследования показали, что среди детей с ограниченными возможностями более выраженное клиническое проявление наблюдалось в виде нервно-психических расстройств, дисфункции речи, дефектов опорно-двигательного аппарата; тем самым первоочередная задача реабилитации должна направляться на восстановление утраченных функций организма, своевременную организацию самообслуживания, процесс инклюзивного обучения и общения в семье и интеграции в общество.

3. Анализ проведенного исследования о структуре детей с ограниченными возможностями в период 2014-2018 гг. в РТ позволяет принять меры в ежедневной практике с целью профилактики и снижения заболеваемости на национальном уровне.

4. Результаты проведенного исследования у детей с ограниченными возможностями с учётом возраста характера патологических проявлений показал обстоятельство дел, которое диктует проведению безотлагательных экстренных мер с целью защиты здоровья детской категории пациентов.

5. Определена допустимая необходимость в проведении всевозможных методов медицинского и социального восстановления у больных детского возраста с инвалидностью по причине врождённых аномалий развития, выявлены главные аспекты выздоровления данной категории пациентов.

## **СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ СТАТЕЙ СОИСКАТЕЛЯ**

### **Статьи в рецензируемых журналах**

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

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

[3-А] Шодихон, Дж. [и др.]. Некоторые аспекты лечения и реабилитационные мероприятия детей раннего возраста с перинатальными поражениями центральной нервной системы [Текст] / Джамшед Шодихон [и др.] // Наука и инновация. – 2021. – № 1. – С. 161-166.

[4-А] Шодихон, Дж. Проблемы семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями вследствие врожденных аномалий, и их медико-социальная реабилитация [Текст] / Джамшед Шодихон, З.Х. Абдурахмонова // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2021. – № 1. – С. 99-106.

[5-А] Шодихон, Дж. Современные аспекты реабилитации детей с последствиями перинатального поражения ЦНС [Текст] / Джамшед Шодихон // Наука и инновация. – 2021. – № 3. – С. 73-77.

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

[7-А] Шодихон, Дж. Бактериальная вирусная инфекция мочевой системы при пиелонефрите у детей [Текст] / Джамшед Шодихон // Доклады Национальной академии наук Таджикистана. – 2021. – № 2. – С. 111-115.

[8-А] Шодихон, Дж. Реабилитации детей с нарушениями движения в условиях реабилитационного центра [Текст] // Доклады Национальной академии наук Таджикистана. – 2021. – № 2. – С. 117-121.

[9-А] Гоибов, А.Г., Шодихон, Дж. и др. Некоторые аспекты нормативно-правового регулирования в сфере социальной защиты инвалидов в Таджикистане в свете основных положений Конвенции о правах инвалидов [Текст] / А.Г. Гоибов, Шодихон Джамшед и др. // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2022. – № 10 от 10.03.2022.

[10-А] Шодихон, Дж., М. Рузиев и З.Н. Набиев. Проблемы современной семьи, имеющей детей с ограниченными возможностями вследствие врожденных аномалий, и их медико-социальная реабилитация. [Текст]//Доклады Национальной академии наук Таджикистана. – 2022. – № 1.

### **Статьи и тезисы в сборниках конференций**

[11-А] Шодихон, Ч. Чанбаҳои тиббию иҷтимоӣ ва иқтисодии раванди маъюбият дар Ҷумҳурии Тоҷикистон. Дастовардҳо, мушкилот ва ояндабинӣ [Матн] / Ҷамшед Шодихон // Маҷмӯи маводҳои форуми байналмиллалӣ оид ба масъалаҳои маъюбӣ. – Душанбе, 2019. - Саҳ.15-22.

[12-А] Шодихон, Дж. Интеграция услуг здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан: предварительные результаты [Текст] / Джамшед Шодихон, Н.Х. Олимзода // Сборник трудов Международного форума по вопросам инвалидов, Душанбе, 2019 г. – Душанбе, 2019. – С. 127-130.

[13-А] Шодихон, Дж. Семейные взаимоотношения и состояние здоровья лиц пожилого возраста Таджикистана после выхода на пенсию, проблемы и пути решения [Текст] / Джамшед Шодихон, С.С. Камалова, материалы Международной научно-практической конференции «Состояние геронтологического обслуживания и вопросов инвалидности в Республике Таджикистан: проблемы и пути их решения» // Здравоохранение Таджикистана. – 2021. – № 4. – С. 88-92.

[14 - А] Шодихон, Дж. Современные аспекты реабилитации детей с последствиями перинатальные поражения ЦНС [Текст] / Джамшед Шодихон, З.Н. Набиев; материалы Международной научно-практической конференции на тему: «Современные аспекты медицины в реабилитации» // Здравоохранение Таджикистана. – 2021. – № 3. - С. 72-73.

[15-А] Шодихон, Дж. Некоторые аспекты реабилитация после коронавирусной инфекции [Текст] / Джамшед Шодихон, З.Н. Набиев; материалы Международной научно-практической конференции на тему: «Современные аспекты медицины в реабилитации» // Здравоохранение Таджикистана. – 2021. – № 3. – С. 71-73.

### Учебно-методическое пособие

Гаибов, А.Г., Шодихон Дж. и др. Диспансеризация как эффективная система сохранения и улучшения здоровья населения [Текст]: учебно-методическое пособие / А.Г. Гаибов, Джамшед Шодихон, М.Э. Олимов, П.Б. Джалилов. – Душанбе, 2019. – 38 стр.

### Список сокращений

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВУИ – внутриутробная инфекция

ВПР – врожденные пороки развития

ДА – детерминационный анализ

ДИ – детская инвалидность

ДН – детское население

ДЗ – детская заболеваемость

МС – младенческая смертность

МЗСЗН РТ – Министерство здравоохранения и социальной защиты  
Республики Таджикистан

ОВ – ограниченные возможности

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

ПП – подростковый период

РЦМС и И – Республиканский Центр медицинской статистики и  
информации

РФ – Российская Федерация

РТ – Республика Таджикистан

РМ – реабилитационные мероприятия

ЦНС – центральная нервная система

ОР-относительный риск,

АР- атрибутивный риск

ГСЭМиС - Государственной служба экспертизы медицинский и социальный

ГССЗН РТ – Государственной служба социальной защиты населения Республики  
Таджикистан

ГУ УЭКСиИ – Государственное учреждение "Учебно-экспериментальный комплекс  
социальной работы и инноваций»

ГУ НИИ– Государственное учреждение «Научно - исследовательский институт  
экспертизы и реабилитации инвалидов».

ГУТНИИПМ - «Государственное учреждение «Таджикский научно-исследовательский  
институт профилактической медицины».

**МД «ПАЖУҲИШГОҲИ ТИББӢ -ПРОФИЛАКТИКИИ ТОЧИКИСТОН»**

**УДК 616-0,53.2-056.266 ББК 57.3+51Д-40**

**ШОДИХОН ЧАМШЕД**

**ПРОБЛЕМАҲОИ ОИЛАИ МУОСИР БО КӢДАКONI ДОРОИ ИМКONИЯТҲОИ  
МАҲДУДИ ВОБАСТА БА НУҚСОНҲОИ МОДАРЗОДӢ ВА ТАВОНБАХШИИ  
ТИББИЮ ИҚТИМОИИ ОН**

**АВТОРЕФЕРАТИ**

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

**Душанбе – 2023**

Таҳқиқоти илмӣ дар Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи тиббӣ-профилактикии Тоҷикистон» гузаронида шудааст.

**Роҳбари илмӣ:** **Набиев Зоҳир Нарзуллоевич**, доктори илмҳои тиб, профессор,

**Мушовири илмӣ:** **Рузиев Муродалӣ Меҳмондустович**, доктори илмҳои тиб, директори Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи тиббӣ-профилактикии Тоҷикистон» ВТ ҲИАҚТ

**Муқарризи расмӣ:** **Одиназода Азиз Абдусаттор**, доктори илмҳои тиб, дотсент, директори МД «Маркази ҷумҳуриявии илмии хун» ВТҲИА ҚТ  
**Исоева Манижа Башировна**, номзади илмҳои тиб, дотсенти кафедраи асабшиносӣ, психиатрия ва психологияи тиббӣ ба номи профессор М.Ғ. Фуломов, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

**Муассисаи пешбар:** Донишгоҳи давлатии тиббии Самарқанд Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Узбекистон

Ҳимояи диссертатсия «\_\_\_» \_\_\_\_\_ соли 2023, соати 13:00 дар ҷаласаи шӯрои диссертатсионии 6D.KOA-008 дар назди Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» баргузор мешавад. Суроға: 734003, ш. Душанбе, ноҳияи Сино, кӯчаи Сино 29-31. [www.tajmedin.tj](http://www.tajmedin.tj), + (992)918724088.

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

Автореферат «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 ирсол шудааст

**Котиби илмии**  
**Шӯрои диссертатсионӣ,**  
**номзади илмҳои тиб, дотсент**

**Ҷамолова Р.Ҷ.**



## МУҚАДДИМА

**Мубрами мавзуи таҳқиқот.** Оилаҳои муосири дорои кӯдакони маъюб ҳамарӯза ба мушкилоти зиёд рӯ ба рӯ мешаванд. Тибқи иттилои Маркази ҷумҳуриявии омор ва иттилооти тиббӣ, соли 2017 дар мақомоти тандурустӣ 26 ҳазору 991 кӯдаки маъюб таҳти назорати диспансерӣ қарор доштанд. Аз ин шумора бори аввал пас аз муоина эътироф гардида, мақоми кӯдакони маъюбро гирифтанд – 3493 нафар кӯдакон [“Саломатии аҳоли”, Маркази ҷумҳуриявии омор ва иттилооти тиббии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, 2018].

Қобили зикр аст, ки то 1 апрели соли 2021 дар ХДЭТИ ВТҲИА ҚТ 30 ҳазору 419 кӯдаки маъюб ба қайд гирифта шудаанд, ки тақрибан 20 фоизи шумораи умумии маъюбони кишварро ташкил медиҳад. Яке аз сабабҳои асосии маъюбшавии кӯдакони маъюб патологияи системаи марказии асаб – 32,2 фоиз, ихтилоли равонӣ – 11,9 фоиз, бемориҳои узвҳои ҳиссиёт – 13,9 фоиз, бемориҳои узвҳои мушакҳо – 14,6 фоиз мебошанд. Тибқи маълумоти Ташкилоти Умумичаҳонии Тандурустӣ, дар саросари ҷаҳон 140 миллион кӯдакони дорои маълумоти буда, 5 дарсади кӯдакони навзод нуксонҳои модарзодӣ доранд.

Дар соли 2017 25491 нафар кӯдакони маъюб аз муоинаи тиббӣ гузашта, 3564 нафар кӯдакон дар беморхона бистарӣ гардида, 1013 нафар кӯдакон барои табобати санаториявӣ фиристода шуданд.

Дар асоси гуфтаҳои боло нуксонҳои модарзодӣ (КМ) дар байни кӯдакон яке аз мушкилотҳои ҷиддии тиббӣ иҷтимоиро ба ҳисоб меравад, зеро дар байни сабабҳои беморӣ, маъюбӣ ва ғайри маъюбӣ яке аз ҷойҳои аввалро ишғол мекунанд [Баранов А.А. ва дигарон, 2015; Иванишина Н.М. ва дигарон, 2015; Раҳматова Р.А., 2017; Воҳидов А.В. ва дигарон, 2018; Muller R.F., Yong ID., 2014 ва ғайра] Онҳо инчунин як гурӯҳи гетерогении шароитҳои патологиро, аз ҷумла аномалияҳои ҷудошуда, системавӣ ва сершумори узвҳо ва системаҳои этиологияҳои гуногунро намоёндагӣ мекунанд: генетикӣ, экологӣ ва бисёрфакторӣ. Ин тадқиқотҳои солҳои охир равшан нишон медиҳанд, ки дар байни кӯдаконе, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон мақоми маъюбӣ гирифтаанд, шаклҳои асосии нозологӣ пеш аз ҳама патологияи системаи марказии асаб (24%), ихтилоли равонӣ (18,4%), нуксонҳои модарзодӣ (14,6%) мебошанд. Тибқи маълумоти Маркази ҷумҳуриявии омори тиббӣ ва иттилооти ВТҲИА ҚТ дар соли 2019 шумораи кӯдакони гирифтори нуксонҳои модарзодӣ 2674 нафар (1,6%) тифли навзодро ташкил дода, ин мушкил омили асосии инҳирофоти ҷиддии вазъи саломатии кӯдакон ва яке аз сабабҳои асосии ғайри маъюбӣ мебошад. Тибқи маълумоти Кумитаи давлатии омори назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон дар соли 2012 шумораи кӯдакони гирифтори нуксонҳои модарзодӣ (норасоӣ), деформатсия ва ихтилоли хромосомӣ аз 172,4 дар соли 2006 ба ҳар 100 ҳазор кӯдак ба то ба 264,6 ҳазор кӯдак дар соли 2015 афзуда, мизони гирифтورشавӣ аз 659,115 ба 1211 нафар расидааст. Тадқиқот нишон медиҳад, ки кӯдакони маъюб дар баробари нишондиҳандаҳои беморӣ, инкишофи ҷисмонӣ, як гурӯҳи меъёрҳои тиббӣ демографӣ нишондиҳандаи муҳими вазъи саломатии аҳолии кӯдакон мебошад. Дар марҳилаи имрӯза тағйироти манфӣ дар сатҳи маъюбӣ дар байни аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, аз ҷумла контингенти кӯдакон ба вучуд омад, ки ин аз афзоиши ҷузъи иҷтимоии талафоти саломатӣ гувоҳӣ медиҳад.

