

**ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ ИҶТИМОИИ АҲОЛИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН
МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ПАЖУИШГОҲИ ЭКСПЕРТИЗАИ ТИББИЮ ИҶТИМОӢ
ВА ТАВОНБАХШИИ МАӢЮБОН**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ»**

**МАВОДИ КОНФРОНСИ БАЙНАЛМИЛАЛИИ
ИЛМӢ-АМАЛӢ «ВАЗӢИ ХИЗМАТРАСОНИИ
ГЕРОНТОЛОГӢ ВА МАСЪАЛАҲОИ МАӢЮБӢ
ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН: МУШКИЛОТ
ВА РОҲҲОИ ҲАЛЛИ ОН»**

(Бахшида ба 30-солагии Истиқлолияти Ҷумҳурии Тоҷикистон)

**МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ: «СОСТОЯНИЕ
ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И
ВОПРОСОВ ИНВАЛИДНОСТИ В РЕСПУБЛИКИ
ТАДЖИКИСТАНЕ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ
ИХ РЕШЕНИЯ»**

(К 30-летию Независимости Республики Таджикистан)

ЗАМИМА №4

ПРИЛОЖЕНИЕ №4

ДУШАНБЕ - 2021

E-mail: zdravoh.tj@mail.ru
Web site: www.zdrav.tj

Отдел рекламы:
Тел: +992 933751075

Художественный редактор
М.Ф. Мусоева

Технический редактор
А.А. Мурадов

Художественный редактор
А.А. Мусоев

Переводчик
Т.Р. Халимова

Зарегистрирован в Министерстве культуры Республики Таджикистан № 0032/МЧ-97, от 27.12.17 г.

Учредитель: Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ.

Регистрационный номер в государственной регистрации информационного ресурса Республики Таджикистан 34-02.1.085 tj

Индексы по каталогу «Почтаи тоҷик».

77693 – для индивидуальных подписчиков.

77694 – для предприятий и организаций.

Подписано в печать 23.10.2021. Формат 60x84^{1/8}. Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура Times New Roman Tj. Усл. печ. л. 12,0. Тираж 120 экз.

ООО «Сифат-Офсет»
г. Душанбе, улица
Гастелло 6 пр. дом. 9

Мухаррир
Азизов З.А. - н.и.т.

Аъзоёни Шӯрои таҳририя
Абдуллозода Ч.А. – Академики АБЭБХ, д.и.т., профессор, Вазири тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҚТ
Мағзумова Ф.П. – н.и.т., (котиби масъул)
Шодихон Чамшед – Муовини вазири тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҚТ
Владимирова О.Н. – д.и.т.
Ғоибов А.Ғ. – д.и.т.
Курбонов С.С. – д.и.т., профессор
Рузиев М.М. – д.и.т.
Бандаев И.С. – д.и.т.
Ашуров С.Б. – д.и.и.
Пулатов К.Ҷ. – н.и.т.
Кузиева Л.С. – н.и.т.
Камалова С.С. – н.и.т.
Зарипова М.М. – н.и.т.

Редактор
Азизов З.А. к.м.н.

Члены редакционного Совета:
Мағзумова Ф.П. – к.м.н., (ответственный секретарь)
Абдуллозода Дж.А. – д.м.н., профессор, академик МАНЭБ, Министр здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
Шодихон Джамшед – заместитель Министра здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
Владимирова О.Н. – д.м.н.
Ғоибов А.Ғ. – д.и.т.
Курбонов С.С. – д.м.н., профессор
Рузиев М.М. – д.м.н.
Бандаев И.С. – д.м.н.
Ашуров С.Б. – д.э.н.
Пулатов К.Дж. – к.м.н.
Кузиева Л.С. – к.м.н.
Камалова С.С. – к.м.н.
Зарипова М.М. – к.м.н.

Масъулияти мухтавои мавод ба души муаллифони корҳои илмӣ воғузор карда мешавад

Ответственность за содержание материала несут авторы научных работ

Журнал входит в перечень российских рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание учёных степеней доктора и кандидата наук.

Решение президиума Высшей аттестационной комиссии Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 декабря 2014 г. № 43/307.

Адрес редакции:
734067, г. Душанбе, ул. Дехоти, 48 (14 этаж).
Телефон +992 93-375-10-75

© «Нигахдории Тандурустии Тоҷикистон», 2021 г.

Зав. редакцией П.Ф. Зубайдов

О Г Л А В Л Е Н И Е

Абдуллозода Ч.А. Вазъи хизматрасонии геронтологӣ ва масъалаҳои маъҷубон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.....	5
Шодихон Джамшед. Таъмини ҳуқуқи имтиёзҳои пиронсолон дар Тоҷикистон: вазъият, дастовардоҳо, мушкилот ва ояндабинӣ.....	6

СТАТЬИ

Камалова С., Назармамадова С. Конституция Республики Таджикистан защищает права пожилых людей (обзор)	10
Абдувахобова М.А., Каюмов Ф.Дж., Пулатов К.Дж., Курбонова Д.А. Совершенствование реализации индивидуальных программ реабилитации - как способ социальной защиты детей-инвалидов в Таджикистане.....	13
Азизов З.А., Магзумова Ф.П. Медико-социальные аспекты охраны и укрепления здоровья лиц пенсионного возраста.....	16
Амиршозода Ш.Т. Нақши экспертизаи тиббӣю иҷтимоӣ дар раванди ҳифзи иҷтимоӣ маъҷубон ..	19
Амиршозода Ш.Т., Магзумова Ф.П., Насриддинов Р. Процесс внедрения индивидуальной программы реабилитации инвалидов в Республике Таджикистан.....	21
Ахунова Н.Т., Холова З.У., Асрори М., Сафаров З.Ш. Качество жизни у больных с различными ревматическими заболеваниями.....	23
Ашуров С.Б. Некоторые показатели рынка социальных услуг для престарелых.....	27
Баротов И.И., Идрисов З.М., Бандаев И.С. Концептуальные подходы внедрения общей врачебной (семейной) практики в сельской местности.....	31
Богодырова М.Н., Гоибзода М.А., Одинаева Ф.С. Насилие в семье в Таджикистане: правовые и медико-социальные проблемы	36
Гаибов А.Г., Шодихон Дж., Гозиев Дж.Г., Гайратзода М.Х. Клинико-эпидемиологические особенности и пути профилактики COVID-19.....	39
Джуракулова Ф.М., Бандаев И.С. Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в г.Душанбе Республики Таджикистан.....	43
Зарипова М.М. Хизматрасонии иҷтимоӣ ба пиронсолон дар Маркази минтақавии хизмати иҷтимоӣ ба нафақахӯрон ва маъҷубони шаҳри Душанбе	47
Идрисов З.М., Баротов И.И., Норов З. Организация амбулаторно-поликлинического обслуживания лицам пенсионного возраста.....	50
Камалова С.С., Меликова Н.Х., Мавлонова С.Н., Навджувонов Н.М. Психологические аспекты положения пожилых людей.....	53
Кузиева Л.С., Азизов З.А., Салимзода Дж.М., Абдурахимов Б.Д. Реабилитация пожилых людей в условиях санатория.....	56
Латипова Н.М., Абдухалилов А.А. Роль развития информационных технологий в процессе повышения качества жизни лиц с инвалидностью	59
Магзумова Ф.П., Азизов З.А., Азизова Н.Н. Медицинская реабилитация пациентов перенесших новую короновирусную инфекцию (COVID-19)	62
Мунавварова У.М. Новые ориентиры по оказанию комплексной медико-социальной помощи пожилым людям и инвалидам на уровне общин в рамках десятилетия здорового старения (2021-2030 гг.)	64

