

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

*На правах рукописи*  
УДК: 616 - 053. 3/4: 74.1

Саидова Любат Болтаевна

**ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ  
ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ  
ОТ УСЛОВИЙ ВОСПИТАНИЯ**

14.00.33 - Общественное здоровье и здравоохранение

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание учёной степени  
кандидата медицинских наук

Ташкент – 2010

Работа выполнена в Бухарском государственном медицинском институте.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор  
**КАРИМОВ Учкун Абдуллаевич**

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор  
**БАБАДЖАНОВ Абдужаббар Сагтарович**

доктор медицинских наук, профессор  
**МАХМУДОВА Наима Махмудовна**

Ведущая организация: **Южно-Казахстанская медицинская академия**

Защита состоится «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2010 г на заседании Специализированного Совета Д 087.09.03 при Ташкентской Медицинской Академии (г. Ташкент, 100109, ул Фароби, 2)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ташкентской Медицинской Академии.

Автореферат разослан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2010 г

**Учёный секретарь Специализированного  
Совета, кандидат медицинских наук,  
доцент**

**Ф. И. САЛОМОВА**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИССЕРТАЦИИ

**Актуальность работы.** В центрально-азиатских странах, в том числе и в Узбекистане, самой уязвимой группой населения являются дети, особенно дошкольного возраста. Ежегодные медицинские осмотры показывают, что мальчики и девочки дошкольного возраста, входящие в 1 группу здоровья (здоровые) не превышают 22,0-25,0% (Каримов У. А., 1999). У остальных обнаруживаются рискованные ситуации заболеть или различные патологические и функциональные отклонения в состоянии здоровья. На сегодняшний день 24,0% детей 6-летнего возраста считаются пригодными к школьному обучению (Каримова М. Н., 2005). Это по нашему мнению, является результатом того, что из-за снижения платёжеспособности населения и занятости на производстве, роста цен на продукты питания и товары повседневной потребности, медицинские и воспитательные услуги и другие, многие родители предпочитают воспитывать своих детей в семейных условиях. По последним данным (Каримов У. А., 2005) в настоящее время каждый пятый ребенок (21,0%) в республике посещает детские дошкольные учреждения. Это, естественно, негативно влияет на реализацию комплекса программ подготовки детей дошкольного возраста к школьному обучению. Это диктует необходимость проведения совместных исследований ученых педагогов, психологов, медиков и других заинтересованных направлений.

**Степень изученности проблемы.** В последние 20 лет серьезные исследования по изучению показателей состояния здоровья детей дошкольного возраста проведены ведущими учеными стран СНГ и нашей страны. Ими изучены различные аспекты заболеваемости, физического и нервно-психического развития детского населения, оценки факторов, определяющих эти показатели (Альбицкий В. А. и Баранов А. А., 1986; Леонов И. Т. и соавт., 1990; Исмаилов Ш. У., 1994; Каримов У. А., 1994; Маматкулов Б.М., 1996; Мамбеткаримов Г. А., 2005). В этих работах широко освещены вопросы комплексной оценки состояния здоровья детей раннего и дошкольного возраста в странах СНГ и в отдельных регионах нашей страны, в частности, в Республике Каракалпакстан, Ташкентской, Сурхандарьинской областях и в областях Ферганской долины, предложены для практического здравоохранения пути совершенствования оказания различных видов медицинской помощи детскому населению, новые варианты комплексной оценки здоровья детей по результатам углубленных медицинских осмотров. Представляют большой интерес результаты исследований, проведенных отечественными учеными в годы независимости страны по разработке новых подходов к профилактике, диагностике, лечению и реабилитации болезней детского возраста в возрастном аспекте в различных регионах республики (Рахимов С. А., 1997; Султанов А. Т., 1997; Шамсиев Ф. С., 1998; Шамсиев Ф. М., 2004; Махмудов О. С., 2005; Махмудова Д. И., 2005, 2006; Каримов У. А., 2005; Каримова М. Н., 2005; Алимов. А. В. и соавт., 2005; Абдусагатова Ш. Ш. и соавт., 2005; Диве-

ева А. С. и соавт., 2005; Холтаева Ф. Ф., 2005; Нурмухамедов Х. К. и соавт., 2005; Алимов А. В. и соавт., 2006; Азизова Н. Д., 2006).

В государственных программах Узбекистана «Здоровое поколение» (2000) и «Мать и ребенок» (2001) особое внимание уделялось охране и укреплению здоровья детей раннего и дошкольного возрастов, выявлению факторов, влияющих на показатели здоровья детей, разработке мероприятий по устранению и смягчению силы их влияния на детский организм, улучшению и совершенствованию медицинского обслуживания всего детского населения. Факторы же, формирующие здоровье детей в различных регионах республики не одинаковы. Они специфичны для каждого региона и обуславливаются климато-географическими, социально-экологическими, экономическими и другими условиями, традициями и обычаями населения, развитием всей системы здравоохранения в регионе и другими присущими им факторами. Для разработки целенаправленных мероприятий по улучшению показателей здоровья детского населения необходимо определить базовый уровень этих показателей, оценить качества оказываемой им медицинской помощи, установить силы влияния и структуры факторов, определяющих показатели здоровья детей различных возрастных групп.

Бухарская область, в частности г. Бухара относится к экологически неблагоприятным регионам республики со специфическим социальным укладом жизни населения. Область характеризуется высоким удельным весом рождения маловесных детей (менее 2500 г), пороками развития и другими отклонениями в состоянии здоровья. Это обуславливает высокий уровень заболеваемости и медико-психологической нестабильности детей в последующие годы их жизни. Это подтверждается тем, что в 2004 году число детей в области, допущенных к школьному обучению с 6 летнего возраста уменьшилось на 4,4% по сравнению с предыдущими годами (Каримов У. А., 2005).

Несмотря на это обстоятельство в Бухарской области до настоящего времени не проводились специальные научные исследования по изучению показателей состояния здоровья детей в возрастном, медико-педагогическом, нервно-психическом и других аспектах во взаимосвязи с условиями их воспитания. В связи с этим очень важным является изучение особенностей формирования здоровья детей, воспитывающихся в условиях семьи и детских дошкольных учреждений, определить и дать оценку роли так называемых «семейных» и других факторов риска развития различных патологических состояний в детском организме. Результаты таких исследований дают практическому здравоохранению и органам народного образования республики возможность разработать и реализовать соответствующие дифференцированные мероприятия по улучшению показателей здоровья детей, воспитывающихся в различных условиях и совершенствованию им медико-педагогико-психологической помощи. Этим и обосновывается актуальность настоящего исследования.

**Связь диссертационной работы с тематическими планами НИР.** Диссертационная работа выполнена согласно плану научно-исследовательских работ Бухарского Государственного медицинского института: «Она, бола ва оила саломатлигига таъсир этувчи омиллар, оналар саломатлигини яхшилашнинг комплекс усулларни ишлаб чиқиш», № Государственного регистра 01970004958/5436А.

**Целью исследования** является улучшение показателей здоровья и совершенствование оказания медицинской помощи детям дошкольного возраста в Бухарском регионе республики на основе изучения состояния их здоровья во взаимосвязи с формирующими его условиями воспитания.

**Для достижения поставленной цели определены следующие задачи:**

1. Изучить и оценить базовый уровень показателей состояния здоровья организованных и неорганизованных детей в условиях г. Бухары.

2. Определить факторы, оказывающие влияние на формирование показателей здоровья детей во взаимосвязи с условиями их воспитания.

3. Оценить качество медико-психологической подготовки к обучению в школе организованных и неорганизованных групп детей дошкольного возраста в условиях г. Бухары.