Ҳамин тариқ, мавзӯи интиҳобшуда хеле муҳим буда, бояд дар ҳалли масъалаҳои табобат ва тавонбахшии кӯдакони дорои маълумоти буда дар асоси таҳлили шароити тиббӣ иҷтимоии ҳаёти кӯдак ва иштироки фаъолонаи волидон дар тамоми марҳилаҳои табобат ва мониторинг мусоидат намояд.

### **Дарачаи инкишофи илмӣ ба проблемам таҳқиқшаванда**

Дарачаи маъюбии кӯдакон дар минтақаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон бо тағйирпазирии баръало хос аст. Дар баробари ин, дар ҷумҳурӣ оид ба омӯзиши сатҳ, сохтор ва динамикаи маъюбии кӯдак, муайян намудани сабабҳо ва шароити ташаккули он, инчунин хусусиятҳои

минтақавии таъсири омилҳои хавф таҳқиқоти эпидемиологӣ ба таври кофӣ гузаронида намешавад. Фақат маълумотҳои алоҳида-алоҳида муайян карда шудаанд, ки мувофиқи баҳодиҳии омори паҳншавӣ ва сохтори маъюбии кӯдакӣ ва мукамалтарин тавсифи тиббӣ иҷтимоии кӯдакони маъюб танҳо дар шаҳрҳои калон дода шудаанд. Проблемаҳои офиятбахшии кӯдакони маъюб ҳоло пурра ҳал нашудаанд. Сарфи назар аз шабакаи муассисаҳои тиббӣ, ки вазифаҳои барқарорсозиро иҷро мекунанд, онҳо як системаи ягонаи муташаккилро ифода намекунанд, барномаҳои ягонаи барқарорсозӣ, меъёрҳо ва методологияи баҳодиҳии сифат ва самаранокии фаъолият вучуд надоранд [Олимова К.С., 2015].

Ҳамзамон, арзёбии ҳамаҷонибаи маъюбӣ барои соҳаи тандурустӣ, маориф ва ҳифзи иҷтимоӣ аҳамияти бузурги иттилоотӣ дорад, зеро он имкон медиҳад, ки самтҳои асосии кор дар соҳаи пешгирии маъюбии кӯдакӣ ва тақмили системаи офиятбахшӣ муайян карда шаванд, ин як соҳаи мураккаби байнисоҳавии фаъолиятест, ки ба идоракунии самаранок ва ҳадафмандона ниёз дорад. Маҳз ҳамин омил боиси зарурати баргузори ин тадқиқот гардид.

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон проблемаи маъюбӣ дар натиҷаи аномалияҳои модарзодии кӯдакон ба таври кофӣ омӯхта нашуда, қонунҳои ташаккули он мушаххас карда нашудаанд, хусусиятҳои иҷтимоӣ гигиени маъюбӣ ва сохтори нозологияи он омӯхта нашуда, офиятбахшии тиббӣ иҷтимоии маъбони гирифтори ин патология пурра ҳал нашудааст.

#### **Алоқамандии фаъолияти илмӣ бо барномаҳои илмӣ, мавзӯҳо.**

Қобили зикр аст, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон чихати татбиқи «Барномаи давлатии тавонбахшии маъюбон барои солҳои 2017-2020» корҳои муайян анҷом дода шуда, дар он барои ба тартиб даровардан ва муносибгардонии масъалаҳои фаъолияти офиятбахшӣ ва солимгардонӣ дар байни шахсони имконияташон маҳдуд кӯшиш ба харҷ дода шудааст.

Дар доираи имзои санади таърихӣ Конвенсия оид ба ҳуқуқи маъюбон, аз ҷониби Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон дар санаи 20 марти соли 2018 ва қабули қарори минбаъдаи Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон дар бораи ратификатсияи Конвенсияи мазкур то соли 2024 тадбирҳои пешгирикунанда, муоина, барқарорсозии барвақт ва табобати кӯдакони дорои маълумият нақши муҳим дорад.

Ҳама чизҳои дар боло зикршуда ҳадаф ва вазифаҳои ин тадқиқотро муайян карданд.

#### **Тавсифи умумии фаъолият:**

**Ҳадафи таҳқиқот.** Ошкор намудани проблемаҳои оилаи муосир ва вижагиҳои тавонбахшии тиббӣ иҷтимоии кӯдакони дорои имкониятҳои маҳдуд бо сабаби нуқсонҳои модарзодии рушд дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

#### **Вазифаҳои таҳқиқот**

1. Омӯзиши маъюбии ибтидоӣ ва такрорӣ кӯдакон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон бо сабаби инҳирофоти модарзодӣ дар давраи аз соли 2015 то соли 2018.

2. Муайян намудани қонунияти ташаккули маъюбии кӯдакон дар натиҷаи инҳирофоти модарзодии рушд.

3. Арзёбии таҳлили маъюбӣ бо сабаби нуқсонҳои модарзодии рушди кӯдакон аз рӯйи мурочиат.

4. Омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ, иҷтимоӣ гигиени маъюбии кӯдакони дорои нуқсонҳои модарзодии рушд бо назардошти нозология ва вижагиҳои рафторӣ.

5. Таҳияи тавсияҳои аз чихати илмӣ асоснок оид ба беҳтар намудани хизматрасонии тавонбахшии тиббӣ ва иҷтимоӣ ба кӯдакони маъюб.

**Объект ва мавзӯи таҳқиқот.** Объекти таҳқиқот 255 нафар кӯдакони бемори дорои имкониятҳои маҳдуд дар натиҷаи аномалияҳои модарзодӣ буда, ки дар онҳо ченакҳои клиникӣ, иҷтимоӣ ва гигиенӣ омӯхта шуда, хосиятҳои хоси тавонбахшии тиббию иҷтимоии онҳо ошкор карда шудаанд.

**Навгони илмӣ таҳқиқот.** Бори нахуст вижагии хоси зухуроти миқдори умумии беморони дорои имкониятҳои маҳдуд дар натиҷаи ихтилолоти ҷанбаи модарзодидошта муайян карда шуд. Таҳлили муфассали маҳдудияти ибтидоӣ ва такрории имкониятҳо аз рӯйи ҷанбаи мурочиатҳо дар давраи аз соли 2015 то 2018 гузаронида шуд.

Зухуроти клиникӣ бо омӯзиши вижагии тарзи амал, тавсифоти иҷтимоӣ, гигиенӣ маҳдудияти имконият дар асоси инҳирофоти модарзодии рушди кӯдакон муайян карда шуданд. Вижагиҳои тавонбахшии тиббию иҷтимоии беморони дорои имкониятҳои маҳдуд ошкор гардид. Таҳлил дар ҳолати таъхирнопазирии тавонбахшӣ бо зухуроти гуногуни маҳдудияти имкониятҳо гузаронида шуд. Дар Тоҷикистон нахустин бор дар бораи миқёси паҳншавӣ, этиология, сохтори кӯдакони дорои имкониятҳои маҳдуд таҳқиқоти илмӣ гузаронида шуд. Муқоисаи зухуроти инфиродии маъюбии кӯдакон бо арзёбии тарзи амал, консепсияҳои омили синну сол баргузор гардид.

Афзалиятҳои пешгирии аввалия, ташҳиси пеш аз таваллуди осеби системаи марказии асаб (СМА) ва пайваста амалӣ намудани тадбирҳои тавонбахшии беморон бо чунин ташҳис муайян карда шудаанд.

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

Дар асоси ченакҳои умумии муайяншуда методикаи гузаронидани тадбирҳои комплекси тавонбахшӣ дар марҳилаҳои барвақти беморӣ бо сабаби рушди аномалияи модарзодӣ дар кӯдакон коркард ва таҳия гардидааст, Исбот карда шудааст, ки мониторинги ихтилолот дар низоми гемостаз, хунгардиши даврҳои калон ва хурд имкон медиханд, ки ҷанбаи ихтилолоти ошкоршуда муайян карда шавад ва ҳамчунин ба муносибгардонии пешгирии оризаҳо дар марҳилаҳои барвақтии муолиҷаи беморони мазкур мусоидат менамояд.

Маълумоте, ки дар натиҷаи корҳои илмию тадқиқотӣ оид ба ҳолати маъюбии кӯдакон дар натиҷаи аномалияҳои модарзодии рушд, паҳншавӣ, динамика ва сохтори он ба даст оварда шудаанд, барои таҳияи барномаҳои комплекси мақсадноки тавонбахшии тиббию иҷтимоӣ ва ҳифзи иҷтимоии кӯдакон дар сатҳҳои ноҳиявӣ, шаҳрӣ ва ҷумҳуриявӣ заминаи иттилоотӣ ба шумор мераванд.

Дар асоси натиҷаҳои таҳқиқот оид ба динамика, сатҳ, сабабҳо ва сохтори маъюбии кӯдакон, ҳолати ёрии тиббию иҷтимоӣ ба кӯдакони маъюби гирифтори патологияҳои гуногун маълумот гирифта шуд. Ин маълумот барои амалкарди муносиби мақомот ва муассисаҳои ниғадории тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли зарур аст.

Хусусиятҳои иҷтимоию гигиенӣ ва клиникӣ маъюбӣ бо сабаби аномалияҳои модарзодӣ дар кӯдакон ошкор карда шуданд. Маълумоти бадастомада дар бораи эҳтиёт ба намудҳои гуногуни тавонбахшӣ ва вижагиҳои тавонбахшии (иҷтимоисозии) ин маъюбон заминаи методӣ барои мутахассисони муассисаҳои ЭТИ ВТ ҶИА ҳангоми ташаккул додани барномаҳои комплекси тавонбахшӣ ва барномаҳои инфиродии тавонбахшӣ бо назардошти вижагиҳои синнусолӣ ва ҷинсӣ мебошад.

Саҳми шахсии муаллифи диссертатсия дар бевосита гузаронидани тамоми марҳилаҳои таҳқиқот мебошад. Муаллиф 255 нафар беморонро шахсан муоина намуда, таҳқиқоти илмӣ ва интишороти оид ба мавзӯи таҳқиқшавандаро шахсан мавриди баррасӣ қарор дод,

методикаи баргузори тавонбахширо чорӣ карда, натиҷаҳоро дар компютери шахсӣ шарҳу тафсир намуд, иттилооти илмиро вобаста ба мақсаду вазифаҳои таҳқиқот аз рӯйи гурӯҳҳо ҷамъоварӣ ва таҳлил кардааст, инчунин таҳлили омӯрӣ, ҷамъбаст ва шарҳу тафсири натиҷаҳои ба даст овардашуда, ки дар асоси онҳо усулҳои нави ба амал баровардани комплекси тадбирҳои тавонбахшӣ аз тарафи муаллиф қор карда баромада шудаанд.

Муаллиф мақолаҳоро ба ҷоп расонида, дар конференсиҳои илмӣ маърузаҳо кардааст, натиҷаҳои таҳқиқоти илмӣ дар кафедраҳои тахассусӣ татбиқ ва тасвиб шудаанд.

Таҳлили натиҷаҳои бадастомада ва коркарди омӯрӣ 100% аз ҷониби муаллиф мустақилона анҷом дода шудааст. Ҳиссаи иштироки муаллиф дар ҷамъовариҳои ахбороти илмӣ бештар аз 85 Ҷоиз ва дар ҷамъбаст ва таҳлили натиҷаҳои бадастомада 100 Ҷоизро ташкил медиҳад.

### **Нуктаҳои асосии ба ҳимоя пешниҳодшаванда:**

1. Афзоиши шумораи кӯдакони маъҷуб дар Ҷумҳурии Тоҷикистон фарогирии пасти тадбирҳои пешгирикунанда оид ба бехтар намудани сифати зиндагӣ ва кам кардани таъсири манфии омилҳои ба кӯдакони солим таъсиркунандаро тавсиф мекунад.

2. Натиҷаҳои тадқиқот нишон доданд, ки дар сохтори кӯдакони имконияташон маҳдуд ҷойи аввалро патологияи системаи асаб, нуқсонҳо ва рафтори кӯдакони гирифтори нуқсонҳои раванӣ ишғол мекунанд. Омилҳои номбаршуда дар сохтори зикргардида ҷанбаҳои асосии этиологияи пайдоиши вайроншавии солим ва сифати ҳаёти кӯдакони дорои маъҷулият ҷойдошта мебошанд. Ин патологияҳо сабаби асосии вайроншавии фаъолияти узвҳо ва системаҳо мебошанд.

3. Натиҷаҳои таҳқиқот ба муайян намудани омилҳои асосӣ, ки ба пешгирии беморие, ки боиси инкишофи маъҷубии кӯдакон мегардад, мусоидат хоҳад кард.

4. Истифодаи усулҳои таҳияшудаи ташхиси бармаҳал ва пешгирӣ дар кӯдакони дорои нуқсонҳои инкишофи онҳо дар амалия яке аз усулҳои асосии паст кардани шиддати ин мушкилот мебошад.

**Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо.** Дарачаи эътимоднокии ба омӯзиши ҷанбаҳои хунгардиш вобаста аст. Таҳлили илмӣ паҳншавӣ, сабабҳо ва сохтори нуқсонҳои модарзодӣ дар 255 нафар кӯдакони маъҷуб гузаронида шуда, арзёбии муқоисавии вижагиҳои кӯдакон бо назардошти ҷанбаҳои рафтор ва синну сол дода шудааст. Омилҳои асосии хавфи биологӣ, тиббӣ ва иҷтимоӣ ва ташкилии ташаккули маъҷубӣ дар кӯдакон муайян карда шудаанд.

Баъзе ҷанбаҳои тавонбахшии саривактии ин гурӯҳи беморон бо истифода аз методҳои босифати таҳлилҳои озмоишгоҳӣ ва коркарди омӯриҳои натиҷаҳо муайян карда шудаанд.