Назармамадова С., Ашрапова С.Т., Саидов Х.М., Ходжаева Ш.А. Интеграция деятельности социальных работников в учреждениях первичной медико-санитарной помощи Республики Таджикистан	70
Норов З.Ш., Одинаева Н.В., Олимова М., Галчабекова М. Субъективная оценка качества жизни инвалидов.....	73
Постников М.А., Гайлис К.П., Чигарина С.Е., Костионова-Овод И.А., Магсумова О.А., Якубова З.Х. Результаты анкетирования врачей-стоматологов по вопросам лечения глубокого кариеса (гиперемии пульпы)	76
Пулатов К.Дж., Абдуалимов А.А., Махмудова Р.И., Бобозода Р.Ф. Современные подходы к профилактике социально значимых заболеваний	78
Рузиев М.М., Джуракулова Ф.М. Интеграция оказания лечебно-профилактических услуг по ВИЧ/СПИД инфекции в сети учреждениях первичной медико-санитарной помощи в Республики Таджикистан	80
Сохибова З.Н., Ибодзода С.Т., Мухамадиева К.М. Старение кожи: механизмы формирования и структурные изменения.....	84
Сохибова З.Н., Мухамадиева К.М., Ибодзода С.Т. Возрастные особенности функционирования микроциркуляторного русла кожи человека в процессе старения	86
Шодихон Дж., Камалова С.С., Магзумова Ф.П. Семейные взаимоотношения и состояние здоровья лиц пожилого возраста Таджикистана после выхода на пенсию, проблемы и пути решения.....	88

ТЕЗИСЫ

Галчабекова М. А., Махмудова Р.И., Табаров И.Т. Анализ различных нарушений развития речи у детей-инвалидов с неврологическими заболеваниями.....	92
Пулатов К.Дж. Эндоскопические особенности язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста	93
Шакирбаева Ж.Ш. Здоровое старение – путь к активному долголетию	94
Шукурова Д.А. Солмандии солим – омили дарозумрии инсон	98
Якубова З.Х., Гурезов Х.М., Постников М.А. Уровень знаний по профилактике стоматологических заболеваний пожилых людей г. Душанбе	99

ВАЗЪИ ХИЗМАТРАСОНИИ GERONTOLOGI VA MASʼALALOHI MAʼYUBON DAR ʼUMHURIYI TOJIKISTON

*Абдуллозода Ҷамолиддин Абдулло,
Вазири тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон*

Дар ибтидо мехоҳам ба ҳамаи Шумоён ба-рои ҳузуратон дар ҳамоиши имрӯзаи илмӣ-амалӣ, ки масъалаи ниҳоят муҳими соҳаи тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҷумҳурӣ – “Вазъи хизматрасонии геронтологӣ ва масъалаҳои маъҷубон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон”-ро мавриди баррасӣ қарор медиҳад, самимона арзи сипос намоям.

Ҳозирини гиромӣ, чи тавре ба ҳамагон маълум аст, Тоҷикистон давлати иҷтимоӣ буда, барои ҳар як инсон шароити зиндагии арзанда ва инкишофи озодонаро фароҳам меорад. Дар моддаи 39 –и Конститутсия баён гардидааст, ки “Ҳар шахс дар пиронсолӣ, ҳангоми беморӣ, маъҷубӣ, гум кардани қобилияти қор, маҳрум шудан аз сарпараст ва мавридҳои дигаре, ки қонун муайян кардааст, қафолати таъмини иҷтимоӣ дорад”.

Баҳри арзёбӣ ва ҳаллу фасли масъаласе, ки дар қараёни амалишавии қафолатҳои давлатии шаҳрвандон, аз ҷумла табақаҳои осебпазири аҳоли, ба монанди пиронсолон, маъҷубон, собиқадорони ҷангу меҳнат, кӯдакони ҷетим ва оилаҳои камбизоат ба миён меоянд, баргузориҳои машваратҳо, анҷуманҳо, конференсияву мизҳои мудаввар ва дигар қорабиниҳои миллию минтақавӣ ва байналмилалӣ нақши бориз дошта, боиси тақвияти нерӯ ва рушди ҳамкориҳои ҷонибҳои манфиатдор мегардад.

Конференсияи имрӯза, ки бо иштироки васеи мақомоти ҳокимияти давлатӣ, ҷомеаи шаҳрвандӣ ва созмонҳои байналмилалӣ дар шаҳри Душанбе оғоз гардид, далели гуфтаҳои боло буда, баҳри рушди минбаъдаи соҳаҳои алоқаманд ва тақвият бахшидани масъалаҳои хизматрасониҳои тиббӣ ва иҷтимоӣ ба пиронсолон ва маъҷубон, мусоидат ба шугли пурмахсул ва ҳамгирии онҳо ба ҷомеа, шароити мусоид фароҳам хоҳад овард.

Баргузориҳои ин қорабинӣ барои мубодилаи афкор ва таҷриба, баррасии имкониятҳои мавҷуда ва тавсеаи ҳамкориҳои судманди иштирокчиёни он баҳри таъмини шароити арзандаи зиндагӣ ба табақаҳои осебпазири кишвар, хусусан ба пиронсолон ва шахсони имконияти маҳдуддошта бисёр муҳим мебошад.

Имрӯз дар партави сиёсати хирадмандона, созанда ва инсонпарваронаи Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ, Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, мӯхтарам Эмомалӣ Раҳмон санадҳои дахлдори қонунгузорӣ марбут ба тамоми

ҷанбаҳои масъалаҳои пиронсолӣ ва маъҷубӣ, аз ҷумла таъминоти иҷтимоӣ, мусоидат ба шугли онҳо ва таъмини муҳити дастрас таҳия ва қабул гардидаанд. Дар ин радиф маврид ба зикр аст, ки санаи 8-12 апрели соли 2020 дар ҷаласаи II Ассамблеяи Умумиҷаҳонии Созмони Миллалӣ Муттаҳид, ки дар Мадрид баргузор гардид, “Нақшаи байналмиллалӣ амалҳо оид ба масъалаҳои пиршавӣ” қабул гардид ва ҳамасола дар тамоми ҷаҳон во-баста ба масъалаи мазкур тадбирҳои мушаххас амалӣ мегарданд.

Дар доираи ин тадбирҳо Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳар панҷ сол оиди Стратегияи миллии минтақавӣ Барномаи умумиҷаҳонии Мадрид вобаста ба муш-килоти пиршавии аҳоли ба Қумитаи Ассамбле-яи Умумиҷаҳонии Созмони Миллалӣ Муттаҳид ҳисобот ирсол менамояд.

Айни ҳол, бо мақсади ҷоннок намудани хизматрасонии тиббӣ иҷтимоӣ ба пиронсолон “Барно-маи миллии ҳимояи иҷтимоии пиронсолон барои солҳои 2022-2030” таҳия гардида, барои баррасӣ ва тасдиқ омода шудааст.

Бо итминони қомил иброн менамоям, ки қабули барномаи номбурда дар ояндаи наздик ба беҳтар шудани заминаи моддию техникаӣ ва хусу-сан ба рушди бахшҳои илмӣ дар самти хизматра-сонии тиббӣ иҷтимоӣ ба пиронсолон ва маъҷу-бон дар муассисаҳои илмӣ ва тиббӣ иҷтимоии кишвар мусоидат хоҳад намуд.

Ба ҳамагон маълум аст, ки татбиқи нақшаву барномаҳои таҳия ва қабулгардида беҳтар наму-дани сатҳу сифати экспертизаи тиббӣ иҷтимоӣ, солимгардонии пиронсолон, беморону маъҷубон ҳамкориҳои сохторҳои мухталифро талаб меку-нанд. Ҳамкорӣ бо муассисаҳои илмӣ, созмонҳои байналмиллалӣ ва ҷамъиятӣ метавонад натиҷаи дилхоҳро ба бор оварад.

Воқеан ҳам, омили асосии тамоми дасто-вардҳои имрӯзаи ҷумҳуриро Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ, Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон мӯхтарам Эмомалӣ Раҳмон дар ҳамбастагӣ ва ризоияти ҷомеа мебинанд ва дар ин росто ҳушдор медиҳанд: “Мо бо шарофати истиқлолият ба дастовардҳои беназири сиёсиву фарҳангӣ ноил шуда бошем ҳам, имрӯз иттиҳоди ҷаҳонӣ ва ваҳдати миллӣ, маърифату зиракии сиёсӣ, ҳудшиносӣву ҳудогоҳӣ ва эҳсоси ватандорӣ

барои ҳар фарди ҷомеа аз ҳарвақта бештар зарурат дорад. Зеро яке аз рукнҳои асосии ташаккули давлатдорӣ мустақил ва худшиносии миллии фарҳангу маърифати баланди ҷиёсӣ, ватандӯстиву ватандорӣ мебошад”.