4. Разработать и внедрить в практику здравоохранения рекомендации по совершенствованию оказания медицинской помощи организованным и неорганизованным контингентам детского населения дошкольного возраста региона.

**Объект и предмет исследования.** Объектами исследования являлись детские дошкольные учреждения и семьи, а также воспитывающиеся в них дети дошкольного возраста, на территории обслуживания поликлиник № 4, 7, 8, 10, 11 г. Бухары. Предметом исследования явились социально-гигиеническая характеристика семей, их образ жизни, состояние медицинского обслуживания, динамика заболеваемости детей дошкольного возраста и распределения их на группы здоровья, вопросы подготовки детей к посещению детских дошкольных учреждений и школы, медицинская активность семей по воспитанию здорового ребенка.

**Методы исследования.** Для решения поставленных задач использованы: метод выкопировки данных из первичных медицинских документов, медицинские осмотры, метод анкетирования, непосредственное наблюдение, психологические тесты Керна-Ирасека, медико-статистические методы.

**Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Общий уровень заболеваемости и уровень её по отдельным нозологическим единицам среди организованных детей дошкольного возраста в регионе достоверно выше, чем у неорганизованных. Среди организованных детей значительно преобладают инфекционные заболевания, болезни органов дыхания, а среди неорганизованных - болезни обменных процессов, органов пищеварения, гельминтозы, что обусловлено условиями воспитания и образом жизни семей. С возрастом детей индекс их здоровья увеличивается, а ко-

личество часто болеющих – снижается. Указанные характеристики необходимо учитывать при организации профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий.

2. Неудовлетворительные жилищно-бытовые условия, материальные недостатки в семье, вредные привычки родителей, невнимательное отношение их к своему здоровью и здоровью детей, некачественный уход за ними, неблагоприятный психологический климат в семье, часто возникающие стрессовые ситуации в процессе воспитания детей, низкий уровень медицинской активности родителей и другие негативные элементы образа жизни семей г. Бухары являются ведущими социально-гигиеническими факторами в формировании здоровья детей дошкольного возраста в регионе республики. Осуществление эффективных мероприятий по формированию здорового образа жизни семей может создать надежные условия для воспитания здорового ребенка.

3. Среди детей дошкольного возраста г. Бухары нередки различные невротические расстройства. Частота низкого уровня психо-физиологических функций у неорганизованных детей имеет тенденцию к увеличению. При осуществлении подготовительной работы детей к дошкольным учреждениям и к обучению в школе важную роль играет проведение совместными усилиями медицинских работников и семьи эффективных мероприятий по предупреждению срыва адаптации в самом начале воспитания и обучения. Основной целью подготовительной работы должно быть устранение отрицательного влияния неблагоприятных социально-биологических факторов на формирование адаптационных возможностей детей, приведение их психо-функциональных возможностей в соответствие с требованиями, предъявляемыми детским дошкольным учреждениям (ДДУ) и школой.

**Научная новизна.** Впервые в Республике на примере г. Бухары путём комплексного изучения показателей здоровья детей дошкольного возраста была проведена сравнительная оценка данных о заболеваемости, нервно-психическом и физическом развитии детей, воспитывающихся в семейных условиях и в организованных коллективах. Установлены социально-гигиенические, медико-биологические и медико-организационные факторы, формирующие показатели здоровья детей, и обусловленные условиями их воспитания. Разработаны и внедрены в практику здравоохранения дифференцированные мероприятия по улучшению показателей здоровья детей и совершенствованию оказываемой им медицинской помощи с учётом условий воспитания в пустынной зоне Республики Узбекистан.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.**

Установленные различия в показателях здоровья организованных и неорганизованных групп детей дают возможность выявлять и своевременно устранять имеющиеся недостатки и упущения в медицинском обслуживании их на педиатрических участках. Учёт факторов, формирующих показатели здоровья детей, определение силы их влияния на эти показатели помогает прак-

тическим врачам и организаторам здравоохранения разработать и внедрить в работу дифференцированные лечебно-оздоровительные и профилактические мероприятия по улучшению здоровья детей, воспитывающихся в различных условиях. Внедрение новых организационных форм медицинской помощи детям способствует улучшению качества работы на педиатрических участках и повышению медицинской активности семей по воспитанию здорового ребенка.

**Реализация результатов.** Полученные результаты исследования явились основой для разработки методических рекомендаций «Пути решения проблем школьной зрелости в Бухарском регионе РУз», которые внедрены в практику здравоохранения в детских поликлиниках №4, территориальном медицинском комплексе №4, поликлинике №1 г. Бухары и разосланы по главным Управлениям Здравоохранения Хокимиятов всех областей Республики для использования в своей деятельности. Материалы диссертации используются в учебном процессе по подготовке врачей общей практики в Бухарском, Самаркандском медицинских институтах, на курсах по повышению квалификации медицинских сестер и врачей Бухарской области. Практические рекомендации по материалам диссертационной работы используются в деятельности главных управлений здравоохранением и народным образованием Бухарского областного Хокимията.

**Апробация работы.** Основные положения диссертации доложены на заседании кафедры подготовки врачей общей практики, на Учёном совете Бухарского Медицинского института (2005, 2006, 2007), на конференции молодых ученых Бухарского Государственного Медицинского института (2006), на семинаре-совещании работников здравоохранения и народного образования Бухарской области (2007), на межкафедральных семинарах при ТашИУВ, ТМА и апробационном семинаре при Спецсовете при ТМА (2009).

**Опубликованность результатов.** По материалам диссертации опубликовано 11 научных работ, в том числе 5 научных статей (1 – в Российской Федерации), 5 тезисов, 1 методические рекомендации.

**Структура и объём диссертации.** Диссертация написана на 130 страницах компьютерного набора. Состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, 6 глав с изложением результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, библиографического указателя. Библиографический указатель включает в себя 212 литературных источников, в том числе: отечественных - 164 и зарубежных авторов - 48. Работа иллюстрирована 15 рисунками и 10 таблицами.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**Во введении** обоснована актуальность проблемы, степень её изученности, связь диссертационной работы с планами НИР, цель и задачи исследований, основные положения выносимые на защиту, научная новизна и практи-

ческая значимость работы, её апробация, опубликованность результатов, структура и объем диссертационной работы.

**Первая глава** посвящена рассмотрению литературных данных, последовательно приводятся сведения о современных представлениях формирования состояния здоровья детей дошкольного возраста во взаимосвязи с воспитанием. Анализ литературы показывает, что охрана здоровья детского населения во всех странах мира требуют комплексное вмешательство и принятия неотложных мер и их решений не только в секторе здравоохранения, но и на уровне государственного управления в целом. Для этого необходимы объективные данные о показателях состояния здоровья детей в разрезе каждого региона и в целом по стране.

**Вторая глава** посвящена описанию материала и методов исследования.

Исследование основано на наблюдении, изучении характера формирования здоровья 600 детей дошкольного возраста во взаимосвязи с факторами их воспитания. Исследования проводились в условиях г. Бухары. Объектами исследования были дети дошкольного возраста, посещающие детские дошкольные учреждения и воспитывающиеся в домашних условиях, а также их семьи.

Для решения поставленных задач использованы: метод выкопировки данных из первичных медицинских документов, медицинские осмотры, метод анкетирования, непосредственное наблюдение, психологические тесты Керна-Ирасека, медико-статистические методы.

**Третья глава** посвящена анализу результатов заболеваемости организованных и неорганизованных групп детей дошкольного возраста в бухарском регионе.

Показатель заболеваемости, её уровень и структура изучались по данным обращаемости в поликлиники г. Бухары за четыре года и по результатам медицинских осмотров. Заболеваемость детей по обращаемости изучалась по материалам первичных медицинских документов поликлиник города и детских дошкольных учреждений.