**Мутобиқати кори диссертатсионӣ ба шиносномаи ихтисоси илмӣ.** Соҳаи таҳқиқоти мавзӯи мазкур ба шиносномаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯйи ихтисоси 14.01.08. –Бемориҳои атфол. зербанд 3.4- Этиология ва патогенез, омилҳои хатар,бемориҳои узвҳои дарунӣ дар кудакон, зербанд 3.7- Дисфунксияи узвҳо ва системаи асаб дар кудакон бо патологияи (осебияти) майнаи сар, зербанд 3.8 - Зухуроти клиникалии бемориҳои асаби кудакона ,зербанд 3,9- Бемориҳои омехтаи узвҳои даруна,системаи хунгардӣ,ҳозима, такъягоҳӣ ва ҳаракат бо зухуроти гуногунии онҳо .

**Саҳми шахсии докталаб.** Муаллиф шахсан ва бевосита дар ҳамаи марҳилаҳои тадқиқот иштирок намудааст, 255 беморро муоина намуда, тадқиқоти илмӣ ва нашрияҳоро оид ба

мавзӯи тадқиқшаванда гузарондааст. Методологияи амаликунони механизми реабилитатсионӣ ва тафсири натиҷаҳоро дар компютери фардӣ чорӣ намуда, иттилооти илмиро дар асоси он ҷамъоварӣ ва таҳлил намуда, оид ба вазифаҳои тадқиқотӣ аз рӯи гурӯҳҳо, инчунин таҳлили статикӣ, умумӣ ва тафсири натиҷаҳои бадастомада, ки дар асоси онҳо равишҳои нави татбиқи тадбири комплексӣ таҳия мешаванд, арзёбӣ намудааст.

Муаллиф мақолаҳо, маърузаҳо дар конференсияҳои илмӣ омода ва ҷоп кардааст, натиҷаҳои тадқиқот дар кафедраҳои тахассусӣ татбиқ ва санҷида шудаанд.

Таҳлили натиҷаҳои бадастомада ва коркарди 100% статикӣ аз ҷониби муаллиф мустақилона анҷом дода шудааст. Саҳми иштироки муаллиф дар ҷамъовариҳои ахбороти илмӣ бештар аз 85 Ҷоиз ва дар ҷамъбасти ва таҳлили натиҷаҳои бадастомада 100 Ҷоизро ташкил медиҳад.

### **Таъйид ва татбиқи натиҷаҳои рисола.**

Муқаррароти асосии таҳқиқоти диссертатсионӣ дар конгрессҳо ва конференсияҳо мавриди баррасӣ қарор гирифтанд: аз ҷумла дар конференсияи илмию амалии Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» (2017, 2018), анҷуманҳои V ва VI табибони атфол ва ҷарроҳони атфолӣ Тоҷикистон (2011, 2015, Душанбе); Конгресси XI Евро-Осиёии табибони атфол (2011, Душанбе), конгрессҳои Ассотсиатсияи ҷарроҳони атфол, анестезиологҳо ва реаниматологҳои Тоҷикистон (2018), дар конгресси якуми урологҳои Ҷумҳурии Тотористон (2011, Душанбе); конференсияи илмию амалии Муассисаи давлатии таълимии «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломӣ дар соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» бо иштироки байналмилалӣ (2017, 2018). Таҳқиқоти диссертатсионӣ дар шӯрои экспертии байникафедравӣ оид ба Ҷанҷиҳои терапевтии Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи тиббии профилактикии Тоҷикистон» (2021) мавриди тасвиб қарор гирифт.

**Интишорот дар мавзӯи рисола.** 1 дастури таълимӣ-методӣ, 15 мақолаи илмӣ, 10-тои онҳо дар маҷаллаҳои илмӣ аз ҷониби Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ва Комиссияи олии аттестатсионии Федератсияи Россия тавсияшуда нашр шудаанд.

### **Ҳаҷм ва сохтори диссертатсия**

Диссертатсия дар 158 саҳифаи матни компютерӣ таълиф гардида, аз муқаддима, 5 боб, хулоса, натиҷаҳо, тавсияҳо ва Ҷанҷиҳои адабиёт иборат аст. Дар диссертатсия 6 ҷадвал ва 41 расм мавҷуд аст. Ҷанҷиҳои адабиёт ва маъхазҳо 164 номгӯ, аз ҷумла 42 номгӯ ба забони русӣ ва 122 номгӯ ба забонҳои хориҷиро дар бар гирифтааст.

### **МҶУҶАВОИ ДИССЕРТАТСИЯ**

Дар қор мавод ва усулҳои тадқиқот: усулҳои клиникӣ-лабораторӣ, биохимиявӣ ва статистикӣ истифода шудаанд. Методологияи қор ба таҳлили систематикӣ ва Ҷанҷиҳои маълумоти адабиёт, усулҳои клиникӣ, лабораторӣ ва инструменталии тадқиқот асос ёфтааст; таҳлили ретроспективи таърихи беморӣ бо муайян кардани басомад, сабабҳои инкишофи патологияи асосӣ, мушкилиҳои он, ҷанҷиҳои мушкили дар таҳлил, таъбад ва офиятбахшии ин тоифаи беморон; оид ба таҳлили тарҳрезии омӯзиш ва таъбад дар гурӯҳи ояндадор; коркарди статистикӣ натиҷаҳо ва гайра.

**Натиҷаҳои тадқиқот:** Натиҷаҳои тадқиқот ва алгоритми таҳияшудаи амалҳо дар марҳилаҳои асосии идоракунии кӯдакони дорои маълумият ба беҳтар шудани сифати зиндагии онҳо мусоидат мекунад.

Дар асоси омӯзиш барои дастрасии беамониат ба иншооту хизматрасониҳои афзалиятнок дар самтҳои афзалиятноки ҳаёти кӯдакони маъҷуб ва дигар шахсони дорои ҳаракати маҳдуд шароит фароҳам оварда шуда, схемаҳои пешниҳоди хизматрасонӣ дар соҳаи офитбахшӣ ва давлат таҳия карда шуданд. Системаи экспертизаи тиббӣ иҷтимоӣ бо мақсади ҳамгироии кӯдакони маъҷуб ба ҷомеа.

### **Марҳилаҳои тадқиқот**

Дар марҳилаи ибтидоии навиштани рисола нақшаи пайдарпайии тадқиқот тартиб дода шуда буд, ки асоси он таҳлили адабиёти илмии дастраси мо ва мушоҳидаҳо аз амалия буд. Мавзӯ, мақсад, вазифаҳои рисолаҳо муайян карда, мо ба ҷалби беморон бо ташхиси ҳамҷониба шурӯъ кардем. Анамнез, клиника, нишондодҳои гемостаз, патологияи ҳамроҳ ва натиҷаи табобатро омӯхтем. Натиҷаҳои назарраси омӯри муҳим дар нашрияҳои инъикос ёфтаанд. Бо назардошти натиҷаҳои бадастомада дар масъалаҳои барқарорсозии ин категорияи беморон тактикаи мураккаби асосноки патогенетикӣ таҳия карда шудааст.

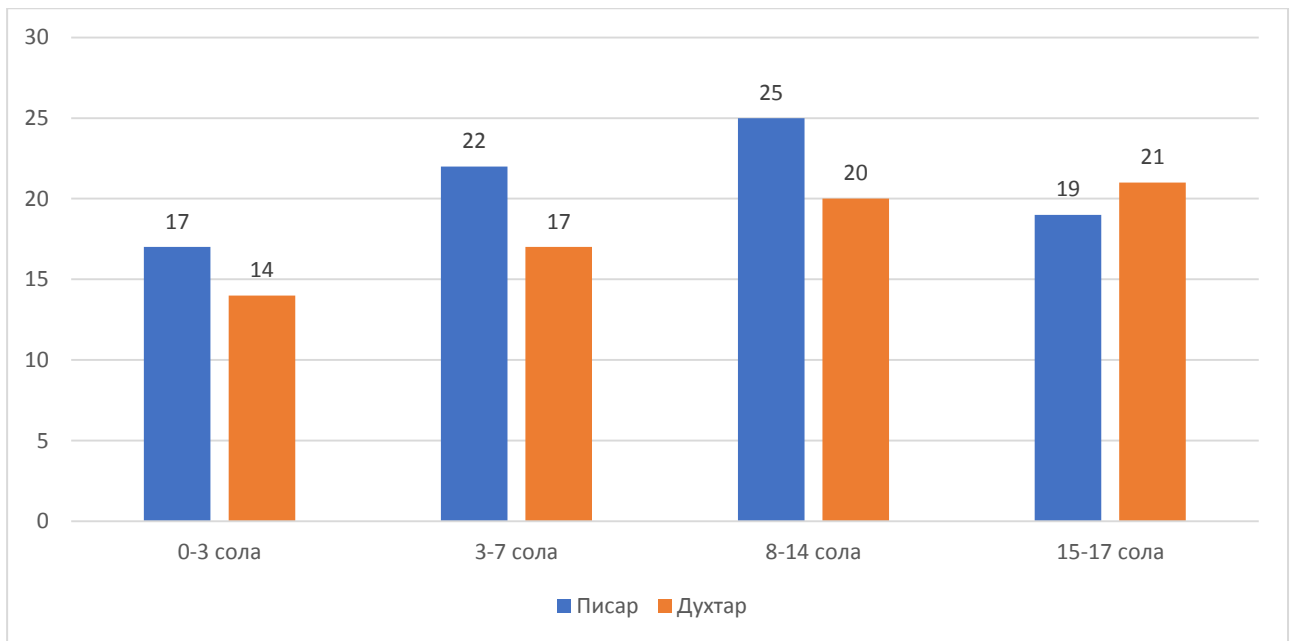
### **Базаи асосии иттилоот ва тадқиқот**

Дар ҷараёни кор дар рисола натиҷаҳои таҳқиқоти кӯдакони маъҷуб омӯхта шуда, баҳои муқоисавӣ ба хусусиятҳои кӯдакон бо назардошти ҷанбаҳои рафтор ва синну сол дода шудааст. Омилҳои бартаридоштаи ҳавфи биологӣ, тиббӣ иҷтимоӣ ва ташкилии ташаккули маъҷубӣ дар кӯдакон, ки дар асарҳои (рисолаҳо, монографияҳо, мақолаҳои илмӣ) муаллифони ватанӣ ва хориҷӣ инъикос ёфтаанд, муайян карда шудаанд, ки барои дуруст шарҳ додани маълумот имкон доданд. ба даст оварда шудааст. Тадқиқотҳо дар заминаи Муассисаи давлатии “Пажӯҳишгоҳи тиббӣ профилактикии Тоҷикистон»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон гузаронида шуданд.

### **Тавсифоти клиникӣ ва методҳои таҳқиқот**

Объекти таҳқиқот 255 нафар кӯдакон буданд. Аз ҷумлаи онҳо 155 нафар кӯдакон ба гурӯҳи яқум ва 100 нафар кӯдакон ба гурӯҳи дуюми назоратӣ шомил гардида, дар шуъбаи асабшиносии кӯдакони Муассисаи давлатии Маркази илмӣ тиббӣ «Шифобахш»-и Ҷумҳурии Тоҷикистон табобат гирифта, курси тавонбахширо дар Маркази ҷумҳуриявии тавонбахшии кӯдакон дар давраи солҳои 2015-2018 гузашта буданд. Синну соли кӯдакони гурӯҳҳои таҳқиқшаванда аз 0 то 17-сола буда, аксарияти онҳо то 14-сола буданд. Гурӯҳҳои синну солшон то 3 сола - 31 нафар кӯдак, аз 3 то 7 сола - 39 нафар кӯдак, аз 8 то 14 сола - 45 нафар кӯдак ва аз 15 то 18 сола - 40 нафар навраси дорои нуқсонҳои модарзодии системаи марказии асаб (гурӯҳи асосӣ) ва 100 нафар кӯдаконро (гурӯҳи назорат) ташкил медоданд.

Дар байни гурӯҳҳои таҳқиқшуда писарон 83 (53,0%) ва духтарон 72 (46,5%) нафарро ташкил медиҳанд.