Таъкиди Сарвари давлат моро муваззаф мегардонад, ки ҳамчун кормандони мақомоти татбиқкунандаи ҷиёсати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли ҷиҳати таҳкими минбаъдаи Истиқлолияти давлатӣ дар раванди ҳифзи саломатии аҳли ҷомеа, алаҳхусус пиронсолону маъҷубон, ятимону бепарасторон ҷаҳду талош варзем.

Дар баробари ин, ҳамчунин намояндагони аҳли ҷиё дар раванди таълиму тарбияи наврасону ҷавонон дар рӯҳияи ваҳдату ягонагӣ, ватандӯстиву

ифтихори миллии, садоқат ба анъанаву суннатҳои таърихиву фарҳангии миллат ва эҳтиром ба арзишҳои умумибашарӣ ҳиссагузор бошем.

Маҳз ризоият, сулҳу субот ва ваҳдати миллии ҳамчун нодиртарин ва бузургтарин дастовардҳои даврони 30 - соли Истиқлолияти давлатӣ ва неъматҳои бебаҳои халқи шарифи Ҷумҳурии Тоҷикистон мебошанд ва аз рукнҳои асосии саломатии тамоми табақаҳои ҷомеа маҳсуб меёбанд.

Боварии комил дорам, ки тақлифу пешниҳоди саривақтӣ ва муфиди Шумо роҳҳои самарабахши ҳаллу фасли ин масоили муҳрами рӯзро возеҳтар нишон медиҳанд ва як воситаи эътимодбахш барои хизматрасонӣ ба пиронсолон ва маъҷубон, пешгирӣ аз маъҷубӣ ва бемориҳо мегарданд.

ТАЪМИНИ ҲУҚУҚУ ИМТИЁЗҲОИ ПИРОНСОЛОН ДАР ТОҶИКИСТОН: ВАЗЪИЯТ, ДАСТОВАРДОҲО, МУШКИЛОТ ВА ОЯНДАБИНИ

Шодихон Ҷамшед,

Муовини вазири тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон баҳри фароҳам овардани шароити мусоид бо имкониятҳои баробар барои ҳама тавассути беҳтар намудани вазъи тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии пиронсолону маъҷубон, аз ҷумла тавонбахшии тиббӣю иҷтимоии онҳо, муайян намудани роҳҳо ва усулҳои дар амал татбиқ намудани ҳадафҳои афзалиятноки Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки дар “Стратегияи миллии рушд барои давраи то соли 2030” нисбати ҳаллу фасли масъалаҳои мазкур тадбирҳои заруриро амалӣ намуда истодааст.

Пиронсолӣ на танҳо дар Тоҷикистон, ки ӯ аз ҷиҳати иқтисодӣ давлати рушдёфтаи стода ба ҳисоб меравад, балки дар аксарияти кишварҳои аз ҷиҳати иқтисодӣ пешрафтаи ҷаҳонӣ низ ба зиёдшавии мушкилиҳо дар самти иқтисодӣ, иҷтимоӣ ва тандурустӣ ва пешгирии пиршавӣ мусоидат менамояд.

Пиршавии аҳолии кураи замин яке аз омилҳои эҳтиёҷот ба зиёд намудани захираҳои молиявӣ, тандурустӣ ва иҷтимоӣ мебошад. Барои пиронсолон дар тамоми ҷаҳон, аз ҷумла Тоҷикистон маблағи зиёд ва захираҳои тандурустию иҷтимоӣ истифода мешаванд. Аз ин рӯ, бо мақсади солҳои тулонӣ расонидани хизмати тиббӣю иҷтимоӣ бояд шаклҳои нави хизматрасонӣ, ки аз ҷиҳати иқтисодӣ камхарҷ мебошанд, дарёфт карда шаванд.

Тавре зикр гардид, пиршавӣ мушкилоти глобалӣ маҳсуб ёфта, дар сатҳи ташкилотҳои умумиҷаҳонӣ вобаста ба масъалаи мазкур

тадбирҳои зиёд андешида мешаванд. Аз ҷумла, масъалаи пиршавӣ дар ҷаласаи II Ассамблеяи Умумиҷаҳонии СММ, ки дар Мадрид санаи 8-12 апрели соли 2020 баргузор гардида буд “Нақшаи байналмиллалӣ амалҳо оид ба масъалаҳои пиршавӣ” қабул гардид, ки ҳамасола бо мақсади амалигардонии он дар тамоми ҷаҳон ҷорабиниҳои гуногун татбиқ мегарданд. Аз ҷумла дар Ҷумҳурии Тоҷикистон низ дар самти мазкур қору фаъолият шурӯъ шудааст, ки он 4 марҳилаи асосиро дар бар мегирад:

1. Ворид намудани масъалаи пиршавӣ ба Стратегияи иҷтимоӣ ва иқтисодии рушди ҷомеа;
2. Ҳифз намудани шахсони пиронсол дар шароити ҷангҳои ҳунрезӣ ва муноқишаҳои шадид;
3. Барҳамдиҳии таъйиз аз рӯи синну сол;
4. Таъмин ва дастрасии шахсони пиронсол ба хизматрасониҳои тиббӣ ва принсипҳои баробарҳуқуқӣ.

Вазифаҳои асосии Нақшаи байналмиллалӣ амалҳои Мадрид, ки дар он самтҳои афзалиятноки эҳтиёҷоти пиронсолон зикр гардидааст, ба монанди таъмини дастрасӣ ва баробарҳуқуқӣ ба хизматрасониҳои тиббӣ, инчунин яке аз қафолатҳои саломатии пиронсолон – ин таҳияи ҷиёсат бо мақсади пешгирии бемориҳо дар байни онҳо мебошад.

Маврид ба зикр аст, ки бо мақсади татбиқи Нақшаи байналмиллалӣ амалҳои Мадрид бо фармоиши Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи

ичтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар МД «Пажӯҳишгоҳи экспертизаи тиббии иҷтимоӣ ва таъвонбахшии маъҷубон» Бахши геронтология таъсис дода шудааст, ки муассиса дар таҳияи ҳуҷҷатҳои меъёрию ҳуқуқӣ, дастурҳои методӣ ва гузаронидани корҳои илмӣ-тадқиқотӣ дар ин самт шурӯъ намудааст.

Дар Стратегияи миллии рушди Ҷумҳурии Тоҷикистон то соли 2030 пиронсолон ба гурӯҳи алоҳидаи иҷтимоӣ ҷудо гардида, чунин самтҳои асосии кор бо онҳо пешбинӣ гардидаанд:

- рушди системаи ҳифзи иҷтимоии шаҳрвандони калонсол тавассути баланд бардоштани сифат ва мавҷудияти хизматрасонии иҷтимоӣ барои пиронсолон;
- ҷорӣ намудани стандартҳои ҳадди ақали хизматрасониҳои иҷтимоӣ ба пиронсолон;
- ташкил ва ҷорӣ намудани ҳадамоти хизматрасонии геронтологӣ, ки хизматрасониҳои тиббӣ ва дигар хизматрасониҳои махсуси соҳавӣ ба пиронсолонро таъмин менамояд.