Уровень общей заболеваемости детей (организованные и неорганизованные дети) по данным первичных медицинских документов в условиях г. Бухары в возрасте до 1 года составил 613,8, в возрасте от 1 до 2-х лет – 1186,6, от 2-х до 3-х лет - 1212,4, от 3-х до 4-х лет - 1254,2, от 4-х до 5 лет - 1206,6, от 5 до 6 лет – 1020,6 на 1000 детей соответствующих возрастов.

Пик обращаемости детей в медицинские учреждения приходится на 3-4 год жизни. Это объясняется тем, что в условиях Бухарского региона родители именно с этого возраста отдают своих детей в дошкольные учреждения, что приводит к расширению контакта их с внешним миром, своими сверстниками и, в определенной степени, с напряжением адаптационных механизмов организма к новым условиям воспитания.

Анализ и оценки полученных данных показали, что обращаемость родителей в медицинские учреждения по поводу заболеваний ребенка в регионе

остаётся низкой. Это подтверждается низкими показателями заболеваний детей всех возрастов, зафиксированных в первичных медицинских документах медицинских учреждений и учреждений дошкольного возраста г. Бухары. Особенно низка обращаемость в медицинские учреждения среди детей неорганизованных групп.

В организованных коллективах уровень общей заболеваемости детей по обращаемости к медицинским работникам, в каждой возрастной группе на 11-37% выше, чем среди детей, воспитывающихся в домашних условиях.

Для того, чтобы получить полное представление об уровне распространенности различных заболеваний среди детей дошкольного возраста в регионе, мы провели в конце 2008 года углубленный медицинский осмотр каждой возрастной группы детей с привлечением узких специалистов. Уровень заболеваемости по обращаемости и результаты медицинских осмотров дали нам возможность судить об уровне, так называемой, «исчерпанной» заболеваемости изучаемых возрастных групп детей дошкольного возраста.

В связи с низкой обращаемостью родителей в медицинские учреждения по поводу заболеваний своих детей, при медицинском осмотре у них выявлено значительное количество заболеваний, не зарегистрированных в медицинских документах. Так, у детей до 1 года жизни уровень дополнительно выявленных заболеваний составил 464,6, в возрасте 1-2 года - 1161,0, в 2-3 года 651,0, в 3-4 года 403,8, в 4-5 лет - 197,3, в 5-6 лет - 240,0 на 1000 детей соответствующих возрастных групп.

Среди дополнительно выявленных заболеваний у детей раннего (до 3-х лет) возраста высокое место занимают болезни, связанные с нарушениями питания и обмена веществ, последствия перинатальной патологии, болезни кожи и подкожной клетчатки и некоторые другие. С возрастом растет частота хронических заболеваний органов дыхания, гастродуоденальной системы, мочевыделительной системы, сердечно-сосудистой патологии.

Путем суммирования заболеваемости детей по обращаемости в медицинские учреждения и результатов проведения углубленных медицинских осмотров с участием специалистов узкого профиля установлен уровень «исчерпанной» заболеваемости детей дошкольного возраста в условиях Бухарского региона (табл. 1).

**Таблица 1**

**«Исчерпанная» заболеваемость детей дошкольного возраста в условиях г. Бухары (на 1000 детей соответствующего возраста)**

Возраст детей (годы, лет)	условия воспитания детей		общая заболеваемость	Возраст детей, годы	условия воспитания детей		общая заболеваемость
	неорганизованные	организованные			неорганизованные	организованные	
1	1078,4	-	1078,4	4	1615,2	1700,7	1657,9

2	2269,7	2425,5	2347,6	5	1362,1	1445,6	1403,8
3	1777,4	1949,3	1863,4	6	1164,6	1356,7	1260,6

«Исчерпанная» заболеваемость среди неорганизованных групп детей дошкольного возраста в условиях г. Бухары на сегодняшний день составляет 1544,6 промилле, а организованных - 1755,6 на 1000 детей соответствующего возраста. Среди всех детей дошкольного возраста г. Бухары уровень «исчерпанной» общей заболеваемости равняется 1650,1 промилле. В раннем детском возрасте заболеваемость у мальчиков выше, чем у девочек. Это подтверждается и работами многих других авторов.

В структуре заболеваемости детей на первом месте находятся болезни органов дыхания (55,2% всех зарегистрированных заболеваний). Далее следуют нарушения питания, обмена веществ и эндокринные заболевания (11,2%), инфекционные и паразитарные заболевания (9,0%), болезни кожи и подкожно-жировой клетчатки (5,6%), нервной системы и органов чувств (7,32%), органов пищеварения (3,0%) и другие (9,45%).

Болезни органов дыхания занимают высокий удельный вес во всех возрастных группах детей, и формируются, в основном, за счет ОРВИ: доля ОРВИ в структуре заболеваний органов дыхания в регионе составляет 81,7%. С возрастом растет доля хронических заболеваний (тонзиллиты, синуситы и др.). Среди болезней органов чувств наиболее значительна доля отитов (48,6% всех заболеваний этого класса). В структуре гастроэнтерологической заболеваемости в раннем возрасте основное место занимают острые гастриты, энтериты, грыжи, а в более старшем возрасте на первое место выходят хронические заболевания желчевыводящих путей, гастриты, гастродуодениты.

Таким образом, установлено, что в условиях Бухарского региона заболеваемость организованных детей инфекционными и соматическими заболеваниями выше, чем неорганизованных. В структуре заболеваемости детей дошкольного возраста доминирующее положение занимают болезни органов дыхания, инфекционные и паразитарные заболевания, нервной системы и органов чувств, кожи и подкожной клетчатки, органов пищеварения. Эти пять классов болезней практически исчерпывают всю обращаемость родителей в поликлинику по поводу заболеваний всех детей. Следовательно, усилия медицинских работников детских лечебно - профилактических учреждений и всей педиатрической службы региона должны быть направлены на профилактику названных выше классов патологии.

Комплексная оценка состояния здоровья детей по годам жизни в двух группах семей позволила установить, что в организованных группах детей доля практически здоровых (1 и 2А группы здоровья) на каждом году жизни была значительно ниже, чем среди детей неорганизованных групп ( $P < 0,01$ ). Эти данные приведены в таблице 2.

Анализ динамики групп здоровья в первые 6 лет жизни показал, что из организованных детей 2 года жизни 1 и 2А групп здоровья до 26,6%, а неорганизованных 2 и 3 года жизни - 12,8% переходят в 3 группу здоровья. Хроническая патология к 5-6 годам жизни формируется в основном у детей из 2В групп и 3 групп здоровья.