**Намудори №1 - Тақсимоти кӯдакон вобаста ба чинс ва синну сол**

Қайд намудан зарур аст, ки 88,8% тамоми кӯдакони муоинашуда анамнези вазнин доштанд. Муайян кардани шохиси генеалогӣ (шохиси вазнинии анамнези ирсӣ), шумораи умумии бемориҳои музмин, ирсӣ дар хешовандони хунии маълумбуда (шохиси генеалогии шумораи хешовандони хунии маълумбуда, ки дар бораи вазъи саломатии онҳо маълумот мавҷуд аст):

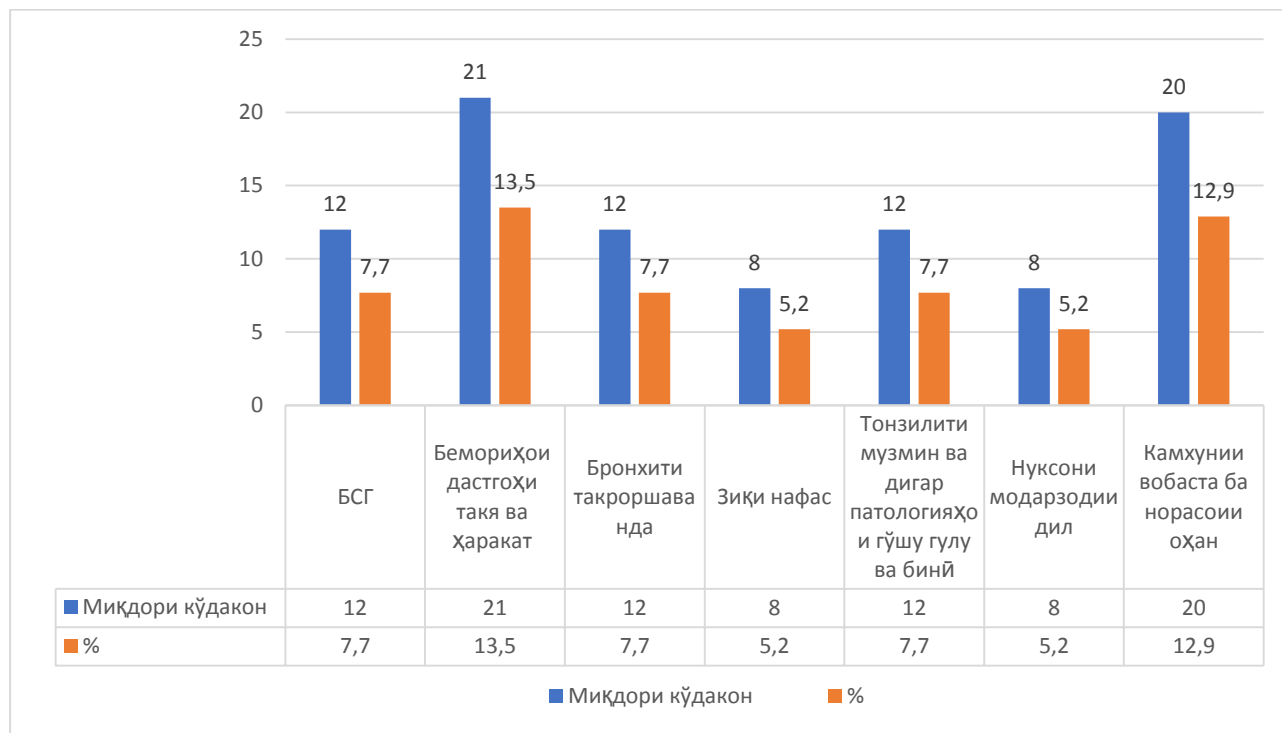
- то 0,2 - вазнинии кам,
- то 0,5 - вазнинии миёна,
- то 0,8 - вазнинии возеҳ,
- зиёда аз 0,9 - вазнинии баланд.

Инчунин шароити моддию маишии беморони таҳқиқшаванда дар ҷиҳати равшан намудани сабабҳои номусоиде, ки метавонистанд боиси ҳолати хуруҷи бемории кӯдак шаванд, мавриди омӯзиш қарор дода шуд. Ба инҳо таваҷҷуҳ дода шуд:

- I ба даромади моддии оила, ҷойи кори падару модар, касби онҳо, шумораи аъзои оила;
- II ба шароити манзилӣ (дар қадом манзил оила истиқомат мекунад, масоҳат, равшанӣ; шумораи бошандагони кӯдак ва калонсол);
- III, кӯдакро кӣ нигоҳубин мекунад, вазъи саломатии шахсе, ки кӯдакро нигоҳубин мекунад;
- IV оё речаи рӯз, коидаҳои гигиенӣ риоя мешаванд, давомнокии сайру гашт, хоб чӣ қадар аст. Дар баробари ин шароити таҳсили мактабчагон (речаи рӯз, речаи хӯрокхӯрӣ, сарбории қор дар мактаб, мавҷуд будани сарбории иловагӣ) муайян карда шуд.

Дар гурӯҳи асосӣ инҳирофоти функционалӣ тақрибан дар нисфи кӯдакон (51,2%) мушоҳида шуда, дар зимн ҳиссаи кӯдакони гирифтори ҳолати пеш аз камхунӣ қариб 32 %-ро ташкил дод. Ҳиссаи кӯдакони гирифтори бронхитҳои такроршаванда 12% буд. Инчунин, дар зиёда аз нисфи (72%) кӯдакони ҳарду гурӯҳҳои I ва II инҳирофҳои гуногун дар рушди асабуравонӣ ва ҳар як кӯдаки чорум (35%) дар инкишофи ҷисмонӣ ба назар мерасид. Фоизи баланди кӯдакони гурӯҳи I бо патологияи омехта (32%) ҷалби таваҷҷуҳ мекунад. Дар кӯдакони синни томактабии 3-5 сола якҷоягии патологияи гӯшу гулу ва бинӣ (ЛОП) бо бронхитҳои такроршаванда қайд карда шуд. Дар синни 6-8-солагӣ, маҷмӯаҳои бемориҳои

дастгоҳи таҷя ва ҳаракат бо патологияи ғӯшу гулу ва бинӣ, бронхитҳои тақроршаванда ва илтиҳоби шадиди шуш маъмуланд, яъне бемориҳое, ки ба паст будани дараҷаи муқовимати организм вобастагӣ доранд. Дар мактаббачагони 9-11-сола омезиши бемориҳои узвҳои дастгоҳи таҷя ва ҳаракат бо дискинезияи роҳи хоричқунанда талха ва патологияи узвҳои босира бештар мушоҳида мешуд.



## Намудори №2. - Басомади дучоршавии ҳолатҳои гуногуни патологӣ дар кӯдакон n=155

Миқдори 2819 ҳуҷҷатҳои ибтидоии тиббӣ иҷтимоӣ мариди таҳқиқ қарор гирифтанд: «Корти тиббӣ» ш. № 024, Маълумотнома аз санади экспертизаи тиббӣ иҷтимоӣ (ЭТИ) барои кӯдаки маъюби то 18-сола, ки ба шубҳаи ноҳиявии (шаҳрии) Агентии суғуртаи иҷтимоӣ ва нафақаи фиристода мешавад, ш. № 062, 4-97, пурсишномаи муоинаи иҷтимоӣ ва гигиени кӯдакон, санадҳои гувоҳидиҳандаи дар Хадамоти давлатии экспертизаи тиббӣ иҷтимоӣ, талонҳои оморӣ санадҳои гувоҳидиҳанда, бланкаҳои ҳисобот ва ғ-ҳо.

Методологияҳои клиники эксперти, ҷамъовари иттилооти оморӣ сотсиологӣ ва таҳлилӣ буданд, ки дар таҳқиқот истифода шуданд. Радиҳои динамикӣ бо ҳисобкунии суръати афзоиш нишондиҳандаҳои интенсӣ ва экстенсӣ таҳлил карда шуданд. Пешгӯии маъюбии ибтидоӣ бо методи мураббаъҳои камтарин ба даст оварда шудааст. Бо истифода аз t- меъри Студент ва меъри Пирсон (x2) қиматҳои оморӣ натиҷаҳо ҳисоб карда шуд.

Барои муайян кардани омилҳои сершумор ва аҳамияти онҳо дар ташаккули гурӯҳи хавфи кӯдакони бо нуқсонҳои модарзодирушди системаи марказии асаб таваллудшуда, мо 255 нафар кӯдакро ба таҳқиқот фаро гирифтем. Аз ин шумор ба гурӯҳи 1-ум 155 нафар кӯдакон ва 100 нафар кӯдакон ба гурӯҳи 2-юми назоратӣ шомил буданд.

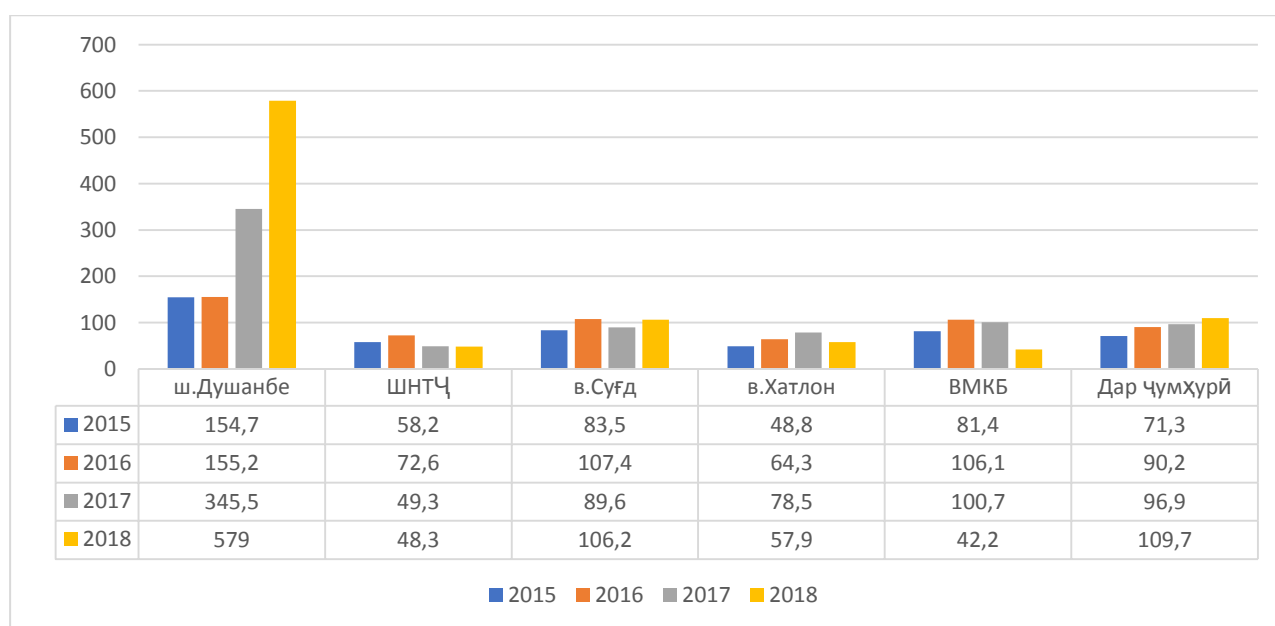
Гурӯҳҳои синну соли то 3 сола - 31 нафар кӯдак, аз 3 то 7 сола - 40 нафар кӯдак, аз 8 то 14 сола - 45 нафар кӯдак ва аз 15 то 18 сола - 40 нафар наврасон бо нуқсонҳои модарзодии рушди системаи марказии асабӣ (гурӯҳи асосӣ) ва 100 нафар кӯдакони (гурӯҳи назоратӣ) муайян карда шуданд.

Инчунин омилҳои тиббӣ иҷтимоӣ ҳам дар давраи ҳомиладорӣ занон ва ҳам пеш аз таваллуди кӯдак таҳлил карда шуданд.



Таҳлили ду методи асосии таҳқиқот: клиникаию асабшиносӣ ва нейровизуалӣ, ки аз нейросонография (NSG), томографияи компютерӣ (ТК), томографияи магнитии резонансӣ (ТМР) иборат буд, гузаронида шуд. Ташхиси НМР СМА мувофиқи таснифоти Г.И. Лазюк (1991), дар асоси принципи сохторӣ ва патогенетикӣ сурат гирифт. Ҳар як кӯдак аз рӯи 100 омил омӯхта шуда, ба ҳашт гурӯҳ тасниф карда шуданд. Дар миёни гурӯҳҳои таҳқиқшуда омилҳои иҷтимоию иқтисодӣ, омилҳои демографӣ, генеалогӣ, акушерӣ, модарӣ, кӯдаку модарӣ, ماشмавӣ, навзодӣ ва муҳитӣ мавҷуд буданд. Маълумоти зарурӣ тавассути нусхабардории маълумот аз ҳуҷҷатгузории расмии тиббии ҳар як зан ва кӯдаки таваллуднамӯ, инчунин тавассути мусоҳиба бо модарон ба даст оварда шудааст. Маълумоти бадастомада бо методи таҳлили муайянкунӣ (ТМ) бо шомил кардани ҳисобкунии басомади аломатҳо дар гурӯҳҳои асосӣ (P1) ва назоратӣ (P2) ва мувофиқи тавсияҳои ТУТ, зарибҳои атрибутивӣ (AP) ва нисбии (OP) хатари нишонаҳои омӯхташуда ҳисоб карда шуданд.

Бо мақсади арзёбии неруи таъсиррасони ҳар як омил хавфи нисбӣ ҳисоб карда шуд. Хавфи ба вуҷуд омадани НМР СМА аз ҷиҳати оморӣ дар сурати мавҷуд будани омилҳои хавфи омӯхташаванда баландтар ҳисобида шуд, дар ҳоле ки ҳамаи қиматҳои фосилавии эътимодӣ мутобиқи мақсад ва вазифаҳои таҳқиқот методикаи комплексӣ (оморӣ, тавонбахшию методӣ, тиббӣю иҷтимоӣ) аз рӯи зарибҳои OP нисбӣ ҳисоб карда шуданд, ки аз 3 марҳила иборатанд. Дар навбати худ, дар ҳар як марҳилаи таҳқиқот вазифаҳои инфиродӣ, вижагӣҳои ташкилии ба худ хоси заминаи таҳқиқот татбиқ карда шуданд. Барои муайян кардани хатари таваллуди кӯдакони дорои НМР СМА ҷадвали махсус таҳия шудааст. Дақиқӣ ва эътимоднокии баландтарин ба зарибҳои OP ҷудо карда шуд, ки бо назардошти шумораи мутлақи заноне, ки кӯдакони дорои НМР СМА таваллуд кардаанд, ҳисоб карда шудаанд. Аз ин рӯ, ҷадвали таҳияшудаи хатари таваллуди кӯдакони дорои НМР СМА дар асоси зарибҳои OP асос ёфтааст. Се дараҷаи хавф вобаста ба қимати зарибҳои OP муайян карда шудааст: дараҷаи хавфи 1 - зарибҳои OP дар ҳудуди 20 - 28%, дараҷаи хавфи 2 - дар ҳудуди 28 - 40%, дараҷаи хавфи 3 - дар ҳудуди 50 - 70%



**Намудори №3. - Нишондиҳандаҳои беморшавии кӯдакон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2015-2018**

**Ҷадвали №1. - Тағйироти динамикии шумораи кӯдакони маъҷуб дар Ҷумҳурии Тоҷикистон**

Солҳо	Шумораи умумии кӯдакон	Шумораи умумии кӯдакони маъҷуб	Ҷоизи шумораи кӯдакони маъҷуб аз шумораи умумии кӯдакон
2015	3435456	26216	0,76
2016	3453381	27176	0,78
2017	3470536	28022	0,80
2018	3490864	2841	0,81
2019	3975100	28177	0.71
2020	4030100	29793	0.74

Марҳилаи аввали таҳқиқот оморӣ мебошад. Воҳидҳои мушоҳида беморшавии аввалия, беморшавии умумӣ дар аҳолии кӯдак буданд. Давраи мушоҳида солҳои 2015-2018 мебошад.