Гуфтан ҷоиш аст, ки ҳанӯз санаи 24 апрели соли 2013 Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ, Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон дар Паёми худ ба Маҷлиси Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон ба масъалаи пиршавии аҳоли таваҷҷуҳ зоҳир намуда, қайд намуданд, ки “Дарозумрии аҳоли вобаста аз баланд шудани сифати зиндагии пиронсолон дар тамоми ҷаҳон, алахусус дар Тоҷикистон рабт дорад.” Дар Паёми навбатии худ аз 23 январи соли 2015 масъалаи мазкурро таҳлил намуда, баён доштаннд, ки “Давомнокии миёнаи умр аз 68,4 сол дар соли 2000 то 72,5 сол дар соли 2011 афзоиш ёфтааст. Дар солҳои 2012-2015 давомнокии умр аз 72,5 то 73,4 сол афзоиш ёфт, ки он дар муқоиса бо соли 2000 то 5 сол зиёд гардидааст.” Қайд кардан муҳим аст,

ки тибқи ҳисоботи оморӣ ҳамаҷола дар Тоҷикистон зиёдшавии синну соли аз 60 - сола боло ба қайд гирифта мешаванд.

Бояд қайд намуд, ки дар қаламрави Ҷумҳурии Тоҷикистон беш аз 500 ҳазор нафар пиронсолон зиндагӣ мекунанд, ки тақрибан 6,0% шумораи умумии аҳолиро ташкил медиҳанд. Аз ин теъдод шахсони аз 80 - сола боло зиёда аз 56 000 нафар мебошанд, ки 11,2%-ро аз шумораи умумии пиронсолон ташкил намудааст. Шахсони солими 60-69-сола бошанд, 20,1%, ва шахсони 70- сола ва аз он боло 16%-ро ташкил намуданд ва ин категория ба хизматрасонии тиббӣ, тиббӣ-психологӣ ва иҷтимоӣ - тиббӣ бештар эҳтиёҷ доранд.

Аз таҳлилҳо бармеояд, ки зиёда аз 90%-и онҳо ба якҷанд бемориҳо гирифта мебошанд, ки он аз синну сол вобастагӣ дорад, масъалан: бемориҳои системаи гардиши хун ба монанди бемории фишорбаландӣ, бемории ишемиявии дил, шараёни майнаи сар (атеросклерози шохраги дил ва майнаи сар, бемориҳои узвҳои таъя ва ҳаракат (артритҳо, артрозҳо, остеопарозҳо ва ғайра), бемориҳои роҳи нафас (бронхит, астмаи бронхиялӣ, илтиҳоби шушҳо), бемориҳои узвҳои ҳозима (гастрит, колит, панкреатит, холесистит ва ғайра), бемориҳои системаи асаб ва узвҳои ҳиссиёт (кам шудани биноӣ ва шунавоӣ, глаукома, катаракт), бемориҳои саратон. Ба ҳисоби миёна як нафар шахси дар синни 50 – сола қарордошта агар аз 1 то 4 беморӣ гирифта бошад, ин нишондод дар синни 70 ва аз он боло то 5-7 беморӣ рост меояд. Баъзе олимони ба ин масъала таваҷҷуҳ зоҳир намуда, дар адабиётҳои илмӣ ва корҳои илмӣ-тадқиқотии худ дарҷ кардаанд, ки дар ин синну сол пиронсолон метавонанд ба аз 9 то 13 намуи беморӣ гирифта шаванд.

Яке аз масъалаҳои дастгирии иҷтимоии пиронсолон фарогирии онҳо ба хизматрасониҳои

Омори сохтори аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон (2010-2020)

Нишондодҳо	2010	2017	2018	2019	2020
Аҳолии умумӣ	7 417 400	8 742 800	8 931 200	9 126 600	9 313 800
Аҳолии аз 60 сола боло	386 500	465 100	494 100	528 300	563 200
мард	183800	223500	236400	252300	269000
зан	202700	241600	257600	276000	294200
Аҳолии аз 60 то 69 -сола	173000	298400	322600	353300	382600
мард	87600	144000	155100	170000	184400
зан	85400	145400	167500	183300	198200
Умумӣ 70-79 сола	145100	113500	117100	119000	124400
мард	68100	56200	57700	58100	60200
зан	77000	57300	59400	60900	64200
Умумӣ 80- сола боло	98400	53200	54400	56000	56200
мард	28100	23300	23600	24200	24400
зан	40300	29900	30700	31800	31800

ичтимой мебошад. Маврид ба зикр аст, ки рушди босуботи низоми хизматрасонии иҷтимоӣ яке аз ҳадафҳои афзалиятноки сиёсати иҷтимоии давлат буда, ба таъмини кафолатноки ҳуқуқҳои конститусионии шаҳрвандоне равона шудааст, ки дар ҳолати душвори зиндагӣ қарор доранд. Дурнамои рушди мазкур аз ташаббусҳои сиёсати пешгирӣфтаи Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ, Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон асос мегирад, ки ҳадафи асосии он «таъмин намудани рушди устувори иқтисодиву иҷтимоии мамлакат ва бо ҳамин васила фароҳам овардани шароити зиндагии шоиста барои ҳар як фарди ҷомеаи мо мебошад» (аз Паёми Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон Эмомалӣ Раҳмон ба Маҷлиси Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон, 26.04.с.2013).

Бо мақсади рушди низоми хизматрасонии иҷтимоӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, ҳанӯз аз 5 январи соли 2008, №359 Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон “Дар бораи хизматрасонии иҷтимоӣ” қабул гардида, зимни он асосҳои ҳуқуқии фаъолият дар соҳаи хизматрасонии иҷтимоӣ ба аҳоли муқаррар гардида, муносибатҳо ҳангоми амалӣ намудани ҳуқуқи шаҳрвандони Тоҷикистон, шаҳрвандони хориҷӣ ва шахсони бетабаа ба хизматрасонии иҷтимоӣ танзим гардидаанд.

Ҳамчунин, зерсанадҳое, ки аз муқаррароти Қонуни мазкур бармеоянд, ба монанди қарорҳои Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 13 декабри соли 2012, № 724 “Дар бораи Тартиб ва ҳаҷми пешниҳод намудани хизматрасониҳои роӣгони иҷтимоӣ”, аз 4 октябри соли 2013, №446 “Дар бораи Консепсияи рушди низоми хизматрасонии иҷтимоӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон”, аз 23 августи соли 2016, №368 “Дар бораи Нақшаи ҷорабиниҳо оид ба татбиқи Консепсияи рушди низоми хизматрасонии иҷтимоӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон”, аз 4 октябри соли 2019, №489 “Дар бораи Тартиби хизматрасонии иҷтимоӣ дар хона, дар муассисаҳои будубоши муваққатӣ, муассисаҳои будубоши доимии ҳадамоти иҷтимоӣ, талабот нисбати кормандони муассисаҳои мазкур ва номгӯи хизматҳои пешниҳодшаванда” қабул гардида, мавриди амал қарор доранд.

Дар баробари ин, аз ҷониби Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли бо мақсади ба низом даровардани фаъолияти муассисаҳои хизматрасонии иҷтимоӣ ва баланд бардоштани сифати хизматҳои иҷтимоӣ тибқи стандартҳо яқҷанд фармоишҳо ба тасвиб расидаанд.

Тибқи қонунгузори Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳолатҳои осебпазири иҷтимоӣ, ки ҳамчун ҳолати

душвори зиндагӣ ном бурда мешавад, иборатанд аз:

- а) маъҷубӣ;
- б) пиронсолӣ;
- в) беморӣ, оқибати садамаи истехсолӣ ва бемории касбӣ;
- г) аз даст додани саробон, ятимӣ, беназоратӣ, танҳоӣ;
- д) вобастагии бардавоми рӯҳӣ, оқибати зӯрварӣ ва ё ҳолатҳое, ки ҳаётро зери хатар меҳмонанд;
- е) набудани ҷойи муайяни истиқомат ва дигар ҳолатҳои душвори зиндагӣ,

Айни замон дар низоми хизматрасонии иҷтимоӣ 7 хона-интернат барои пиронсолону маъҷубон, 4 осоишгоҳу истироҳатгоҳ, 2 маркази байналмилалӣ ва миллии тавонбахшӣ, 1 Маркази ҷумҳуриявии хизматрасонии иҷтимоӣ ба қурбонӣни савдои одамон ва ҷабрдидагони зӯрварӣ дар оила, 6 маркази минтақавии хизматрасонии иҷтимоӣ ба пиронсолону маъҷубон, 9 маркази хизматрасонии иҷтимоӣ, 35 марказ ва шӯъбаҳои хизматрасонии иҷтимоӣ дар хона, 48 марказҳои хизматрасонии иҷтимоӣ барои кӯдакони имконияташон маҳдуд, пиронсолону маъҷубон, қурбонӣни савдои одамон, ҷабрдидагони зӯрварӣ дар оила, шаҳрвандони мубталои ВНМО, шӯъбаҳои тавонбахшӣ таҷрибавӣ дар муассисаҳои давлатии “Пажӯҳишгоҳи экспертизаи тиббӣю иҷтимоӣ ва тавонбахшии маъҷубон” ва “Маҷмааи таълимию таҷрибавии қори иҷтимоӣ ва инноватсияҳо”, Корхонаи давлатии “Заводи протезию ортопедӣ”-и шаҳри Душанбе дар маҷмӯъ 115 муассиса мустақиман ба хизматрасонии иҷтимоӣ ва иҷтимоии тиббӣ машғул мебошанд.