**Таблица 2**

**Распределение детей дошкольного возраста по группам здоровья по материалам учета поликлиник г. Бухары (в % к общему числу наблюдаемых детей)**

Год жизни	Наблюдаемые группы детей	Группы здоровья					Всего (%)
		1	2А	2Б	2В	3	
1-й	Организованные	-	-	-	-	-	-
	Неорганизованные	16,7	6,8	13,9	47,2	15,4	100,0
2-й	Организованные	8,0	4,2	12,6	64,8	10,4	100,0
	Неорганизованные	12,7	6,1	15,8	56,7	8,7	100,0
3-й	Организованные	6,2	3,3	10,7	60,7	10,1	100,0
	Неорганизованные	13,3	7,2	17,6	52,3	9,6	100,0
4-й	Организованные	12,5	8,5	15,4	50,1	13,5	100,0
	Неорганизованные	20,1	9,7	13,0	41,4	15,8	100,0
5-й	Организованные	16,6	10,1	7,7	46,7	18,9	100,0
	Неорганизованные	24,4	14,3	5,3	40,3	17,7	100,0
6-й	Организованные	21,8	8,7	9,5	43,6	16,4	100,0
	Неорганизованные	29,7	12,1	4,3	38,4	15,5	100,0
Итого	Организованные	12,3	6,6	10,8	54,6	15,7	100,0
	Неорганизованные	19,8	9,8	9,7	46,9	13,8	100,0

Примечание: 1 группа - здоровые дети; 2А - практически здоровые дети с различными стигмами, морфологическими дефектами; 2Б - практически здоровые дети с факторами риска; 2В - часто болеющие дети; 3 группа – дети с хроническими заболеваниями в различной стадии компенсации

Проведенные исследования показывают, что для снижения общей заболеваемости среди детей дошкольного возраста и числа, часто болеющих детей в Бухарском регионе необходимо проводить рациональное лечение острых респираторных заболеваний у часто болеющих детей с использованием общеукрепляющей и иммуномодулирующей терапии. Проводимая на педиатрических участках санитарно-просветительная работа должна обеспечить правильную организацию социальной среды ребенка, проведение детям всего комплекса закаливающих процедур (воздушные ванны, обливание,

массаж, обтирание, гимнастика и т.д.) с учетом индивидуальных особенностей ребенка. Необходимо проведение разъяснительной работы среди родителей о вреде самолечения, о повышении медицинской активности семьи, о необходимости выполнения назначений и рекомендаций врача, формировании здорового образа жизни. При планировании профилактической работы на участке одним из главных разделов её должны быть дифференцированные мероприятия по гигиеническому воспитанию детей, родителей и семьи в целом с учетом её социально-гигиенической характеристики.

**Четвертая глава** посвящена оценке социально-гигиенических условий и образа жизни семей, воспитывающих детей дошкольного возраста в бухарском регионе.

В целях разработки гигиенических рекомендаций семьям по улучшению воспитания детей в зависимости от условий и образа жизни, а также для повышения эффективности работы участкового педиатра или врача общей практики, нами проведено комплексное социально-гигиеническое исследование здоровья детей дошкольного возраста во взаимосвязи с факторами воспитания в семьях различных профессиональных групп населения г. Бухары.

Анализ материала показал, что из всех обследованных семей 527 (87,9%) были полными (не считая зарубежные отъезды по поводу заработков, которые делятся от нескольких месяцев до нескольких лет) и 73 (12,1%) - неполными.

В основном обследованные нами семьи проживали в удовлетворительных жилищных условиях – имели собственный дом или 1-, 2-, 3- и 4-комнатные квартиры. Однако 8,2% семей проживали в неудовлетворительных в санитарно-техническом и санитарно-гигиеническом отношении жилищных условиях (отсутствие водопроводной воды, канализации, газа, центрального отопления, теснота в жилом помещении и т.д.). Жилище в большинстве семей было теплым, светлым, сухим. По общей балльной оценке с учетом гигиенической характеристики и благоустройства хорошие жилищные условия в г. Бухаре имели 268 (44,7%) обследованных семей.

В 492 (82,0%) случаях семьи были неродственными, в 48 (8,0%) - родители состояли в родственном браке.

Оценить материальное благополучие семьи за счёт официального учета размеров заработной платы, пенсии, стипендии и различных пособий в нынешних условиях очень трудно, так как многие родители после положенного рабочего дня занимаются репетиторством, переводами, обслуживанием свадеб и других торжеств, пассажироперевозкой на собственной машине и другими видами труда, чаще всего не учитываемого налоговыми органами, что приносят семье дополнительные доходы. Более объективным для этой цели оказывается мнение самих членов семьи. Свое материальное благополучие сами семьи оценивали следующим образом: 31 (5,2%) семей считали его очень хорошим, 159 (26,5%) - хорошим, 338 (56,3%) - средним и 72 (12,0%) - плохим.

143 (23,8%) семей (в основном, молодые семьи) состояли из 3-х человек (отец, мать и один ребенок), 240 (40,0%) - из 4-5 человек, остальные из 6-ти и более человек.

В 345 (57,5%) семьях родители были рабочими, в 191 (31,9%) - служащими, в 4 (0,6%) – студентами. В 219 случаях (36,5%) - матери были домохозяйками, 53 (10,0%) отцов – безработными.

Многие родители имели среднее и среднее специальное образование. Вместе с тем, 136 (22,6%) матерей и 205 (34,2%) отцов имели высшее образование. Уровень же санитарной культуры семей не соответствовал образовательному цензу родителей. Так, курение среди отцов отмечалось в 352 (58,7%) случаях, периодическое употребление алкоголя – в 8 (1,4%), употребление наркотических веществ – в 5 (0,9%), насвай употребляли (курили) – 275 (45,9%) отцов.

Благоприятный психологический климат, отсутствие конфликтов между родителями, детьми, между детьми и родителями создаёт идеальный психологический комфорт и хорошие условия для нормального физического и психического развития ребенка в семье. В наших исследованиях в 538 (89,7%) семьях психологический климат оценен как благоприятный, в 62 (10,3%) - как неблагоприятный.

Среди наблюдаемых детей 377 (62,9%) посещали детские дошкольные учреждения, 219 (36,5%) - воспитываются в домашних условиях и 4 (0,6%) - у частных воспитательниц или родственников. Для нормального роста и развития ребенка важное значение имеет кормление его грудным молоком с первых часов после рождения. В исследованных нами семьях г. Бухары реализация этого показателя осуществлялась в 412 (68,7%) случаях, а исключительно грудное кормление до 6 месячного возраста не превышало 12 (2,0%). По нашим данным, 78,8% матерей, использующих грудное кормление продолжали его до 12 и более месяцев. Ранний перевод детей на смешанное вскармливание оказался довольно высоким (с 3-4 месяцев - 54,3%).

Вышеуказанные семейные факторы определяющим образом могут влиять на формирование показателей здоровья детей. Неудовлетворительные жилищные условия, низкий материальный достаток, низкий уровень общей и санитарной культуры, вредные привычки родителей, невнимательно относящихся к своему здоровью и здоровью детей, плохие взаимоотношения между супругами, часто возникающие стрессовые ситуации в процессе воспитания детей, низкая социальная и медицинская активность и другие факторы могут быть ведущими в формировании как соматических, так и психофизиологических показателей здоровья детей. Только целенаправленная работа в семьях с учётом этих факторов риска будет способствовать оздоровлению детей в семейных условиях и предупреждению их заболеваемости.

**Пятая глава** посвящена состоянию медико-психологической подготовки детей бухарского региона к началу школьного образования.

Для оценки уровня психофизиологического развития детей, оценки их контакта с окружающей средой, построения воспитательной работы, и подготовки детей к школьному обучению, важно учесть умение детей дошкольного возраста организовать внешние контакты. Наши исследования показали, что 291 (48,5%) детей раннего возраста в отсутствие посторонних лиц сами самостоятельно общаются и играют с игрушками, 116 (19,4%) - предпочитают находиться в кругу семьи, 93 (15,5%) более старших детей – больше времени проводят со сверстниками на улице. При этом более общительными и коммуникабельными были дети, посещающие ДДУ: из 291 ребенка, способного самостоятельно играть, 230 – это дети, посещающие ДДУ, а из числа детей, предпочитающих находиться в кругу семьи, 92% (107 детей) не посещали ДДУ.