Илова бар ин, беморшавии аҳолии кӯдак, динамикаи маъҷубии ибтидоии аҳолии кӯдак дар Ҷумҳурии Тоҷикистон - шакли 7-д (Ҳисоботи давлатии омили ХДЭТИ омӯхта шуданд. Таҳқиқот бо усули яқсара гузаронида шуд.

Воҳиди мушоҳида кӯдаконе буданд, ки аз муоинаи аввалия гузашта, бори аввал аз миёни аҳолии кӯдак дар шӯъбаҳои Хадамоти давлатии экспертизаи тиббӣ иҷтимоӣ дар солҳои 2015-2018 маъҷуб эътироф шуда буданд.

Объекти таҳқиқот маҷмӯи кӯдаконе, ки дар давоми сол бори аввал кӯдакони маъҷуб эътироф шудаанд.

Мавзӯи таҳқиқот: санадҳои муоинаи шахсони аҳолии кӯдак дар Хадамоти давлатии экспертизаи тиббӣ иҷтимоӣ; шаклҳои ҳисоботи оморӣ №7.

Методҳои асосии ин марҳила инҳоянд: монографӣ, ҳуҷҷатӣ, нусхабардории маълумот аз ҳуҷҷатҳо, таҳлилӣ, таҳлилии нигоришӣ, арзёбии эксперти ва оморӣ.

Марҳилаи дууми таҳқиқот -тиббӣ иҷтимоӣ мебошад. Дар ин марҳила тавсифоти тиббӣ иҷтимоӣ оилаҳои дорои кӯдакони маъҷуб, инчунин талаботи ин кӯдакон ба тавонбахшӣ омӯхта шуданд. Воҳиди мушоҳида кӯдаки маъҷубе буд, ки дар Хадамоти давлатии экспертизаи тиббӣ иҷтимоӣ аз муоинаи (гувоҳидихии такрорӣ) мегузарад, инчунин оилаи ӯ. Мушоҳида дар давраи солҳои 2015-2018 гузаронида шудааст. Тибқи формулаи А.М.Мерков маҷмӯи интихобии аҳолии воҳидҳои назоратӣ муайян карда шуд, ки он дар гурӯҳи асосӣ 155 нафар кӯдакони маъҷубро ташкил медед. Корти махсуси муоина тартиб дода шуд.

Методҳои асосии ин марҳила ҳуҷҷатӣ, пурсишномавӣ, мусоҳиба, методи арзёбии эксперти ва оморӣ мебошанд.

Марҳилаи сеюм тавонбахшию методӣ буда, ба омӯзиши низомии мавҷудаи тавонбахшии тиббӣ иҷтимоӣ кӯдакони дорои имконияти маҳдуд дар Ҷумҳурии Тоҷикистон бахшида шудааст.

Дар таҳқиқоти мазкур таҳлили санадҳои меъёрии ҳуқуқии амалкунандаи Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки соҳаи тавонбахшии ҳамаҷонибаи кӯдакони маъҷубро танзим мекунанд, фаро

гирифта шудааст. Дар маҷмӯъ, зиёда аз 100 номгӯй мавод таҳлил карда шуд. Фаъолияти муассисаҳои тавонбахшии ниғаҳдории тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли, фарҳанг, маориф, ки дар давраи солҳои 2015-2018 тавонбахшии кӯдаконидорои имконияти маҳдудро ба роҳ мондаанд, баррасӣ гардиданд.

Ичунин қайд кардан зарур аст, ки дар асоси методҳои истифодагардидаи таҳқиқотӣ аз қабилӣ монография, таҳлилий, таҳлилий-нигоришӣ, оморӣ, методи арзёбии экспертӣ, пурсишнома, мусоҳиба, маҷмӯи тадбирҳо оид ба муносибгардонии низоми тавонбахшӣ ва ҳамгироии иҷтимоии кӯдакони маъҷуб дар Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳия карда шуданд. Маводи таҳқиқотӣ дар компютери шахсӣ бо истифода аз методҳои омили математикӣ коркард карда шуданд. Таҳқиқоти комплексӣ, оморӣ, тиббию иҷтимоӣ, сотсиологӣ, экспертию тавонбахшӣ дар якҷанд марҳила гузаронида шуд.

Марҳилаи якум - таҳлили тамоюлҳои асосии вазъи саломатии кӯдакон мебошад. Нишондиҳандаҳои беморшавии ибтидоӣ ва умумии кӯдакон ва наврасон (ба ҳар 100 ҳазор нафар кӯдаки синну соли дахлдор) таҳлил карда шуданд.

Беморшавии кӯдакон ва наврасон аз рӯи синфҳои бемориҳо мутобиқи Таснифи байналмилалӣ бемориҳо бозбинии 10 (ТББ X) мавриди омӯзиш қарор дода шуд. Таҳқиқот саросарӣ буд. Воҳиди мушоҳида кӯдаки бемори аз 0 то 18- сола мебошад. Давраи мушоҳида солҳои 2015-2018-ро дар бар мегирад. Объекти таҳқиқот нишондиҳандаҳои баланди сатҳи беморшавии ибтидоӣ ва умумии кӯдакон ва наврасон мебошад. Манбаъҳои иттилоотро – маълумоти маҷмӯаҳои омории солонаи ВТ ва ҲИА ҶТ «Тандурустии аҳоли ва фаъолияти муассисаҳои тиббӣ»ташкил медиҳад. Методҳои таҳқиқот: оморӣ, таҳлилий, таҳлилию нигоришӣ, нусхабардорӣ маълумот, иҷтимоию гигиенӣ мебошанд.

Дар марҳилаи дууми таҳқиқот, ки иҷтимоию гигиенӣ ном дорад, шаклҳои ташаккули маъҷубии аҳолии кӯдак омӯхта шуданд. Таҳқиқот саросарӣ буд. Воҳиди мушоҳида кӯдаки маъҷуби аз 0 то 18 сола мебошад. Объекти таҳқиқот - маъҷубии ибтидоӣ ва такроршаванда мебошад. Ҳаҷми таҳқиқот 1,1 ҳазор нафар кӯдаконе, ки бори аввал маъҷуб эътироф шудаанд ва 1,3 ҳазор нафар кӯдаконе, ки такроран маъҷуб доништа шудаанд, ташкил дод. Давраи мушоҳида солҳои 2015-2018-ро дар бар мегирад. Манбаъҳои иттилоот - шакли ҳисоботи оморӣ № 7.

Дар марҳилаи чорӣ таҳқиқот маъҷубии ибтидоӣ ва такрорӣ кӯдакон, таҳлили сохтори он аз рӯи синну сол, чинс ва шаклҳои нозологии бемориҳо; ва паҳншавии онҳо дар ноҳияҳои ҷумҳурӣ мавриди омӯзиш қарор гирифт.

Методҳои таҳқиқот - ҳуҷҷатӣ, ҷамъоварии маълумот, таҳлилий, таҳлилию нигоришӣ, оморӣ, иҷтимоию гигиенӣ мебошанд.

Дар марҳилаи мазкур тавсифоти иҷтимоию психологии оилаи кӯдаки имкониятҳои маҳдуддошта низ омӯхта мешавад. Мувофиқи формулаи А.М.Мерков (1974), бо назардошти миқдори зарурии мушоҳидаҳо барои омӯзиши намунавӣ. Гурӯҳи асосиро 155 оилаи кӯдакони маъҷуб ва гурӯҳи назоратиро 139 оилаи бо методи самтгиришуда бо мувозинат аз рӯи аломатҳои асосӣ (чинс, синну сол) интихоб шуда буданд, ташкил медоданд. Методҳои таҳқиқот таҳлилий, пурсишномавӣ, сотсиологӣ мебошанд.

Дар марҳилаи сеюм, ки тиббию иҷтимоӣ ном дошт, таҳқиқоти ташкили хадамоти экспертизаи тиббию иҷтимоии тибби атфол дар сохтори муассисаҳои давлатии экспертизаи тиббию иҷтимоӣ, таҳлили сифати амалисозии экспертизаи тиббию иҷтимоии кӯдаконе, ки бори аввал ва такроран ба муассисаҳо мурочиат кардаанд, гузаронда шуд. Таҳқиқот интихобӣ аст. Методи интихоби самтгиришуда истифода шудааст. Ҳаҷми интихоб 1500 санади гувоҳидодашудаи кӯдаконе ташкил дод; натиҷаҳои пурсишномаҳо буд, ки аз тарафи 320 нафар табибони атфол ва табибони амалияи умумӣ пур карда шуда буданд.

Методҳои таҳқиқот: монографӣ, таҳлилий, таҳлилию нигоришӣ, оморӣ, иҷтимоию гигиенӣ, чамъоварии маълумот аз ҳуҷҷатҳо, ҳулосаҳои арзёбии экспертҳо.

Ҳангоми коркарди омории маълумот нишондиҳандаҳои экстенсивӣ ва интенсивие, ки сатҳи маъюбии ибтидоӣ ва такрорӣ аҳолии кӯдакро дар солҳои 2015-2018 тавсиф мекарданд, мавриди таҳлил қарор дода шуданд. Таҳқиқот бо роҳи таҳлил ва муқоисаи радиёҳои замонӣ бо ҳисоб кардани нишондиҳандаҳои аёнӣ, суръати афзоиш ва талафот гузаронида шуд. Арзёбии эътимодноқӣ бо истифода аз қиматҳои нисбӣ ва иштибоҳоти намояндагӣ ( $t$ ) ҳисоб карда шуд. Бо истифода аз меъёри  $t$  Студент, эътимодноқии фарқиятҳо вобаста ба зарби эътимодноқӣ ( $I$ ) ва шумораи дараҷаҳои озодӣ ( $V$ ) муайян карда шуд. Арзишҳои  $p < 0,05$  қиматнок ҳисобида шуданд. Меъёри Пирсон барои муқоисаи тафовути ду ё зиёда тақсимои эмпирикӣ истифода мешуд. Ҳангоми ҳисоб кардани зарби таносуби ҷуфтӣ хаттӣ арзёбии тавсифоти миқдории муносибати аломатҳои омӯхташаванда (беморшавӣ ва маъюбӣ) гузаронида шуд.

Марҳилаи чоруми таҳқиқот арзёбии низоми мавҷудаи экспертизаи тиббӣ иҷтимоӣ ва тавонбахшӣ ва асосноккунии илмӣ самтҳои афзалиятноки тақмили онро дар бар гирифт.

Бояд қайд намуд, ки проблемаи мазкур дар тамоми ҷаҳон мубрам буда, ҳалли бунёди ро дар ҳамаи ҷанбаҳо аз ташҳис сар карда, то тавонбахшии доимии кӯдакони дорои имкониятҳои маҳдуд тақозо мекунад. Некуаҳволии аҳоли, асосан ба шароити зиндагӣ, урфу одатҳои дар оилаҳо ҷойдошта ва муҳити ҳешу табор вобаста аст. Исбот шудааст, соҳае, ки дар он кӯдакони зиндагӣ мекунад, ба саломатӣ, инкишофи ҷисмонӣ ва некуаҳволии онҳо таъсири калон мерасонад. Натиҷаҳои таҳқиқоти сершумор нишон медиҳанд, ки миёни шароити бади манзилӣ, маҳрумияти иҷтимоӣ ва некуаҳволӣ ва саломатии аҳолии махсусан, кӯдак робитаи зич вучуд дорад. Қайд кардан зарур аст, дар оилае, ки кӯдакони гирифтори патологияҳо ҳастанд, волидон барои инкишоф ва некуаҳволии ин кӯдак масъулият доранд.

Оилае, ки кӯдаки дорои имкониятҳои маҳдуд аст, ба гурӯҳи аҳолии осебпазир дохил мешавад. Ба ин муносибат дар оилае, ки кӯдаки маъюб тарбия меёбад, дар муносибатҳои байни худ ва дигар аъзои оила, инчунин бо олами беруна дар масъалаҳои таҳсил, кор, муолиҷаи комплексӣ ва тавонбахшӣ проблемадо ба миён меоянд.

Илова бар ин, дар оилае, ки кӯдаки бемор дорад, махсусан бо зухуроти имкониятҳои маҳдуд аз ҷониби ҳамсоҳаҳо ва дигарон низ метавонад нофаҳмӣ дошта бошад, ки он ба рушди кӯдак таъсири манфӣ мерасонад. Гузашта аз ин, қомилан эҳтимол дорад, ки ҳузури кӯдаки дорои нуқсонӣ рушд дар якҷоягӣ бо дигар омилҳо, метавонад худмуайянкунии оиларо тағйир диҳад, имкониятҳоро барои даромад, фароғат ва фаъолнокии иҷтимоӣ коҳиш диҳад.