Дар нух моҳи сипаришудаи соли 2021 аз ҷониби ҳадамоти иҷтимоӣ дар маҷмӯъ ба 21259 нафар категорияҳои осебпазири аҳоли, аз ҷумла ба 4038 нафар пиронсолон хизматҳои иҷтимоӣ-маишӣ, иҷтимоӣ-тиббӣ, иҷтимоӣ-равонӣ, иҷтимоӣ-педагогӣ ва иҷтимоӣ-ҳуқуқӣ расонида шудаанд, ки нисбати ҳамин давраи соли 2020 мутаносибан (18983 нафар) 2276 нафар ва теъдоди пиронсолон (3635) 403 нафар зиёд мебошад.

Маврид ба зикр аст, ки барои пиронсолон, новобаста аз он ки дар кадом шакли ҳадамоти иҷтимоӣ ба хизматрасонии иҷтимоӣ фаро гирифта шудаанд, ҷорабиниҳои гуногуни фароғатӣю фарҳангӣ, варзишию солимгардонӣ ташкил ва пешниҳод мегарданд. Дар доираи “Соли сайёҳӣ, рушди деҳот ва хунаҳои мардумӣ” ҷорабиниҳои гуногун амалӣ гардида, саёҳати онҳо ба ҷойҳои таърихӣ, боғҳои фароғатӣ ва осорхонаҳо ташкил қарда мешавад. Маҳсули хунарии дастии пирон-

солони хунарманд дар намоишгоҳҳо ба маъраз гузошта мешавад. Ҳамчунин, идомаи анъанаҳои неки аجدодӣ дар ҷодаи таълиму тарбияи насли наврас идома ёфта, ташкили аёдати мактаббачагон ба муассисаҳои хизматрасонии иҷтимоӣ, даъвати пиронсолон ба мактабҳо ҷиҳати таъминииштирок дар ҷорабиниҳои мактабӣ ва дарсҳои тарбиявӣ бо мақсади тарбияи насли навраси ояндасози кишвар ба роҳ монда шудааст.

Дар баробари расонидани хизматҳои иҷтимоӣ ба пиронсолон, махсусан пиронсолони яккаву танҳо бо мақсади амлигардонии сиёсати иҷтимоии Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон ва дастгирии ин категорияи осебпазир аз ҷониби мақомоти марказӣ ва маҳаллии ҳокимияти давлатӣ, ташкилоту муассисаҳо, хоҷагиҳои деҳқонӣ, шахсони саховатпешаю соҳибкор мунтазам ба пиронсолон кӯмакҳои хайриявӣ расонида мешавад. Дар соли 2020 ба ин категорияи истифодабарандагони хизматҳои иҷтимоӣ 1591667 сомонӣ ва дар нӯҳ моҳи соли ҷорӣ бошад, 1661779 сомонӣ ё ба андозаи 70112 сомонӣ зиёдтар кӯмакҳои хайриявӣ расонида шудаанд. Ҳамзамон пиронсолоне, ки будубоши доимӣ ва муваққатӣ дар хона-интернатҳо ва марказҳои минтақавии хизматрасонии иҷтимоӣ фаро гирифта шудаанд, 3 маҳал хӯроки гарм дода мешавад. Ба пиронсолоне, ки ба хизматрасонии иҷтимоӣ тибқи модели будубоши рӯзона дар Марказҳои минтақавии хизматрасонии иҷтимоӣ фаро гирифта шудаанд, як маҳал хӯроки гарм дода мешавад.

Маблағгузори муассисаҳои хизматрасонии иҷтимоӣ сол аз сол афзун гардида истодааст. Дар соли 2021 ба хона-интернатҳо барои пиронсолону маъюбон ва беморони рӯхӣ дар маҷмӯъ 31123428 сомонӣ пешбинӣ шудааст ва арзиши хизматрасонии иҷтимоӣ ба як нафар дар як сол ба ҳисоби миёна 25 914,060 сомони ро ташкил медиҳад. Барои пиронсолон ва дигар категорияҳое, ки дар истироҳатгоҳҳои системаи вазорат хизматрасониҳои иҷтимоию тиббӣ мегиранд, аз бучаи давлат дар маҷмӯъ 5152512 сомонӣ ҷудо гардидааст ва арзиши хизматрасонӣ ба як нафар ба ҳисоби миёна 2568,5 сомони ро ташкил додааст.

Маврид ба зикр аст, ки марказҳои минтақавии хизматрасонии иҷтимоӣ ба пиронсолону маъюбон аз ҷониби бучетҳои маҳаллӣ маблағгузорӣ мешаванд. Дар соли 2021 барои пешбурди фаъолияти ин марказҳо дар маҷмӯъ 7770139 сомонӣ ҷудо шудааст, ки ба ҳисоби миёна ба як нафар истифодабарандаи хизматҳои иҷтимоӣ 7880,05 сомонӣ рост меояд.

Тавре дар боло зикр гардид, тавассути фармоиши иҷтимоии давлатӣ 48 муассисаҳои хизматра-

сонии иҷтимоӣ аз рӯи модели тавонбахшӣ дар сатҳи маҳал фаъолият доранд. Аз ҳисоби бучети ҷумҳуриявӣ барои пешбурди фаъолияти онҳо дар соли 2021 -11842080 сомонӣ ҷудо гардидааст ва арзиши хизматрасонии иҷтимоӣ ба ҳар як истифодабарандаи хизматҳо ба ҳисоби миёна 2919,6 сомони ро ташкил додааст.

Аз ҷониби мақомоти маҳаллии ҳокимияти давлатии шаҳру ноҳияҳои ҷумҳурӣ ба 43 марказҳо ва шӯъбаҳои хизматрасонии иҷтимоӣ дар хона дар умум 15767646 сомонӣ ҷудо шудааст, ки ба як нафар истифодабаранда ба ҳисоби миёна 2939,5 сомонӣ рост меояд.

Қайд кардан зарур аст, ки дар замони Истиқлолияти давлатӣ низоми хизматрасонии иҷтимоӣ дар заминаи санадҳои меъёрии ҳукукии амалкунанда рушди бонизом гирифта, тайи солҳои охир модели тавонбахшӣ дар сатҳи маҳал тақвият ёфта, боиси пайдо гардидани шаклҳои нави муассисаҳои хизматрасонии иҷтимоӣ гардидааст. Тӯли 30 соли Истиқлолияти давлатӣ, теъдоди муассисаҳои будубоши доимӣ 1 адад, шӯъбаҳои хизматрасонии иҷтимоӣ дар хона 21 адад афзоиш ёфта, 6 маркази минтақавии хизматрасонии иҷтимоӣ ба пиронсолону маъюбон, 48 марказҳои хизматрасонии иҷтимоӣ барои категорияҳои ғуноғуни осебпазирӣ аҳоли тавассути фармоишҳои иҷтимоии давлатӣ бо ҷалби ташкилотҳои ҷамъиятии маҳаллӣ таъсис дода шудаанд.