У детей раннего возраста (1-3 лет), начинающих посещать ДДУ, следствием нарушения адаптации к ДДУ может быть развитие невротических расстройств, частота которых в последние годы имеет тенденцию к увеличению и в конечном итоге определяет качество подготовки ребенка к поступлению в будущем в школу. Эти расстройства мешают успешному усвоению школьной программы и препятствуют правильному, полноценному формированию личности ребенка. Поэтому важное значение имеет изучение и разработка на этой основе эффективных мероприятий по предупреждению у детей срыва адаптации в самом начале воспитания в ДДУ. Большую роль в этом отношении играют и медицинские работники и семья.

В период подготовки ребенка к ДДУ и к школе важно добиться того, чтобы у него отсутствовали хронические заболевания, чтобы он обладал гармоничным физическим и нервно-психическим развитием, нормальным функционированием органов и систем, высокой работоспособностью.

Нами проведена сравнительная оценка степени «школьной зрелости» организованных и неорганизованных детей 6 лет Бухарского региона.

Результаты исследований показали, что уровень истинной «исчерпанной» заболеваемости организованных детей 6 лет в Бухарском регионе существенно выше, чем неорганизованных – соответственно 1356,7 и 988,9 на 1000 детей данного возраста, хотя по материалам обращаемости в медицинские учреждения различия менее значимы (соответственно, 1116,7 и 924,6 на 1000 детей). На наш взгляд, более высокие показатели заболеваемости организованных детей отчасти обусловлены организационными моментами - необходимостью получения справки в случае заболевания ребенка и повседневным медицинским контролем за состоянием здоровья детей в ДДУ. Вместе с тем, более высокая заболеваемость организованных детей может быть обусловлена большими возможностями контакта, особенно если учесть, что более 50% заболеваний этих детей – это острые респираторные вирусные инфекции. Этим же фактором можно объяснить и то, что среди организованных детей 6-леток 43,6% - это часто болеющие дети, тогда как среди неорганизованных контингентов таких детей 38,4%; ни разу не болевших за год не-

организованных детей было 23,2%, организованных - 15,3%. 16,4% организованных и 15,5% неорганизованных детей 6 лет имели хронические заболевания. Среди организованных детей было больше 6-леток, входящих во 2 и 3 группу здоровья - 78, 2% (неорганизованные - 70,3%), однако среди неорганизованных детей было на 39% больше детей с недостатками физического развития.

В период контроля «школьной зрелости» большое значение имеет выявление признаков психосоматических изменений в организме детей. Причиной появления таких расстройств чаще всего являются бытовые факторы, особенно стрессорного характера, поэтому мы не дифференцировали частоту таких расстройств у организованных и неорганизованных детей, а подходили к их оценке с позиций того, что в любом случае следует обратить на них внимание.

Результаты наших исследований показали, что многие проявления психосоматических изменений у детей дошкольного возраста остаются незамеченными со стороны медицинских работников, воспитателей и родителей, что является результатом недостаточно полной организации и проведения подготовки детей к образовательным учреждениям. Углубленный медицинский осмотр детей 6 летнего возраста показал, что у многих из них имеются различные проявления нарушения сна (более длительный период засыпания – 157 (26,1%), поверхностный сон – 40 (6,7%), разговоры во сне – 70 (11,6%), нарушения аппетита (отказ от пищи - 16,1%, снижение аппетита - 18,8% и др.), болевые симптомы (головная боль - 5,6%, боли в области сердца - 2,3%, в области живота - 9,1% и др. (рис. 5.3)). У 82 (13,7%) детей отмечалась повышенная потливость, у 26 (4,3%) - ночной энурез, у 127 (21,2%) – неусидчивость. Эти синдромы чаще всего являются результатом дисбаланса между возможностями ребенка и предъявляемыми к нему требованиями. Приведенные данные свидетельствуют о том, что практически каждый пятый исследованный ребенок имеет астеноневротические нарушения. Чаще всего – это неусидчивость и длительный период засыпания, что, по-видимому, обусловлено гипервозбудимостью детей. Это влечет за собой нарушения аппетита и возникновения болевых симптомов, которые отмечены, соответственно, у 34,9% и 17% детей.

Опрос родителей исследуемых детей показал, что кроме вышеуказанных астеноневротических признаков, у 95 (15,9%) наблюдаемых детей отмечена неспособность сидеть спокойно (лишние движения). Различные навязчивые движения наблюдались у 16 (2,6%), непослушность - у 92 (15,3%), колебания настроения - у 103 (17,2%), снижение внимательности - у 65 (10,8%), чувство страха (темноты, животных, страх перед учителями и др.) - у 190 (31,7%), раздражительность - у 66 (11,0%), грубость - у 70 (11,6%), агрессивность - у 94 (15,6%).

Многими учёными установлено, что в 80% случаев систематическая школьная неуспеваемость обусловлена различными состояниями интеллек-

туальной недостаточности. В наших исследованиях интеллектуальные способности детей оценены на основе результатов проведения теста Керна – Ирасека (табл. 3).

**Таблица 3**

**Результаты выполнения теста Керна-Ирасека в сравниваемых группах**

Интеллектуальный уровень	Оценка в баллах	Частота распределения детей, %				P
		Организованные		Неорганизованные		
		абс	%	абс	%	
Удовлетворительный	3-8	85	42,9±2,6	150	34,0±3,0	<0,01
Ниже среднего	9-10	125	50,0±3,2	170	48,6±2,7	-
Низкий с дефектами произношения	Более 10	40	16,0±2,3	30	8,5±1,5	<0,01
Итого		250	100	350	100	

Результаты исследования показали, что уровень интеллектуального развития неорганизованных детей отличается от организованных: количество детей соответствующих «школьной зрелости» (3-8 баллов), среди организованных детей было на 8,9% от общего числа детей больше, чем среди неорганизованных ( $P<0,01$ ). Детей с уровнем развития ниже среднего, но без дефектов произношения, была почти половина (50% - среди неорганизованных и 48,6% среди организованных детей, различие статистически недостоверное). Среди неорганизованных детей почти в 2 раза чаще отмечены дети с очень низким уровнем интеллектуального развития и с дефектом речи ( $P<0,01$ ).

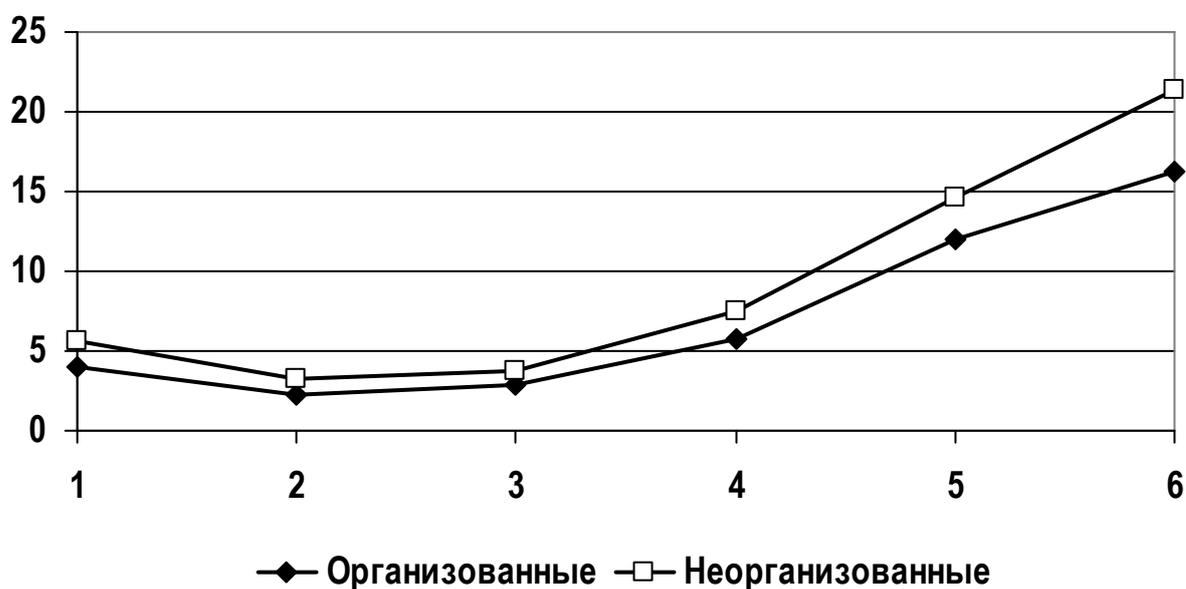
В обобщенном виде причины, которые способствуют ухудшению психического здоровья, по мнению исследователей, следующие: снижение жизненного уровня (неполноценное питание, голод), проблемы школьной дезадаптации, конфликты в семье, изменение морально-нравственных критериев в обществе, ухудшение соматического здоровья, снижение качества профилактической работы и многие другие факторы.