Таҳқиқоти мо нишон дод, ки барои солҳои 2015-2018 бо сабаби патологияи системаи асаб шумораи кӯдакони дорои имкониятҳои маҳдуд зиёд мешаванд.

Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки дар миёни кӯдакони гирифтори патологияи системаи марказии асаб, кӯдакони то 3-сола хеле зиёданд. Вазни ҳоси кӯдакони хурдсоли гирифтори патологияи системаи асаб дар соҳтори маъюбии ибтидоӣ дар кӯдакони маъюб аз  $32,5 \pm 4,1\%$  дар соли 2014 то  $47,9 \pm 2,5\%$  дар соли 2017 афзоиш доштааст ( $< 0,01$ ).

Дар натиҷаи таҳлили вазъи иҷтимоию демографияи оилае, ки кӯдаки маъюб дар он зиндагӣ мекунад, мо якҷанд гунаҳоро оид ба ин шароити зиндагии оила ба назар гирифтём: ҳайати иҷтимоию демографӣ ва навъи оила, синну сол ва таҳсилоти падару модарон, синну сол ва имкони билқувваи тавонбахшии кӯдак. Асосан, се навъи оила вучуд дорад: мукамал, нопурра, кӯдаки бе падару модар, кӯдаке, ки аз ҷониби парасторон тарбия мегирад. Проблемаҳои ба амал баровардани тадбирҳои комплексии муолиҷавӣ ва тавонбахшӣ бештар дар оилаҳое, ки як падар ё як модар доранд, кӯдакони хурдсол, дар як оила мавҷуд будани

якчанд кӯдаки маъюб, дар оилаи мавҷуд будани пиронсолон, ки таваҷҷуҳи падару модаронро аз кӯдак парешон мекунад, арзи вучуд менамояд.

Маълумоти таҳқиқоти сотсиологии гузаронидашуда нишон дод, ки аксарияти оилаҳои дорои кӯдакони маъюб -70 фоизи чунин оилаҳо шароити қаноатбахши манзилӣ доранд.

Дар ин ҳол, бояд гуфт, ки қисми асосии қор ба души падару модарони 45 фоизи оилаҳои мукамал ва 35 фоизи оилаҳои нопурра меафтад. Тақрибан, сеяки оилаҳо дар ҳайати худ аъзои дигарро доранд, ки ба таваҷҷуҳи ниёз доранд - 32%. Дар байни онҳо бештар пиронсолон (модаркалону бобо) 18%, кӯдакони дигари гирифтори патология 4%, инчунин худи волидон 11% мебошанд. Сеяки кӯдакони дорои имкониятҳои маҳдуд танҳо дар дасти як нафар волидайн тарбия мегиранд – 32%.

Натиҷаи таҳқиқот нишон медиҳанд, ки фаъолинокии иҷтимоии оила коҳиш ёфтааст, аз ҷумла, 31 фоизи модарони фарзанди маъюбдошта аз 3 то 7 сол қор нақардаанд, дар зимн 40 фоизашон солҳои зиёд дар руҳсатии меҳнатӣ набуданд, 10 % маҷбур шуданд, ки барои нигоҳубин ва муолиҷаи кӯдак таҳсилро тарк кунанд, 15% қорашонро иваз карданд. Дар ҳамин ҳол, танҳо 36% модарони кӯдаки маъюбдошта қор мекунад, 21% онҳо бо вақти нопурра қор мекунад, 75,1% модарон ва 21,3% падарон нақшаҳои касбии қаблии худро вайрон қарда буданд. Ҳамин тариқ, 25% волидони кӯдакони маъюб бо мақсади назорат ва нигоҳубини кӯдаки бемор ё ба қори дигар гузаштаанд ё қори аз рӯйи ихтисоси интиҳобқардашонро тарк қардаанд, онҳо аксаран, дар ҳона қор мекунад. Аз ин рӯ, масъалаи нигоҳубин ва тарбияи кӯдакони дорои имкониятҳои маҳдуд ба гурӯҳи хавфи баланди иҷтимоӣ мансуб аст.

Проблемаи мазқур, пеш аз ҳама, ба шумораи зиёди омилҳои иҷтимоӣ гигиенӣ, тиббию демографӣ ва равонӣ, ки ба кӯдак таъсири манфӣ мерасонанд, вобаста аст. Чунончи, аз рӯйи маълумоти пажӯҳишҳо, пайдо шудани тифли маъюб фазои равонии оиларо якбора табоҳ месозад, дар 27% ҳолатҳо оила аз ҳам пошида мешавад, дар 34% ҳолатҳо падарон дар тарбияи фарзанд қумак намекунад. Тамоми бори қарони тарбия ва муолиҷаи кӯдаки дорои имконияти маҳдуд ба души модарон гузошта мешавад. Проблемаи кӯдакони дорои имконияти маҳдуд на танҳо мушкилии оила, балки проблемаи тамоми ҷомеа аст, дар ин масъала бояд як равиши бонизоме интиҳоб қардад, ки тамоми паҳлуҳои ҳалли мушкилотро аз ташхису муолиҷа то тавонбахшии доимии тиббию иҷтимоӣ фарогир бошад.

Дар оилаҳои маъюб, ки кӯдаки дорои имконияти маҳдуд доранд, яке аз омилҳои манфӣ суиистиқодаи нӯшоқиҳои алқули аз ҷониби волидайн ба таври мунтазам - 42,3% нисбат ба 21,4% дар оилаҳои оддӣ, баъзан - ҳар ҳафта 4,5 маротиба дар муқобили 2,2 бор дар оилаҳои оддӣ ба ҳисоб меравад.

Аз ин рӯ, омӯзиши тамоми соҳаҳои ҳаёт, дар ҳар як гурӯҳи ба таҳқиқот фаро гирифташуда тафовутҳои худро дошт, ин махсусан дар гурӯҳи асосӣ (ки кӯдакони дорои имкониятҳои маҳдудро тарбия қардаанд) мушоҳида мешуд.

Яке аз омилҳои анамнези вазнин синну соли падару модар аст. Аз ин рӯ, дар модарони нисбатан қалонсол эҳтимолияти таваллуди кӯдаки маъюб зиёд мешавад, онҳо анамнези вазнинтар доранд. Дар анамнез исқоти қандинқаратаи стихиявии ҳамл, қатъ намудани ҳомиладорӣ бо нишондодҳои тиббӣ, инчунин пайдоиши оризаҳо дар қараёни ҳомиладорӣ (норасоии машина, хатарӣ қатъшавӣ, токсикозҳои нимаи дуҷоми ҳомиладорӣ, сироятҳо, таваллуди осебнок) ба қайд гирифта мешавад.

Ҳангоми омӯхтани вазъи иҷтимоии оилаҳои гурӯҳи асосӣ ва назорат ба воситаи пурсишнома инҳоро нишон дод.

Дар ҳолати омӯхтани ҳайати оила тафовути бозғайимодӣ байни гурӯҳҳои муқоисашавандаро дар робита бо мавҷуд будани падар дар оиларо ошқор намуд. Аксарияти

оилаҳое, ки дар онҳо кӯдаки дорои имкониятҳои маҳдуд мавҷуд аст, аксаран дар дасти модарон ё бибихо тарбия мешавад. Ҳамин тавр, тағйирёбии басомади набудани падар дар гурӯҳи 1 нисбат ба гурӯҳи 2 хеле баландтар аст - 31,2% нисбат ба 21,2% ва баръакс, дар гурӯҳи 1 (бо кӯдакони маъюб) оилаҳои мукамал хеле камтар, мутаносибан 65,27% дар муқобили 80,4% мебошанд. Таҳлили сатҳи маърифати падару модар ҳамчун омил таъсиргузор ба иқлими оила нишон дод, ки дар гурӯҳи асосӣ сатҳи маълумот ҳам барои модар (нисбат ба гурӯҳи назоратӣ 3,4 маротиба камтар) ва ҳам барои падарон пасттар аст. (фарқият дар таносуби гурӯҳи назоратӣ 31,0% камтар аст)

Маълумоти таҳқиқотӣ оид ба арзёбии соҳаҳои фаъолияти меҳнатӣ нишон дод, ки дар оилаҳои кӯдакони маъюбдошта, махсусан, модарон 41,4 фоиз (дар гурӯҳи назоратӣ 22,5 фоиз) волидонии бекор хеле зиёданд. Дар байни падарони гурӯҳи асосӣ шумораи бекорон назар ба модарон 3 баробар кам аст, вале шумораи онҳо низ аз шумораи падарони бекор дар гурӯҳи назоратӣ, тақрибан 2 баробар зиёд аст.

Қайд кардан зарур аст, ки нигоҳубин ва назорати кӯдаки бемор вақти бештарро талаб мекунад ва аз ин рӯ, аксарияти модарон дар хона кор мекунанд. Ҳамин тавр, таҳқиқот нишон дод, ки дар оилаҳои гурӯҳи 1 бештари модарон речаи кори хонагӣ доранд - 6,5 фоиз нисбат ба гурӯҳи назоратӣ, ки дар он 1,4 фоизро ташкил медиҳад. Бояд гуфт, ки ҳангоми омӯштани ҳаёти оила то 45,0 ф% оилаҳои гурӯҳи асосӣ дар оила 3 ва зиёда фарзанд доштанд, ки ҳолати иҷтимоии онҳоро боз ҳам табохтар месозад.

Яке аз омилҳои, ки мавриди таҳқиқи мо қарор дорад ва ба рушди кӯдакон таъсир мерасонад, истиқомати оила дар шаҳр ё деҳа мебошад. Маълумоти таҳқиқотӣ нишон дод, ки аксарияти оилаҳои дорои кӯдакони имконияташон маҳдуд дар марказҳои вилоятӣ нисбат ба оилаҳои гурӯҳи назоратӣ зиндагӣ мекунанд. Ҳамин тавр, оилаҳои гурӯҳи назоратӣ (94,0%) нисбат ба гурӯҳи асосӣ 72,5% ва 66,3 % бештар ( $p < 0,001$ ) манзили алоҳида доштанд. 3,1 % оилаҳои дорои кӯдаки бемор ва 2,7 % оилаҳое, ки кӯдакони солим доранд, дар хобгоҳ, 3,0 % ва 2,7% оилаҳо дар манзилҳои коммуналӣ зиндагӣ мекарданд.

Савияи касбӣ таҳсилоти падару модарон ба микроиқлими оила ва тарбияи фарзандон таъсир мерасонад. Маълум шуд, ки аксарияти падару модарон таҳсилоти миёнаи махсус ва олии доранд. Падарони кӯдакони гурӯҳи назоратӣ бештар аз 39,7% ( $p < 0,02$ ) нисбат ба дигар гурӯҳҳо таҳсилоти олии доранд (дар гурӯҳи муқоисавӣ – 29,4% ва 25,5% дар гурӯҳи асосӣ).

Дар ним фоизи ҳолатҳо падарони кӯдакони маъюб таҳсилоти миёнаи махсус ва 24,5 % таҳсилоти миёнаи умумӣ доштанд. Дар гурӯҳи муқоисавӣ 44,0% падарони кӯдакон таҳсилоти миёнаи махсус, 24,5% - миёнаи умумӣ ва 2,2% - миёнаи нопурра ва дар гурӯҳи назоратӣ - мутаносибан 36,8%, 20,6% ва 2,9% пурсидашудагон доранд.

Аксарияти модарон ҳам мисли падарон таҳсилоти олии ва миёнаи махсус доштанд. Таҳсилоти олии модарон боэътимод ( $p < 0,02$ ) бештар дар гурӯҳи муқоисавӣ 40,0%, дар гурӯҳи назоратӣ 34,4% ва дар гурӯҳи асосӣ 26,7% ва миёнаи махсус дар байни модарони кӯдакони маъюб 52,6%, мутаносибан 43,7% ва 36,0%, ( $p < 0,01$ ) ба назар расидааст. Дар таҳсилоти миёнаи умумӣ ва миёнаи нопурраи модарони гурӯҳҳои таҳқиқшуда тафовути боэътимод ба назар намерасид.

Илова бар ин, ба тафовутҳои дохилигурӯҳӣ вобаста ба мансубияти нозологӣ ҷалби тавачҷуҳ қарда мешавад. Агар дар миёни бачагони гурӯҳи назоратӣ таҳсилоти олии бештар дар байни падарон ба қайд гирифта шуда бошад, пас дар байни кӯдакони гирифтори бемориҳои системаи гардиши хун — дар байни модарон бештар ба қайд гирифта шудааст.

Таҳқиқот нишон дод, ки аксарияти модароне, ки кӯдакони гирифтори бемориҳои узвҳои гардиши хунро тарбия мекунанд, 42,1% таҳсилоти миёнаи махсус ва 35,1 % таҳсилоти

олӣ доранд, вале 23,5% онҳо аз рӯи ихтисоси худ кор намекунанд. Онҳо ҳамин тавр, нақшаҳои касбу кори худро вайрон кардаанд. Дар байни падарон таҳсилоти миёнаи махсус 46,0 %-ро ташкил дода, 25,2% аз рӯи ихтисоси худ кор намекунанд. Нишондиҳандаи модарони бекор дар гурӯҳи асосӣ 41,5% ( $p < 0,01$ ) буд ва дар гурӯҳи муқоисавӣ 38,0%.-ро ташкил меод. Гузашта аз ин, нисфи онҳо хонашин ҳастанд, баъзеашон кор намекунанд, зеро кӯдаки гирифтори патологияи музминро нигоҳубин мекунанд. Маълумоти дар бораи бекории падарони кӯдакони гурӯҳи асосӣ дар муқоиса бо гурӯҳи муқоисавӣ андаке (мутаносибан 21,3% нисбат ба 15,2%) баландтар аст.