Ҳамзамон, таҳлили омилҳои иҷтимоӣ-демографӣ, иҷтимоӣ-тиббӣ ва иҷтимоӣ – раванӣ ва омилҳои дигаре, ки боиси пайдошавии ҳолатҳои душвори зиндагӣ мегарданд, аз зиёдшавии талабот ба хизматҳои иҷтимоӣ гувоҳӣ медиҳад. Аз маълумотҳои омӯрӣ бармеояд, ки ҳаҷми талабот ба хизматҳои иҷтимоӣ таркибу ҷараёни он асосан аз ҳисоби тағйирёбии нишондиҳандаҳои иҷтимоию меҳнатӣ (макроиктисодӣ), инчунин аз ҳолатҳои нуговори ғуруҳҳои ба онҳо алоқаманди осебпазирӣ иҷтимоӣ ташаккул меёбанд.

Аз ин рӯ, татбиқи пурраи Консепсияи рушди низоми хизматрасонии иҷтимоӣ имкон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон мушкilotи мавҷуда дар самти хизматрасонии иҷтимоӣ дар ояндаи наздик ҳалли худро ёбад.

Ҳамин тариқ, аз сабаби зиёд шудани дарозумрии аҳоли зарур аст, ки стратегияи нав барои ҳалли мушкilotи аҳолии пиронсол дар ҷумҳурӣ таҳия карда шавад. Муҳимияти таҳияи ҳуҷҷатҳои нави танзимкунандаи фаъолиятҳо дар ин самт дар он аст, ки онҳо ба татбиқи амалии самтҳои асосии ташкили модели кӯмаки тиббӣ ва иҷтимоӣ ба пиронсолон мусоидат хоҳанд кард.

КОНСТИТУЦИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН ЗАЩИЩАЕТ ПРАВА ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ (ОБЗОР)

Камалова С., Назармамадова С.

*Отдел геронтологии и социальной защиты пожилых людей
НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов*

Всеобщая декларация прав человека, утвержденная Генеральной Ассамблеей ООН в 1948 году (73 года назад) гласит: «Каждый гражданин имеет право на жизнь, право на труд и его достойную оплату, право на бесплатное лечение и образование, право на доступный отдых и право на гарантированную социальную защиту со стороны государства»

Однако, за последние 15 – 20 лет в литературе появилась информация о таком феномене как «эйджизм» - дискриминация по возрасту, который имеет различные формы пренебрежительного, унижающего достоинство, а иногда жестокого обращения по отношению к людям пожилого возраста. Дискриминация по возрасту (ageism) - по данным социологов ООН свидетельствует, что 56% опрошенных пожилых людей считают, что к ним проявляют «безразличное, грубое отношение», свою «ненужность» ощущают 51% опрошенных пожилых людей. При глобальной оценке ситуации эксперты сообщают, что дискриминация пожилых людей является особо серьезной проблемой в развивающихся странах. Эксперты ООН отмечают, что пожилые и старые люди, как и другие уязвимые слои населения, являются субъектами политической и экономической эксплуатации. Они эксплуатируются у себя дома, в пансионатах для пожилых людей или в общине, что серьезно нарушает их жизненное благополучие. Пожилые люди - как целевые группы, не включаются в стратегии снижения бедности. Управление Верховного комиссара ООН по правам человека, призывает уделять особое внимание бедственному положению пожилых и одиноких женщин, отмечает, что идет «феминизация нищеты». Социальная изоляция, в которую попадают люди после выхода на пенсию, сопровождается ущербными для пожилого человека переживаниями утраты социальных ролей, уменьшением доходов, ограничением социальных контактов, попаданием в информационный вакуум. Пожилые люди начинают чувствовать свою ненужность обществу, начинают чувствовать, что стали обузой семье. Это приводит к развитию мнительности, неуверенности в себе, сосредоточению

интересов на здоровье и сугубо личных жизненных проблемах, что в свою очередь сопровождается опасениями за будущее, беспокойством, нервозностью, страхами, различными видами тревожности. Все эти негативные эмоции препятствуют нормальному общению и адаптации пожилых людей к новым, быстро изменяющимся социальным ролям.

Учитывая сложность ситуации, в которую попадают пожилые люди во всем мире, были приняты «Принципы ООН в отношении пожилых людей» с целью сделать более полнокровной жизнь лиц преклонного возраста. В Принципах Организации Объединенных Наций в отношении пожилых людей, содержатся руководящие указания, касающиеся вопросов независимости, участия, ухода, реализации творческого потенциала и достоинства личности пожилых людей.

Таджикистан является членом ООН, и принятые Принципы ООН нашли широкое отражение в деятельности Правительства Таджикистана по отношению к пожилым людям страны. С момента обретения независимости в Таджикистане принят достаточно широкий круг нормативно-правовых актов, обеспечивающих права пожилых людей. Однако, принятые нормативно-правовые акты, имели обобщенный характер, содержали нормы, гарантирующие права и интересы пожилых людей, но они не были выделены отдельной графой, а вошли в категорию пенсионеров или инвалидов. К числу основных правовых актов следует отнести Конституцию Республики Таджикистан, принятую в 1994 году, которая послужила базой для принятия других законодательных документов в этой сфере: законы «О пенсионном обеспечении граждан Республики Таджикистан», «О социальной защите ценности инвалидов», «О пенсионном обеспечении военнослужащих», в Республике Таджикистан», «О социальном обслуживании», «О ветеранах» и др.

Учитывая увеличение числа лиц пожилого и старческого возраста в общей структуре населения, имеющиеся неучтенные моменты в нормативно-правовых актах касающихся пожилых людей, и используя опыт других государств, которые пере-

ступили порог старения, в Таджикистане были внесены поправки и сделаны дополнения в ряд правовых документов: В мае 2016 года прошел Референдум по внесению изменений и дополнений в Конституцию нашей страны, см. (ст. 34 ч. 2):

Резолюция 46/91 Генеральной Ассамблеи от 16 декабря 1991 года.

Мадридский международный план действий по проблемам старения 2002 года //Организация Объединенных Наций URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/ageing_program.shtml

«Родители ответственны за воспитание и обучение детей, а трудоспособные дети ответственны за уход и социальное обеспечение своих родителей». Маджлиси Милли Маджлиси Оли Таджикистана 21 декабря 2017 года принял поправки в уголовный кодекс, которые предусматривают ужесточение уголовной ответственности для тех, кто отказывается от опеки над престарелыми родителями (пункт 2 статьи 178 уголовного кодекса РТ), «Злостное уклонение детей от содержания нетрудоспособных родителей». Согласно внесенным поправкам, лицо, которое признано судом ответственным за содержание своих родителей, но безосновательно, умышленно и регулярно уклоняется от опеки, будет приговорено к наказанию в виде лишения свободы сроком на 3 года⁵. До внесения поправок, в подобных случаях, закон ограничивался наказанием в виде исправительных работ от 120 до 180 часов, исправительными работами до 2 лет, либо лишением свободы на этот же срок.

В Национальной стратегии развития Республики Таджикистан до 2030 года пожилые люди выделены в отдельную социальную группу. Главными направлениями работы с пожилыми людьми будут: развитие системы социальной защиты пожилых граждан через повышение качества и доступности социального обслуживания для лиц пожилого возраста; внедрение минимальных социальных стандартов социальных услуг, предоставляемых пожилым гражданам; создание и внедрение геронтологической службы, для оказания квалифицированной медицинской помощи и других специализированных услуг людям пожилого возраста; формирование системы подушевого финансирования социальных услуг, оказываемых пожилым гражданам в домах интернатах; создание механизмов гибкой занятости пожилых граждан⁶.