**Шестая глава** посвящена анализу значения условий воспитания для заболеваемости детей. В этой связи нами исследовано значение условий воспитания для частоты повторяемости заболеваний у детей. Для этой цели нами была разработана социологическая анкета для родителей часто болеющих и эпизодически болеющих детей со следующими вопросами: социально-гигиенические условия жизни детей в семье, детских дошкольных учреждениях, соблюдение режима дня, условия воспитания в семье и детских садах и так далее.

По частоте повторяемости перенесенных детьми острых заболеваний нами были сформированы группы часто болеющих и эпизодически болеющих детей (ЧБД и ЭБД соответственно) с последующим анализом социально-экономических условий жизни, характера воспитания и медицинской активности семьи. К ЧБД были отнесены дети с числом острых заболеваний в течение года 4 и более, как это принято в педиатрической практике и многими исследователями. Из общего числа наблюдаемых детей 50,3% (302 ребенка) были отнесены к ЧБД, причем среди организованных детей ЧБД было на 15,6% больше, чем среди неорганизованных. Эта закономерность прослеживается во всех возрастных группах. Среди ЧБД 78,2% на первом году жизни неоднократно переболели пневмонией и бронхитом.

С возрастом количество таких детей в обеих группах (организованные и неорганизованные) постепенно снижается. Самый высокий уровень часто болеющих детей регистрируется на 2-м и 3-м году жизни.

По нашим данным, индекс здоровья детей на 1-м году жизни составил 4,8%. Самый низкий индекс здоровья в обследуемой группе детей отмечается на 2-м и 3-м годах жизни (2,7 и 3,3% соответственно). С возрастом, как среди организованных, так и неорганизованных число не болевших детей увеличивается и в среднем по обеим группам детей на 4-м, 5-м, 6-м годах жизни составляет 6,6%, 13,3% и 18,8% соответственно (рис. 1).



**Рис. 1. Динамика индекса здоровья детей дошкольного возраста г. Бухары, воспитывающихся в разных условиях (%)**

Рассчитанные показатели риска, представленные в таблице 4, показали, что наиболее высок риск ЧБД для изучаемого контингента в случае несоблюдения режима дня, лишения ребенка прогулок на свежем воздухе – в этом случае относительный риск составляет 5,1, а коррекция этого фактора позволит в 4 раза уменьшить риск повторных заболеваний. Очень важен ма-

теринский уход (ОР=3,5), его отсутствие увеличивает риск ЧБД в 2,5 раза. Важно значение отсутствия закалывания и занятий физической культурой (ОР-3,1; СОР-2,1). Из числа весьма значимых факторов следует отметить также ссоры родителей в присутствии детей (ОР-3,0; СОР-2,0), отсутствие гигиенических навыков у детей (ОР-2,6; СОР-1,6), искусственное или раннее смешанное вскармливание (ОР-2,4, СОР-1,4).

**Таблица 4**

**Показатели риска ЧБД для различных факторов условий воспитания**

Фактор риска	AP <sub>1</sub> *	AP <sub>2</sub> **	Относительный риск (ОР)	Снижение ОР (СОР)	Отношение шансов
Несоблюдение режима дня, отсутствие прогулок	0,92	0,18	5,1	4,1	21,9
Нематеринский уход	0,67	0,19	3,5	2,5	8,7
Нерегулярное закалывание, отсутствии утренней гимнастики	0,72	0,23	3,1	2,1	8,3
Искусственное и раннее смешанное вскармливание	0,8	0,34	2,4	1,4	8,2
Отсутствие гигиенических навыков у детей	0,78	0,30	2,6	1,6	7,9
Ссоры родителей в присутствии детей	0,77	0,26	3,0	2,0	6,5
Курение в присутствии детей	0,75	0,41	1,8	0,82	4,2
Невыполнение рекомендаций врача	0,7	0,38	1,8	0,84	3,7
Низкий социально-экономический уровень	0,57	0,36	1,6	0,58	2,4
Низкий образовательный уровень матери	0,6	0,48	1,25	0,25	1,6
Неблагоприятные бытовые условия	0,6	0,5	1,2	0,2	1,5

Примечание: \*AP<sub>1</sub>- абсолютный риск при наличии фактора риска, \*\*AP<sub>2</sub>- абсолютный риск при отсутствии фактора риска

Таким образом, можно прийти к общему заключению о том, что в бухарском регионе низкий материальный достаток в семье, неудовлетворительные жилищные условия, низкий уровень общей и санитарной культуры, вредные привычки родителей, невнимательно относящихся к своему здоровью и здоровью детей, плохие взаимоотношения между супругами, часто возникающие стрессовые ситуации в процессе воспитания детей, низкая социальная и медицинская активность семьи являются основными факторами, способствующими высокой заболеваемости и формированию часто болеющих детей в дошкольном возрасте.

При оценке факторов риска становится понятным, что отрицательное влияние многих из них может быть исключено полностью или ослаблено при настойчивой работе в семьях по воспитанию здорового ребенка. И в этом кроются большие резервы повышения уровня здоровья детей и снижения их заболеваемости. Учет этих факторов необходим при разработке дифференцированных мероприятий по оздоровлению образа жизни семей в зависимости от условий их проживания и для повышения эффективности работы участкового педиатра.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

### **Выводы:**

1. Среди организованных детей различных возрастных групп Бухарского региона уровень общей заболеваемости по первичным медицинским документам на 11-37,0% выше, чем среди детей, воспитывающихся в домашних условиях, что свидетельствует о некачественной постановке профилактической работы на педиатрических участках и мероприятий по повышению медицинской активности семей в детских лечебно-профилактических учреждениях региона. Число ЧБД среди организованных детей достоверно выше (46,8%), чем среди детей, воспитывающихся в домашних условиях (23,4%),  $P < 0,01$ .

2. Среди организованных групп детей число болеющих инфекционными заболеваниями и болезнями органов дыхания заметно выше, чем среди неорганизованных детей. У детей, воспитывающихся в домашних условиях чаще регистрируются болезни обмена веществ (рахит, гипотрофия и др.), органов пищеварения (острые гастриты, энтериты, гастродуодениты), гельминтозы, что связано с особенностями условий их воспитания и ухода за ними, образом жизни семей.

3. С возрастом, как среди организованных, так и неорганизованных детей растет показатель их индекса здоровья, который в среднем по обеим группам на 4-м, 5-м, 6-м годах жизни составляет соответственно 6,6%, 13,3%

и 18,8%, однако отмечается рост формирования среди них хронических заболеваний.