Дар кӯдакони гирифтори норасоии модарзодии дил дар 62,8% ҳолатҳо падарон таҳсилоти олӣ ва миёнаи махсус доштанд, вале танҳо 48,9% онҳо ( $p < 0,001$ ) аз рӯи ихтисоси худ, 17,1% аз рӯи ғайри ихтисоси худ кор мекарданд (касбҳои коргарӣ) 13,6 фоиз бошад, умуман дар ягон ҷо кор намекарданд. Дар байни модароне, ки кӯдаки маъюби гирифтори норасоии модарзодии дилро тарбия мекунанд, манзараи боз ҳам номусоид мушоҳида мешавад. 66,4 % онҳо дорои таҳсилоти миёнаи махсус ва олӣ буда, бо шуғли касбӣ танҳо нисфи шумораи онҳо 32,2 % таъмин карда шудаанд. Фоизи баланди 22,0%-и шуғл аз рӯи ихтисос дар байни модарони кӯдакони гирифтори ихтилолоти набзи дил нисбат ба модарони дорои кӯдаки маъюби гирифтори патологияи мазкур 5,2% ( $p < 0,001$ ) ба қайд гирифта шудааст.

Ҳангоми таҳлили омилҳои иҷтимоӣ-иқтисодӣ маълум гардид, ки аксарияти оилаҳо, ки кӯдакони гирифтори норасоии системаи гардиши хунро тарбия мекунанд, дар ҳолати вазнини молиявӣ қарор доранд. Чунин, дар 72,5% оилаҳои гурӯҳи асосӣ ва 40,5% оилаҳои гурӯҳи муқоисавӣ сатҳи некӯаҳволии моддӣ ба таври назаррас ( $p < 0,001$ ) нисбат ба оилаҳои гурӯҳи назоратӣ 33,7% пасттар аст. Бояд гуфт, ки оилаҳои дорои кӯдакони маъюб дар шароити вазнинтари моддӣ қарор доштанд, дар 72,5 % оилаҳо сатҳи некӯаҳволӣ паст, дар 26,7 % миёна ва ҳамагӣ дар 0,8% баланд буд.

Муқаррар гардид ки кӯдакони дорои имкониятҳои маҳдуд ва патологияи системаи дилу рағҳо дар муошират бо атрофиён нисбат ба ҳамсолонашон бештар мушкилӣ мекашанд. Ҳамин тариқ, танҳо 70,0% кӯдакони гурӯҳи асосӣ дар муошират бо волидон ва ҳамсолони худ ҳеҷ мушкилие мушоҳида накардаанд, дар ҳоле ки дар гурӯҳи муқоисавӣ 88,7%-и пурсидашудагон ( $p < 0,001$ ) мушкилӣ доштанд.

Муносибатҳои номутаносиб дар оилаҳои дорои кӯдакони маъюб нисбат ба ҳамсолони солими онҳо бештар маъмул буданд, мутаносибан 13,6% нисбат ба 5,9% ( $p < 0,05$ ).

Иқлими бештар номусоиди раванӣ дар оилаҳо, ки кӯдаки маъюби дорои нуқсонӣ модарзодии дилро тарбия мекунанд (ки бо рафтани падар аз оила, муноқишаҳои зуд-зуд дар миёни аъзои оила, вазъи вазнини молиявӣ, бекор будани модар вобаста аст) нисбат ба оилаҳои гурӯҳҳои дигар — 11,0 % ва 3,5% ба қайд гирифта мешавад.

Барои арзёбии вазъи саломатии модар, чараёни ҳомиладорӣ дар гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ, аз тарафи мо миқдори хавфи пеш аз таваллуд ва дохили таваллуд омӯхта шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки дар модарони гурӯҳи асосӣ патологияҳои ҳамроҳ бо оризаҳои чараёни ҳомиладорӣ нисбат ба модарони гурӯҳи назоратӣ ду маротиба зиёдтар, мутаносибан  $89,6 \pm 0,9\%$  ва  $86,1 \pm 0,4\%$  таххис шудаанд.

Дар давраи ҳомиладорӣ дар модароне, ки кӯдакони маъюб аз шаклҳои нозологӣ доранд, бемориҳои системаи таносулу пешоб  $29,4 \pm 2,0\%$ , сирояти шадиди вирусии нафаскашӣ  $27,3 \pm 2,1\%$  ва бештар аз ҳама камхунӣ  $40,5 \pm 2,2\%$  мушоҳида шудааст. Инчунин, дар давраи ҳомиладорӣ ихтилоли гомеостаз дар муқоиса бо занони ҳомиладор дар гурӯҳи назоратӣ 1,5 маротиба бештар,  $37,8 \pm 2,3\%$ , хатари қатъи ҳомиладорӣ 2 маротиба,  $43,2 \pm 2,2\%$  бештар

ташхис шудааст. Оризаҳои чараёни таваллуд ва сустии фаъолияти зоймонӣ дар  $28,4 \pm 2,1\%$ , таваллуди пеш аз муҳлат дар  $34,4 \pm 2,3\%$  ҳолатҳо ба мушоҳида расидааст.

Бояд гуфт, ки натиҷаҳои таҳқиқот имкон дод, ки омилҳои хавф, аҳамияти гуногуни пешгӯии онҳо омӯхта шаванд, ки ин имкон дод, ки гурӯҳи хавф муайян кард шуда, чадвали пешгӯӣ ва асосноккунии технологияи истифодаи амалии он имконпазир гардад. Маълумоти мо нишон доданд, ки анамнези бодикқат чамъовардаи волидайн ба табиб дар бораи ҷанбаи инҳирофоти эҳтимолии саломатии кӯдакон иттилоъ медиҳад ва тариқи таъбабат ва чораҳои тавонбахширо дар оянда муайян мекунад.

Бо мақсади ба низом даровардани расонидани кумаки зарурии ба дараҷаи баланд махсусгардонидашуда, аз ҷиҳати иҷтимоӣ мутобиқшуда ва ба кадри имкон наздиктари тиббию иҷтимоӣ ва тавонбахшӣ ба кӯдаки маъюб, мо «Алгоритми низоми фаъолияти ҳифзи иҷтимоии кӯдаки маъюбро» таҳия намудем. Алгоритм ба даври ҳаётии кӯдак асос ёфтааст ва ин равиш имкон медиҳад, ки новобаста аз синну соли кӯдак, сатҳи кӯмаки зарурӣ новобаста аз он, ки кадом бахш (соҳаи тандурустӣ, маориф ё ҳифзи иҷтимоӣ) мерасонад, тахти назорат ҳарор дошта бошад.

Бинобар ин, алгоритми амале, ки дар натиҷаи таҳқиқот таҳия шудааст, нигоҳубини асосии кӯдакони дорои имкониятҳои маҳдуд бо мақсади беҳтар намудани сифати зиндагӣ мебошад. Ва он талаб мекунад:

- шароит барои ташкили дастрасии беамониат ба объектҳо ва хизматрасониҳои афзалиятнок дар соҳаҳои афзалиятноки фаъолияти ҳаётӣ барои кӯдакони маъюб ва дигар гурӯҳҳои камҳаракати аҳоли;

- беҳтар намудани ангороҳои хизматрасонӣ дар соҳаи тавонбахшӣ ва системаи давлатии экспертизаи тиббию иҷтимоӣ бо мақсади ҳамгирии бештари кӯдакони маъюб дар ҷомеа.

Алгоритми таҳияшуда ба мутахассисон имкон медиҳад, ки ба саволҳои зерин посух пайдо кунанд:

- ҳолат ва тадбирҳои комплекси беҳтар намудани шароити зист ва хизматрасонӣ дар соҳаҳои афзалиятноки ҳаёт барои кӯдакони маъюб ва дигар гурӯҳҳои камҳаракати аҳолиро арзёбӣ намояд;

- сатҳи дастрасии иншоот ва хизматрасониҳо дар соҳаҳои афзалиятноки фаъолияти ҳаётии кӯдакони маъюб ва дигар гурӯҳҳои камҳаракати аҳолиро беҳтар намояд;

- монеаҳои «муносибатӣ» -ро баргараф созад;

- низоми давлатии экспертизаи тиббию иҷтимоиро навсозӣ намояд;

- дастрасии баробари кӯдакони маъюб ба хизматрасониҳои густардаи тавонбахширо фароҳам оварад.

## ХУЛОСАҲО

1. Ихтилоли функционалии узвҳо ва системаҳои кӯдакони бемор дар тафовут аз беморони гурӯҳи калонсол бо осебҳои шабеҳ, бо сабаби сохтори анатомӣ ва физиологии сохти бадани кӯдак вазнин мебошанд [1-М, 2-М, 4-М].

2. Дар кӯдакони дорои имкониятҳои маҳдуд коҳишёбии ҳаҷми узвҳои ҳаётӣ, аз қабилӣ ҳаракат, малакаҳои асабӣ, равонӣ, инкишофи нутқ ва рафтор бо этиология ва вазнинии зухуроти клиникии беморӣ алоқаманд аст [2-М, 4-М, 5-М].

3. Бемориҳои ҳамроҳи дохилираҳмӣ, хоричимаҳбалии баъди таваллуд, фарҷоми номусоиди давраи ҳомиладорӣ, таваллудкунии занҳо ба рушди имкониятҳои маҳдуди кӯдакони бемор таъсир мерасонанд [3-М, 5-М].



4. Дар маҷмӯи ташкили маъҷубшавӣ дар миёни кӯдакон аз рӯи натиҷаҳои таҳқиқоти ВТ ва ҲИА Ҷумҳурии Тоҷикистон дар солҳои 2015-2018 қойгоҳи асосиро бемориҳои системаи асаб ишғол мекунанд — 31,2% ва 27,8%; нуқсонҳои модарзодии рушд - 21,6% ва 22,7%, инҳирофоти камтар мушоҳида мешаванд, чунончи, ихтилолоти равонӣ - 9,7% ва 10,6%, пайомадҳои осеби ҷисмонӣ - 5,4% ва 5,9% ишғол мекунанд [1-М, 2-М, 3-М, 5-М].

5. Дар радифи синну сол ҳиссаи назарраси кӯдакони маъҷуб кӯдакони то 3- солаи беморро ташкил медиҳанд - 20,2%, дар ҳоле ки писарбачагон бештар - 18,5%, духтарбачаҳо андаке камтар - 14,6%-ро ташкил медиҳанд [5-М, 6-М, 7-М].

6. Бо кӯдакони дорои имкониятҳои маҳдуд вобаста ба омилҳои, ки ба вазнинии раванди патологӣ таъсир мерасонанд, ҳарчи зудтар тавонбахшии тиббиро гузаронидан лозим аст [2-М, 3-М, 6-М].

7. Ҳамаи кӯдакони маъҷуб ба тадбирҳои комплекси тавонбахшӣ эҳтиёҷ доранд, ки дар зимн дар клиникаҳои умумӣ то 41,5 % кӯдакони бемор, дар муассисаҳои махсусгардонидашудаи соҳа бошад, ин нишондиҳанда 59,5%-ро ташкил медиҳад. 15,5% кӯдакон ба ҷарроҳии ислоҳии барқароркунанда, 55,8% кӯдакони маъҷуб ба табobati барқароркунанда узвҳо ниёз доранд [1-М, 4-М].

### **Тавсияҳо оиди истифодаи амалии натиҷаҳо**

1. Натиҷаҳои таҳқиқоти маъҷубӣ дар кӯдакони дорои имкониятҳои маҳдуд дар натиҷаи пайдошавии аномалияҳои модарзодии рушд дар Ҷумҳурии Тоҷикистон бояд барои таҳияи тадбирҳои комплекси тавонбахшӣ дар сатҳи милли ҳамаҷун асос истифода шаванд.

2. Дар кӯдакони дорои имкониятҳои маҳдуд зухуроти клиникаи бештар возеҳи ихтилолоти асабӣ, равонӣ, ҳалалдоршавии нутқ, осеби узвҳои дастгоҳи тақягоҳию ҳаракатӣ имконпазир мебошанд, аз ин рӯ, вазифаи асосии тадбирҳои тавонбахшӣ бояд ислоҳи ихтилолот, ташкили саривактӣ хизматрасонии мустақилона, раванди таълим, фарогирии кӯдак дар оила ва ҷомеа бошад.

3. Арзёбии таҳқиқот оид ба омӯзиши дастгоҳи маъҷубӣ дар кӯдакони дорои имконияти маҳдуд дар давраи солҳои 2015-2018. дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ба ҳалли мувофиқи масъалаҳои пешгирӣ ва қоҳиш додани беморӣ ва маъҷубӣ дар сатҳи милли мусоидат менамояд.

4. Нишондиҳандаҳои муфассали иҷтимоӣ ва ҷенақҳои гигиении шумораи умумии кӯдакони дорои имкониятҳои маҳдуд дар натиҷаи патологияи модарзодии рушд метавонанд барои ташаккули барномаҳои комплекси қоҳиш додани шумораи маъҷубон дар байни кӯдакон ва тақмил додани тадбирҳои тавонбахшӣ заминаи иттилоотӣ бошанд.

5. Меъёрҳои эҳтиёҷоти кӯдакони дорои имкониятҳои маҳдуд дар натиҷаи инкишофи патологияи модарзодии рушд ба намудҳои гуногуни тавонбахшии тиббӣ иҷтимоӣ муайян карда шаванд.

### **Феҳристи мақолаҳои илмӣ нашршуда доир ба мавзӯи диссертатсия**

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

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

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

[3-М] Шодихон, Дж. [и др.]. Некоторые аспекты лечения и реабилитационные мероприятия детей раннего возраста с перинатальными поражениями центральной нервной системы [Текст] / Джамшед Шодихон [и др.] // Наука и инновация. – 2021. – № 1. – С. 161-166.