Судьбоносным моментом в деле улучшения качества жизни пожилых людей в стране явилась информация об увеличении продолжительности

жизни населения, которая впервые была оглашена Главой государства нашей страны Э. Рахмоном в Послании Президента Маджлиси Оли Республики Таджикистан от 24 апреля 2013 г. в Послании отмечено, что средняя продолжительность жизни населения. Послание Президента Э. Рахмона Маджлиси Оли Республики Таджикистан, 24 апреля 2013 года увеличилась от 68,4 лет в 2000 году - до 72,5 лет в 2011 году. За последние три года (2012-2015г) продолжительность жизни увеличились от 72,5 до 73,4 лет, что по сравнению с 2000 годом составила 5 лет (Послание Президента Э. Рахмона Маджлиси Оли Республики Таджикистан, 23 января 2015 года). Увеличение продолжительности жизни населения упомянутое в Послании Президента страны диктует необходимость разработки новых политик по решению проблем пожилого населения в республике, тем более, что в Национальной стратегии развития Республики Таджикистан на период до 2030 года пожилые люди выделены в отдельную социальную группу (см.п. 4.3 социальная защита).

Согласно многовековым традициям, в своем большинстве, семья и дети в Таджикистане заботятся о своих престарелых родителях. Однако, наш многолетний опыт работы с пожилыми людьми свидетельствует, что в последние годы дома престарелых переполнены пожилыми людьми, от которых отказались дети и родственники. За последние годы актуальными в республике стали и гендерные проблемы среди пожилых людей. Идет постепенное нарастание «феминизации нищеты» среди старших возрастных групп. Это в основном социальные группы женщин, которые экономически остаются в бедственном положении в результате отсутствия стажа работы (домохозяйки), профессионального образования, правовой грамотности или имеют статус «второй» жены.

Учитывая, что правовая грамотность является одним из важных критериев, обеспечивающих благополучие любого человека, а пожилого - тем более для нас представлял особый интерес применения на практике имеющихся и вновь принятых нормативно-правовых актов, касающихся пожилого населения республики в повседневной жизни.

Нами был сделан анализ знания респондентами пенсионного законодательства, умения рассчитывать пенсию и знание о бесплатных социальных услугах в 2010 г. и на текущий период. Эти данные были изучены нами в пяти регионах республики. Результаты исследования показали, что в 2010 году чаще всего пожилые люди под-



вергались различным видам психологического насилия в семье – около 60% пожилых людей, около 30% ответили, что подвергались экономическому насилию (отнимают пенсию, не помогают материально) и 2,6% - физическому насилию. Примерно каждый пятый, из числа, подвергавшихся насилию, не пожелал, открыто обсуждать вопрос о видах насилия, и отметили в вопроснике пункт «Другое». При анализе этих же данных в 2018 году, у лиц живущих в семье, выявлено, что 1.2% респондентов подвергались физическому, 20% - психологическому и 1.2% - экономическому насилию. При выяснении причин попадания пожилых людей в дома интернаты установлено, что они подвергались сразу нескольким видам жестокого обращения, что вынуждало их покинуть семью или члены семьи уезжали в другие города, оставляя их на произвол судьбы

Учитывая, что Эйджизм - жестокое обращение с пожилыми людьми за последние годы стал глобальной социальной проблемой, которая влияет на здоровье и права человека миллионов пожилых людей во всем мире и заслуживает внимания всего мирового сообщества. учитывая огромную серьезность проблемы эйджизма, Генеральная Ассамблея ООН, в 2011 году, в своей резолюции 66/127, объявила об учреждении 15 июня Всемирным Днем распространения информации о злоупотреблениях в отношении пожилых людей (WorldOlderAbuseAwarenessDay).

Начиная с 15 июня 2011 года, эта международная дата отмечается во многих государствах мира. В этот день пожилые люди проводят акции, семинары, флэш-мобы, высказывают свое несогласие со злоупотреблениями в отношении представителей старших поколений и их страданиями. В этот день, 15 июня, во многих государствах, по инициативе международной организации Хелп Эйдж Интернешнл, проводится акция «Пожилые призывают к действиям», которая проходит под девизом - «Мы имеем те же права». В Таджикистане

так же проходят мероприятия, где пожилые высказываются о своих проблемах, проводят встречи и семинары под рубрикой **«своими словами о своих правах»**, проводят определение актуальных проблем, участвуют на конференциях, приуроченных к этой дате, готовят обращения и встречаются с ответственными лицами, принимающими решения. Для нас определенный интерес представляло мнение представителей религиозных объединений по данному вопросу. **Интервью проведено с начальником Управления религиозных объединений при Хукумате города Душанбе.**

«Сложно живетесь пожилым людям, пенсии маленькие, они хотели бы работать, но нет рабочих мест для них. Да есть исконные национальные традиции отношения к родителям, о них пишется и в сурах Корана, но в настоящее время традиции теряются. Бедность вынуждает сыновей уезжать в Россию на заработки, их дети остаются с матерями, которые в своем большинстве не имеют образования. Дети предоставлены сами себе, нет отцовского воспитания. Традиции рушатся, теряется уважение к старшим. Садик, школа не дают должного воспитания, на все нужны деньги, а их нет. Здравоохранение платное, лекарства очень дорогие, вот и получается, что пожилые люди подвергаются различным проявлениям эйджизма или попадают в дома престарелых.

Таким образом, проведенное нами анализ показал, что «эйджизм» является негативным проявлением отношения к пожилым людям, который не приемлем как для общества, так и семьям. не зависит от религиозной принадлежности человека. Своевременно проведенные дополнения и изменения в Конституции РТ, Уголовном кодексе РТ позволяют защитить права пожилых людей и улучшить качество их жизни. Однако важным фактором в этом процессе является также повышение правовой грамотности целевой группы и повышение ее самооценки.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕАЛИЗАЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ - КАК СПОСОБ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В ТАДЖИКИСТАНЕ

¹Абдувахобова М.А., ²Каюмов Ф.Дж., ³Магзумова Ф.П., ²Курбонова Д.А.

¹ГОУ «Таджикский государственный педагогический университет» им. С.Айни

²ГОУ «Республиканский медицинский колледж»²

³ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»

Актуальность. Инвалидность среди детей занимает особое место среди актуальных медико-социальных проблем современности и является одним из показателей здоровья населения [3]. Она напрямую отражает уровень социально-экономического развития общества, экологического состояния территории, качество мероприятий, проводимых в качестве профилактики [1, 5].

Проблемы самой незащищенной категории населения постоянно находятся в поле зрения законодательной и исполнительной власти нашего региона. В соответствии с Законом Республики Таджикистан «О социальной защите инвалидов в Республике Таджикистан» были разработаны и приняты Национальная программа реабилитации инвалидов на 2017-2020 годы, и нормативно-правовые документы, что позитивно повлияло на качество жизни и социальное благополучие граждан с ограниченными возможностями [2, 3], в т.ч. детей - инвалидов.

Государственная политика по отношению к лицам с ограниченными возможностями базируется на приоритетах их реабилитации. Создание условий для интеграции инвалидов в семью и общество, повышение уровня их жизни играют ключевую роль в социальной политике Республики Таджикистан.

Вполне вероятно, что дети, подростки -инвалиды имеют более низкие показатели здоровья и образования, меньшую экономическую активность, чем люди, не имеющие ограничений возможностей, препятствующих доступу к услугам, которые для многих из нас являются привычными, такими, как здравоохранение, образование, занятость и транспорт, а также информация [1, 4].

В настоящее время в Республике Таджикистан действуют целевые национальные и отраслевые программы, осуществляющие социально-экономические, профилактические и медицинские мероприятия по охране здоровья матерей и детей. Несмотря на это в Таджикистане, впрочем, как и во всем мире, наблюдается неуклонный рост числа детей-инвалидов.

Кроме того, на уровень детской инвалидности

влияет развитие различных факторов, в частности врожденные патологии, родовые травмы, перенесенные заболевания, дорожно-транспортные происшествия, природные катастрофы, образ жизни [5]. С другой стороны, важную роль играет доступность и качество медико-социальной помощи и реабилитационных услуг уязвимым группам населения.

В современных условиях роста врожденных патологий, распространения социально значимых заболеваний, последствий травм могут в определенной степени вызвать кратковременное, а зачастую длительное утрачивание биосоциальных функций организма. Инструментом их восстановления является реабилитация [3].