4. В настоящее время в Бухарском регионе большинство обследованных нами детей проживают в удовлетворительных жилищных условиях (91,8%), своё материальное положение семьи оценивают в 5,2% случаях как очень хорошее, в 26,5% - хорошее, в 56, % - среднее и в 12,0 % - плохое.

5. Образ жизни большинства семей (от 60,0% до 86,0%), воспитывающих детей дошкольного возраста в Бухарском регионе, по различным объективным и субъективным причинам не соответствует требованиям здорового образа жизни, что негативно отражается на показателях грудного кормления ребенка с момента его рождения, рациональности питания в последующие годы, закаливания, подготовки к детскому дошкольному учреждению и школе, профилактике и лечению заболеваний детского возраста и их оздоровления в домашних условиях. Уровень санитарной культуры и медицинской активности семей по воспитанию здорового ребенка не соответствует образовательному цензу родителей.

6. Многие проявления психофизиологических нарушений у детей дошкольного возраста остаются не замеченными со стороны медицинских работников, воспитателей и родителей, что является результатом недостаточной организации мероприятий по подготовке детей к образовательным учреждениям в Бухарском регионе. Удовлетворительный уровень интеллектуального развития, как важнейшего компонента «школьной зрелости» имеют от 34 до 43% 6-леток; при этом более развиты дети, посещающие ДДУ.

7. Низкий уровень санитарно-гигиенических знаний родителей, низкий материальный достаток в семье, неудовлетворительные жилищные условия, низкий уровень общей и санитарной культуры семьи, вредные привычки родителей, невнимательно относящихся к своему здоровью и здоровью детей, плохие взаимоотношения между супругами, часто возникающие стрессовые ситуации в семье, низкая социальная и медицинская активность семьи являются основными факторами, способствующими высокой заболеваемости и формированию часто болеющих детей (ЧБД) в дошкольном возрасте в Бухарском регионе.

#### **Практические рекомендации:**

Состояние здоровья детей дошкольного возраста организованных и неорганизованных групп в Бухарском регионе требует совершенствования медико-социально-психологической помощи этим детям. Проведенное углубленное медицинское обследование дошкольников в различных регионах Бухарской области показало, что только 14,7% детей 6-летнего возраста пригодны по своим физическим и интеллектуальным данным и показателям состояния здоровья к школьному обучению. Остальные нуждаются в дополнительном медицинском обследовании и оздоровлении. С учетом экологической ситуации в районах Бухарского региона и особенностей социального уклада жизни их населения, материально-технических возможностей учре-

ждений первичного звена здравоохранения рекомендуются дифференцированные мероприятия по оздоровлению детей и оказанию им медицинской помощи. Особое внимание должно быть уделено детям из социально-неблагополучных семей, с различными дефектами развития и инвалидам.

1. Учреждениям и медицинским работникам первичного звена здравоохранения региона рекомендуется активно использовать в своей работе методы раннего выявления детей, имеющих и не имеющих отклонений в состоянии здоровья, с замедленным развитием, соответствия биологического возраста истинному, выявления характера воздействия социальных, экономических, биологических, в том числе генетических и внешнесредовых факторов, которые угрожают физическому и психическому здоровью детей, способствуют отклонениям в развитии. Участковым педиатрам рекомендуется обучать этим методам и родителей своих подопечных детей.

2. Целесообразным является проведение превентивных и профилактических мероприятий в семьях высокого риска для здоровья детей (отягощенная наследственность, неполные семьи, неблагополучные семьи, семьи с низким социально-экономическим статусом, проживающие в неблагоприятных жилищных условиях и т.п.). Повышение медицинской активности и формирование здорового образа жизни у членов семей должны стать первостепенной задачей медицинских работников и всей общественности региона.

3. Работа с семьей ребенка, посещающего детский сад, должна проводиться персоналом дошкольного учреждения. За год до поступления в школу проводится диагностика «школьной зрелости» по зубной формуле, тесту Керна-Ирасека и характеру звукопроизношения. Такую диагностику может осуществлять у неорганизованных детей медицинская сестра кабинета Здоровья после предварительного обучения и педагог с участием врача в условиях дошкольного учреждения. Для диагностики дефектов звукопроизношения и их коррекции может быть привлечен логопед.

4. При недоразвитии моторики пальцев кисти надо рекомендовать родителям и воспитателям в детском саду увеличивать занятия лепкой, вырезание аппликацией, игр с конструктором, мозаикой, рисованием, вязанием крючком или вышиванием для девочек (под наблюдением взрослых) и т.д.

В условиях поликлиники и СВП важно своевременно выявлять не только детей с явными проявлениями того или иного заболевания, но и с пограничной патологией, например, с невротическими реакциями. Участковые ВОП и врач детского сада должны своевременно направить на консультацию к специалисту детей, имеющих с раннего возраста отклонения в поведении с выраженной заторможенностью, эмоциональной лабильностью, речевыми нарушениями, неустойчивостью внимания, агрессивностью.

6. Для разработки и реализации целенаправленных и дифференцированных лечебно-оздоровительных, профилактических мероприятий среди детей, воспитывающихся в различных условиях, руководителям лечебно-профилактических учреждений педиатрического профиля рекомендуется взять под

свой особый контроль объективное распределение детей на группы здоровья по принципу, разработанному НИИ педиатрии Минздрава РУз (Каримов У. А., 1999) с нашими дополнениями.

## СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

1. Саидова Л. Б., Наврузова Ш. И. Оилада бронхиал астма // Халқаро анжуман массалалари, «Аёл, оила ва саломатлик массалалари».- Бухара, 1998, - С. 25-27.

2. Саидова Л. Б., Байхонова М. Б., Сафаров Х. Перинатал асоратлар тахлили ва уларнинг олдини олиш чора тадбирларини ишлаб чиқиш // Юбилейная конференция, «Болалар пульмонологиясининг минтакавий хусусиятлари». - Самарканд, 2004. – С. 147-150.

3. Саидова Л. Б., Байхонова М. Б., Сафаров Х. Болалар орасида миопия касаллигининг тарқалиши // Юбилейная конференция, «Болалар пульмонологиясининг минтакавий хусусиятлари». - Самарканд, 2004. – С. 150-154.

4. Саидова Л. Б., Юлдашева Р. У. Анализ развития бронхолегочной патологии в зависимости от эколого-климатических факторов в Бухарской области // Научно-практический международный журнал «Ибн-Сино, Авиценна». – Ташкент, 2005. - №3-4. – С. 40.

5. Саидова Л. Б., Бадритдинова М. Н., Рузиев О. А. Перинатал асоратлар тахлили ва уларнинг олдини олишда умумий амалиёт врачининг урни // Научно-практический международный журнал «Ибн-Сино Авиценна». – Ташкент, 2005. - №. 3-4. – С. 40.

6. Саидова Л. Б., Джаббарова М. Б., Бойхонова М. Б. Метод выявления гипоксии по наличию тахипноэ у детей // Актуальные проблемы теоретической и прикладной биологии и медицины, международный журнал «Естественное и гуманизм». – Томск, 2005. – Том 2, № 3. – С. 87.

7. Каримов У. А., Саидова Л. Б. Характеристика показателей здоровья детей, посещающих детские дошкольные учреждения // Журнал «Педиатрия». - Ташкент, 2007. - № 1. – С. 10-12.

8. Каримов У. А., Саидова Л. Б. Состояние медико-психологической подготовки детей к образовательным учреждениям в условиях г. Бухары // Журнал «Доктор ахборотномаси». – Самарканд, 2008. - №1. – С. 92-94.

9. Каримов У. А., Саидова Л. Б. Мактабгача ёшдаги болаларнинг оила тиббий фаолиятига боғлиқ холда касалланиш хусусиятлари // Журнал «Доктор ахборотномаси». – Самарканд, 2008. - №4. – С. 136-137.