[4-М] Шодихон, Дж. Проблемы семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями вследствие врожденных аномалий, и их медико-социальная реабилитация [Текст] / Джамшед Шодихон, З.Х. Абдурахмонова // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2021. – № 1. – С. 99-106.

[5-М] Шодихон, Дж. Современные аспекты реабилитации детей с последствиями перинатального поражения ЦНС [Текст] / Джамшед Шодихон // Наука и инновация. – 2021. – № 3. – С. 73-77.

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

[7-М] Шодихон, Дж. Бактериальная вирусная инфекция мочевой системы при пиелонефрите у детей [Текст] / Джамшед Шодихон // Доклады Национальной академии наук Таджикистана. – 2021. – № 2. – С. 111-115.

[8-М] Шодихон, Дж. Реабилитации детей с нарушениями движения в условиях реабилитационного центра [Текст] // Доклады Национальной академии наук Таджикистана. – 2021. – № 2. – С. 117-121.

[9-М] Гоибов, А.Г., Шодихон, Дж. и др. Некоторые аспекты нормативно-правового регулирования в сфере социальной защиты инвалидов в Таджикистане в свете основных положений Конвенции о правах инвалидов [Текст] / А.Г. Гоибов, Шодихон Джамшед и др. // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2022. – № 10 от 10.03.2022.

[10-М] Шодихон, Дж., М. Рузиев и З.Н. Набиев. Проблемы современной семьи, имеющей детей с ограниченными возможностями вследствие врожденных аномалий, и их медико-социальная реабилитация. [Текст] // Доклады Национальной академии наук Таджикистана. – 2022. – № 1.

#### **Мақола ва фишурдаҳо дар маҷмӯи конференсияҳо нашршуда:**

[11-М] Шодихон, Ч. Чанбаҳои тиббӣ иҷтимоӣ ва иқтисодии раванди маъҷубият дар Ҷумҳурии Тоҷикистон. Дастовардҳо, мушкилот ва ояндабинӣ [Матн] / Чамшед Шодихон // Маҷмӯи маводҳои форуми байналмиллалӣ оид ба масъалаҳои маъҷубӣ. – Душанбе, 2019. - Саҳ.15-22.

[12-М] Шодихон, Дж. Интеграция услуг здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан: предварительные результаты [Текст] / Джамшед Шохидон, Н.Х. Олимзода // Сборник трудов Международного форума по вопросам инвалидов, Душанбе, 2019 г. – Душанбе, 2019. – С. 127-130.

[13-М] Шодихон, Дж. Семейные взаимоотношения и состояние здоровья лиц пожилого возраста Таджикистана после выхода на пенсию, проблемы и пути решения [Текст] / Джамшед Шодихон, С.С. Камалова, материалы Международной научно-практической конференции «Состояние геронтологического обслуживания и вопросов инвалидности в Республике Таджикистан: проблемы и пути их решения» // Здравоохранение Таджикистана. – 2021. – № 4. – С. 88-92.

[14 - М] Шодихон, Дж. Современные аспекты реабилитации детей с последствиями перинатальные поражения ЦНС [Текст] / Джамшед Шодихон, З.Н. Набиев; материалы Международной научно-практической конференции на тему: «Современные аспекты медицины в реабилитации» // Здравоохранение Таджикистана. – 2021. – № 3. - С. 72-73.

[15-М] Шодихон, Дж. Некоторые аспекты реабилитация после коронавирусной инфекции [Текст] / Джамшед Шодихон, З.Н. Набиев; материалы Международной научно-практической конференции на тему: «Современные аспекты медицины в реабилитации» // Здравоохранение Таджикистана. – 2021. – № 3. – С. 71-73.

#### **Дастури илмӣ - методӣ:**

Гаибов, А.Г., Шодихон Дж. и др. Диспансеризация как эффективная система сохранения и улучшения здоровья населения [Текст]: учебно-методическое пособие /

### Рӯйхати ихтисорот

ТУТ - Ташкилоти умумичаҳонии тандурустӣ.

СДБ - Сирояти дохили бачадон.

НМ - Нуқсонҳои модарзодӣ.

ТД – Таҳлили детерминистӣ.

МК - Маъюбии кӯдакӣ..

БК - Бемории кӯдакона.

ФК - Фавти кӯдакон

ВТХИА - Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

ИМ- Имкониятҳои маҳдуд.

КАТС- Кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ.

ДН – давраи наврасӣ.

МДСТМ — Маркази давлатии статистику тиббӣ ва маълумотдиҳӣ.

ФР - Федератсияи Руссия.

ҶТ - Ҷумҳурии Тоҷикистон.

ТБ - Тадбирҳои барқарорсозӣ.

СМА - Системаи марказии асаб.

ХН - Хавфи нисбӣ.

ХМ - Хавфи марбут.

ХДЭТИ - Хадамоти давлатии экспертизаи тиббию иҷтимоӣ.

АДХИА - Агентии давлатии ҳифзи иҷтимоии аҳоли.

МД “МТТКИИ” — Муассисаи давлатии «Маҷмааи таълимию таҷрибавии кори иҷтимоӣ ва инноватсияҳо”.

МД “ПЭТИТМ” - Муассисаи давлатии “Пажӯҳишгоҳи экспертизаи тиббию иҷтимоӣ ва тавонбахшии маъюбон”.

МД “ПТПТ” - Муассисаи давлатии “Пажӯҳишгоҳи тибби профилактикуи Тоҷикистон».

**АННОТАЦИЯ**  
**ШОДИХОН ДЖАМШЕД**  
**ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ СЕМЬИ, ИМЕЮЩЕЙ ДЕТЕЙ С**  
**ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ВСЛЕДСТВИЕ ВРОЖДЕННЫХ**  
**АНОМАЛИЙ, И ИХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ**

**Ключевые слова:** дети с ограниченными возможностями, врожденные дефекты, медико-социальная реабилитация, ЭДО, метод обследования, интеграция, алгоритм.

**Цель исследования.** Выявление проблем современной семьи и особенностей медико-социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями вследствие врожденных пороков развития в Республике Таджикистан.

**Объект и тема исследования.** Объектом исследования явились 255 больных детей с ограниченными возможностями вследствие врожденных пороков развития. В статье изучены клинико-социально-гигиенические особенности детей с ограниченными возможностями в результате врожденных отклонений развития. Определены особенности медико-социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями, изучена необходимость реабилитации различных патологических форм этой группы детей.

**Методы исследования.** В исследовании использовались клинико-лабораторные, биохимические и статистические методы исследования. Методология исследования основана на систематическом и комплексном анализе литературных данных, методов клинических, лабораторных и экспериментальных исследований. Методы, используемые в исследовательской работе: аналитическая интерпретация литературы по проблеме; уравнивание исследовательских групп; ретроспективный анализ анамнеза заболеваний с определением частоты, причин развития основной патологии, ее симптомов, проблемных сторон диагностики, лечения и реабилитации данной группы больных; разработка дизайна исследования и лечения в проспективной группе; статистическая обработка результатов и др. С помощью указанных выше объективных клинических методов диспансеризация больных позволила оценить общее состояние больного и выявить наличие сопутствующей патологии и ее некомпенсаторных симптомов.

**Результаты исследования.** Разработанный алгоритм действий по результатам исследования способствует улучшению качества жизни детей с ограниченными возможностями. На основе исследования предложены условия беспрепятственного доступа к приоритетным объектам и услугам в приоритетных сферах жизнедеятельности детей с ограниченными возможностями и других маломобильных групп населения, примеры предоставления услуг в сфере реабилитации и государственных услуг медико-социальная экспертиза с целью интеграции большего числа детей с ограниченными возможностями в общество.

**АННОТАТСИЯИ  
ШОДИХОН ҶАМШЕД  
ПРОБЛЕМАҲОИ ОИЛАИ МУОСИР БО КҶДАКОНИ ДОРОИ  
ИМКОНИЯТҶОИ МАҲДУДИ ВОБАСТА БА НУҚСОНҶОИ МОДАРЗОДӢ ВА  
ТАВОНБАХШИИ ТИББИЮ ИҶТИМОИИ ОН**

**Вожаҳои калидӣ:** кӯдакони дорои имкониятҳои маҳдуд, нуқсони модарзодӣ, тавонбахшии тиббию иҷтимоӣ, ХДЭТИ, методи муоина, ҳамгироӣ, алгоритм.

**Мақсади таҳқиқот.** Муайян намудани мушкилоти оилаи муосир ва вижагиҳои тавонбахшии тиббию иҷтимоии кӯдакони дорои имкониятҳои маҳдуд дар натиҷаи нуқсонҳои модарзодии рушд дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

**Объект ва мавзӯи таҳқиқот.** Объекти таҳқиқот 255 нафар кӯдакони бемори дорои имкониятҳои маҳдуд дар натиҷаи нуқсонҳои модарзодӣ буданд. Дар зимн, тавсифоти клиникӣ, иҷтимоӣ ва гигиении кӯдакони дорои имкониятҳои маҳдуд дар натиҷаи инхирифоти модарзодии рушд омӯхта шуданд. Вижагиҳои тавонбахшии тиббию иҷтимоии кӯдакони дорои имкониятҳои маҳдуд муайян карда шуда, зарурати тавонбахшии шаклҳои гуногуни патологияи ин гурӯҳи кӯдакон мавриди омӯзиш қарор дода шудааст.

**Методҳои таҳқиқот.** Дар таҳқиқот аз методҳои клиникӣ озмоишгоҳӣ, биохимиявӣ ва омории таҳқиқот истифода шудааст. Методологияи таҳқиқот ба таҳлили систематикӣ ва комплекси маълумоти адабиёт, методҳои таҳқиқоти клиникӣ, озмоишгоҳӣ ва афзорӣ асос ёфтааст. Методҳои дар таҳқиқот қор истифодашуда: шарҳу тафсири таҳлилии адабиёт оид ба проблема; баробаркунии гурӯҳҳои таҳқиқотӣ; таҳлили ретроспективи таърихи бемориҳо бо муайян кардани басомад, сабабҳои инкишофи патологияи асосӣ, оризаҳои он, ҷанбаҳои проблемавии таъхис, муолиҷа ва тавонбахшии ин гурӯҳи беморон; таҳияи тарҳрезии таҳқиқот ва муолиҷа дар гурӯҳи дурнамо; қорқарди омории натиҷаҳо ва ғайра. Бо ёрии методҳои дар боло зикршудаи объективи клиникӣ, озмоишгоҳӣ/клиникии муоинаи беморон имкон пайдо шуд, ки вазъи умумии бемор арзёбӣ қардида, мавҷудияти патологияи ҳамроҳ ва аломатҳои ғайриҷубронии он ошқор қарда шавад.

**Натиҷаҳои таҳқиқот:** Алгоритми таҳияшудаи амал дар асоси натиҷаҳои таҳқиқот боиси беҳтар шудани сифати зиндагии кӯдакони дорои имкониятҳои маҳдуд мегардад. Дар асоси таҳқиқот шароити пешниҳодшуда барои дастрасии бемамониат ба объектҳо ва хизматрасониҳои афзалиятнок дар самтҳои афзалиятноки фаъолияти ҳаётии кӯдакони дорои имкониятҳои маҳдуд ва дигар гурӯҳҳои қамҳаракати аҳоли, анғораҳои пешниҳоди хизматрасонӣ дар соҳаи тавонбахшӣ ва ҳадамоти давлатии экспертизаи тиббию иҷтимоӣ бо мақсади ҳамгироии бештари кӯдакони имконияташон маҳдуд ба ҷомеа пешниҳод қарда мешаванд.

**ANNOTATION**  
**SHADIKHAN JAMSHED**  
**PROBLEMS OF THE MODERN FAMILY WITH CHILDREN WITH LIMITED**  
**OPPORTUNITIES RELATED TO CONGENITAL DEFECTS AND ITS MEDICAL AND**  
**SOCIAL REHABILITATION**

**Key words:** children with limited opportunities, birth defects, medical and social rehabilitation, EDTI, examination method, integration, algorithm.

**The purpose of the study.** Identifying the problems of the modern family and the features of medical and social rehabilitation of children with limited opportunities as a result of congenital developmental defects in the Republic of Tajikistan.

**Object and topic of research.** The object of the study were 255 sick children with limited opportunities as a result of birth defects. In the article, clinical, social and hygienic characteristics of children with limited opportunities as a result of congenital deviations of development were studied. The features of medical and social rehabilitation of children with limited opportunities have been determined, and the need for rehabilitation of various pathological forms of this group of children has been studied.

**Research methods**

Clinical and laboratory, biochemical and statistical research methods were used in the research. The research methodology is based on a systematic and complex analysis of literature data, methods of clinical, laboratory and experimental research. Methods used in research work: analytical interpretation of the literature on the problem; equalization of research groups; retrospective analysis of the history of diseases by determining the frequency, causes of the development of the main pathology, its symptoms, problematic aspects of diagnosis, treatment and rehabilitation of this group of patients; development of research and treatment design in a prospective group; statistical processing of results, etc. With the help of the above-mentioned objective clinical methods, the clinical examination of patients made it possible to assess the general condition of the patient and to reveal the presence of accompanying pathology and its non-compensatory symptoms.

**Research results:** The developed action algorithm based on research results improves the quality of life of children with limited opportunities. On the basis of research, proposed conditions for unhindered access to priority objects and services in the priority areas of life activities of children with limited opportunities and other less mobile groups of the population, examples of providing services in the field of rehabilitation and state services of medical and social expertise in order to integrate more children with limited opportunities into society are done