10. Саидова Л. Б., Каримов У. А., Саидова М. К. Заболеваемость детей дошкольного возраста, дошкольные учреждения // Вопросы практической педиатрии. – Москва, 2009. – Том. 4, №2. – С. 90-93.

11. Саидова Л. Б., Каримов У. А. Пути решения проблем школьной зрелости в Бухарском регионе: Метод. реком. – Бухара, 2009. – 24 с.

Тиббиёт фанлари номзоди илмий даражасига талабгор Л. Б. Саидованинг 14.00.33 – Жамият саломатлиги ва соғлиқни сақлаш ихтисослиги бўйича «Мактабгача ёшдаги болалар соғлигининг тарбияланиш шароитларига боғлиқ ҳолда шаклланиши» мавзусидаги диссертациясининг

## РЕЗЮМЕСИ

**Таянч (энг муҳим) сўзлар:** мактабгача ёшдаги болалар соғлиқ ҳолати кўрсаткичлари, уюшган ва уюшмаган болалар, тарбия шароитлари, тиббий ёрдам.

**Тадқиқот объектлари:** мактабгача ёшдаги болалар муассасалари ва оилалар, шунингдек уларда тарбияланаётган Бухоро шаҳрида 4, 7, 8, 10, 11 - поликлиникалари хизмат ҳудудида яшайдиган болалар.

**Ишнинг мақсади:** соғлиқ кўрсаткичлари ҳолатини уларни шакллантирувчи тарбияланиш шароитлари билан боғлиқ ҳолда ўрганиш асосида Республиканинг Бухоро минтақасидаги мактабгача ёшдаги болаларга саломатлигини яхшилаш ва тиббий ёрдам кўрсатишни такомиллаштириш.

**Тадқиқот методлари:** бирламчи тиббий ҳужжатлардан маълумотлар нухасини олиш, тиббий кўриқлар, савол-жавоб усули, бевосита кузатиш, Керн-Ирасек психологик тестлари, тиббий- статистик усуллар.

**Олинган натижалар ва уларнинг янгилиги:** Ўзбекистонда биринчи марта Бухоро шаҳри мисолида мактабгача ёшдаги болалар соғлиқ кўрсаткичларини комплекс ўрганиш йўли билан оилада ва уюшган жамоаларда тарбия олаётган болаларнинг касалланиш, асаб-руҳий ва жисмоний ривожланиши тўғрисида қиёсий баҳолаш ўтказилган. Болалар соғлигини шакллантирадиган ва уларни тарбия шароитига боғлиқ бўлган социал-гигиеник тиббий-биологик, ташкилий омиллар аниқланган. Соғлиқни сақлаш амалиётига болалар соғлиги кўрсаткичларини яхшилаш ва Ўзбекистон Республикасининг чўл зонаси шароитларини ҳисобга олган ҳолда уларга кўрсатиладиган тиббий ёрдамни такомиллаштириш бўйича табақалаштирилган тадбирлар ишлаб чиқилган ва жорий этилган.

**Амалий аҳамияти:** уюшган ва уюшмаган гуруҳларидаги болаларнинг соғлиқ кўрсаткичларидаги тафовутларни аниқлаш уларга педиатрик участкаларида тиббий хизмат кўрсатишда мавжуд бўлган камчиликлар ва ҳолатларни аниқлаш ва ўз вақтида бартараф этиш имконини беради.

**Татбиқ этиш даражаси ва иқтисодий самарадорлиги:** текширишда олинган натижалар Бухоро шаҳар 4-сон болалар поликлиникасида, 4-ҳудудий тиббий комплексида, 1- поликлиникада жорий қилинган.

**Қўланиш (фойдаланиш) соҳаси:** Соғлиқни сақлаш

## РЕЗЮМЕ

диссертации Л. Б. Саидовой на тему: «Формирование здоровья детей дошкольного возраста в зависимости от условий воспитания» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.33 - Общественное здоровье и здравоохранение.

**Ключевые слова:** дети дошкольного возраста, показатели состояния здоровья, организованные и неорганизованные дети, условия воспитания, медицинская помощь.

**Объекты исследования:** объектами исследования являются детские дошкольные учреждения и семьи, а также воспитывающиеся в них дети дошкольного возраста, проживающиеся на территории обслуживания поликлиник № 4, 7, 8, 10, 11 г. Бухары.

**Цель работы:** Улучшение показателей здоровья и совершенствование оказания медицинской помощи детям дошкольного возраста в Бухарском регионе республики на основе изучения состояния их здоровья во взаимосвязи с формирующими его условиями воспитания.

**Методы исследования:** выкопировки данных из первичных медицинских документов, медицинские осмотры, метод анкетирования, непосредственное наблюдение, психологические тесты Керна-Ирасека, медико-статистические методы.

**Полученные результаты и их новизна:** впервые в Республике на примере г. Бухары путём комплексного изучения показателей здоровья детей дошкольного возраста была проведена сравнительная оценка данных о заболеваемости, нервно-психическом и физическом развитии детей, воспитывающихся в семейных условиях и в организованных коллективах. Установлены социально-гигиенические, медико-биологические и медико-организационные факторы, формирующие показатели здоровья детей, и обусловленные условиями их воспитания. Разработаны и внедрены в практику здравоохранения дифференцированные мероприятия по улучшению показателей здоровья детей и совершенствованию оказываемой им медицинской помощи с учётом условий воспитания в пустынной зоне Республики Узбекистан.

**Практическая значимость:** Установленные различия в показателях здоровья организованных и неорганизованных групп детей дают возможность выявлять и своевременно устранять имеющие недостатки и упущения в медицинском обслуживании их на педиатрических участках.

**Степень внедрения и экономическая эффективность:** Полученные результаты исследования внедрены в детских поликлиниках №4, территориальном медицинском комплексе №4, поликлиниках №1 г. Бухары.

**Область применения:** Здравоохранения

## RESUME

Thesis of L. B. Saidova on the scientific degree competition of the candidate of medical sciences on specialty 14.00.33 – Public Health and Healthcare, subject: “Health promotion at pre-school children depending on rearing conditions”

**Key words:** preschool children, health condition indicators, organized and disorganized children, rearing conditions, medical care.

**Subjects of research:** the research focused on preschools, families, and preschool children living in the districts served by polyclinics № 4, 7, 8, 10, 11 in Bukhara city.

**Purpose of work:** to study health indicators in the context of rearing conditions; to develop the ways of improvement of medical care provided to preschool children in Bukhara region.

**Methods of research:** copying the data from source medical documents; medical examinations; medical interviewing; follow-up; Kern-Jirasek psychological test; medical and statistic methods

**The results obtained and their novelty:** The data on morbidity, neural, psychic and physical development of children reared in family conditions and in preschools was collected through integrated study of preschool children health indicators for the first time in the country in Bukhara city. Socio-hygienic, biomedical and healthcare organization factors, which form health indicators at children and are associated with preschool children rearing conditions, were defined. Differentiated activities of improving health indicators and medical care to children with account of rearing conditions in desert area of the country were developed and implemented in healthcare practice.

**Practical value:** Data collected through long-term cohort research – differences identified in health indicators at organized and disorganized children enables to define and eliminate existing shortcomings and gaps in medical care to children in timely manner. Implementation of organizational forms of medical care to children facilitates improvement of performance in pediatric service areas and extends families’ commitment to bring up a healthy child.

**Degree of embed and economic effectivity:** Research findings were implemented in children’s polyclinics №4, policlinic №4 and polyclinic №1 in Bukhara city.

**Field of application:** Healthcare