Таким образом, разработка новых, более эффективных организационных моделей комплексной реабилитации детей-инвалидов, с одной стороны, и совершенствования путей профилактики инвалидности среди населения, с другой, являются наиболее актуальными задачами, стоящими перед системой здравоохранения страны.

Цель исследования. Пути совершенствования реализации индивидуальных программ реабилитации детей - инвалидов в Таджикистане.

Материал и методы исследования. В работе использовались годовые отчеты государственной Службы медико-социальной экспертизы Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан за 2018 - 2020 годы, а также национальные программы по профилактике заболеваний и социальной защите инвалидов. При оценке материалов исследования применяли методы случайной выборки и мета - анализа. Исследование базируется на методологии медикосоциального мониторинга и структурных особенностей контингента инвалидов.

Результаты исследования и их обсуждение. Государственная политика по отношению к лицам с ограниченными возможностями базируется на приоритетах их реабилитации. Создание условий для интеграции инвалидов в семью и общество, повышение уровня их жизни играют ключевую роль в социальной политике страны.

Проблемы самой незащищенной категории населения постоянно находятся в поле зрения законодательной и исполнительной власти Республики Таджикистан.

В этой связи на всех уровнях оказания медико-санитарной и социальной помощи проводится развернутый комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваемости, инвалидности и медико-социальную реабилитацию детей с ограниченными возможностями.

Однако практическая деятельность свидетельствует о недостаточной эффективности и результативности существующей системы реабилитации детей - инвалидов. Основопологающим аспектом сложившейся ситуации является отсутствие государственных стандартов реабилитации детей-инвалидов, объективных критериев оценки качества и эффективности проводимых реабилитационных мероприятий.

Согласно приказу Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 7 июня 2019 г., № 412 «Об индивидуальной программе реабилитации» государственной Службой медико-социальной экспертизы ИПР поэтапно реализуется на всех уровнях оказания медико-санитарной помощи. В 2019 году индивидуальными программами реабилитации охвачены 7307 инвалидов, из них 1946 (26,6%) составили дети до 18 лет. За этот период было оформлено, всего 24863 ИПР, которые составляют 16,7% от всего количества инвалидов.

В настоящее время организация реабилитационного процесса инвалидов сопряжена как с проблемами методологического, так и информационно-технологического характера. Ко второму полугодю 2017 г. на официальном учете состояло 147118 инвалидов, в т.ч. 26126 тысяч детей. По экспертной оценке, общее количество лиц с инвалидностью достигает от 1,8 до 2% от общей численности населения Таджикистана.

В процессе освидетельствования по результатам проведения экспертно-реабилитационной диагностики с оценкой клинико-функциональных, профессионально-трудовых, социально-бытовых, психологических данных специалисты учреждений медико-социальной экспертизы (ГСМСЭ) определяют структуру, степень ограничений жизнедеятельности и нуждаемость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

Согласно действующему законодательству участие специалистов медико-социальной экспертизы в процессе формирования конкретных меропри-

ятий индивидуальной программы реабилитации (ИПР) минимизировано и не предполагает определение конкретных видов и объемов реабилитации.

Между тем актуальной проблемой является отсутствие межсекторального сотрудничества между специалистами ГСМСЭ, определяющими потребность в реабилитации и разрабатывающими ИПР, и специалистами медицинских организаций, учреждений ПМСП, службы занятости и социальной защиты населения, реализующими мероприятия ИПР.

Деятельность учреждений, реализующих ИПР, имеющих различную ведомственную подчиненность, не имеет четкой координации и согласованности. Для повышения эффективности реабилитации инвалидов актуальным является создание единой информационной базы, что позволит пользователям активно взаимодействовать на всех этапах реабилитационного процесса.

Среди медико - социальных и экономических проблем, имеющих важное общегосударственное значение, особое место принадлежит проблемам детей - инвалидов. Это связано с тем, что детская инвалидность является важнейшей как медико-социальной, так и экономической проблемой, как для самого ребенка-инвалида, так и для его семьи, требуя привлечения дополнительных государственных средств.

Следует отметить, что тяжёлый морально-психологический климат в семьях, где имеются инвалиды с детства, и как правило, низкий материальный достаток, не могут не оказать негативного влияния на качество жизни таких семей в целом.

В «Конвенции о правах инвалидов» ООН, которая подписана Таджикистаном, отражен основной сдвиг в глобальном понимании проблемы инвалидности, а также реабилитации людей с ограниченными возможностями. Для содействия в ее реализации и тем самым в улучшении уровня и качества жизни инвалидов органы государственной власти и гражданское общество должны иметь всеобъемлющий анализ значения инвалидности.

Оценка состояния организации системы реабилитации показала, что до настоящего времени службы реабилитации инвалидов в отдельных регионах еще не созданы, отсутствует системный подход в организации и проведения реабилитационных мероприятий.

Следовательно, реабилитация, трактуемая в широком смысле как всеобъемлющая система медико-социальных мероприятий восстановительного характера, формирующих уровень общественного

здоровья, диктует необходимость разработки новой методологии решения проблем ее организации на всех уровнях. В основе этой методологии лежит характер реабилитационного процесса, т.е. процесса восстановления личностного и социального статуса человека, в т.ч. и детей.

Для практической деятельности особое значение имеют две его основные характеристики - это инфраструктура и динамика. При этом основными принципами реабилитации становятся: раннее начало, непрерывность, комплексность, этапность, индивидуальность, динамичность, завершенность.

Реабилитация будет эффективной при правильной организации реабилитационного процесса с учетом не только его динамики, но и инфраструктуры. Оценка статуса инвалида оценивается методом реабилитационной диагностики, являющейся необходимым элементом экспертно-реабилитационного процесса. При этом конечной целью является социальная реинтеграция и адаптация инвалида к окружающей среде.

Определить уровень потребности больного в социальной защите невозможно без оценки биосоциальных последствий болезни. С другой стороны, без мероприятий по социальной защите и обеспечению определенного уровня жизнедеятельности больного невозможна реализация реабилитационных мероприятий. В этой связи МСЭ рассматривается не только как начальный этап реабилитации, но и как инструмент для пожизненного мониторинга реабилитационного статуса инвалида.

От правовой регламентации, рациональной организации МСЭ, ее качества и научной обоснованности зависят как реализация прав каждого человека на социальную защиту, так и рациональное расходование государственных и общественных средств на материальное обеспечение лиц, ставших инвалидами. Результатом МСЭ является определение объема и характера реабилитационных мероприятий, которые предоставляются пациентам в форме индивидуальной программы реабилитации (ИПР).

Необходимо отметить и тот факт, что выполнение ИПР в учреждениях, находящихся в разной ведомственной подчиненности, зачастую не обеспечивает комплексность, и преемственность реабилитационных мер. Основные направления многообразной по содержанию реабилитационной деятельности предусматривают решение задач, касающихся медицинской, профессиональной, психологической, социально-средовой, социаль-

но-бытовой реабилитации инвалидов, обеспечения их техническими средствами реабилитации.

Общими принципами формирования ИПР детей-инвалидов являются: индивидуальность, непрерывность, последовательность, преемственность, комплексность. Важной научно-практической задачей явилось изучение медико-социальной характеристики семей, имеющих детей-инвалидов, и их социальной адаптации, роли семьи в социальной адаптации (социализации) детей-инвалидов.

В раннем детстве, когда навыки еще не сформировались, преждевременно говорить о восстановлении и, следовательно, о реабилитации. В связи с этим понятна попытка некоторых исследователей пользоваться термином «абилитация». Однако для этого возраста более правильно использовать социологический термин – «социализация».

Семья рассматривается как базовая основа социализации. По мере взросления ребенка-инвалида осуществляется передача на принципах преемственности социально-средового воздействия из одной среды - семьи, в другую - среду сверстников.

Реализация названного Закона Республики Таджикистан предполагает проведение комплекса мероприятий, направленного на обеспечение инвалидам должного социального и правового статуса, создание возможностей для их интеграции в общество. Большую роль в проведении этих мероприятий отводится Государственной службе МСЭ, основная цель которой - научно обоснованная оценка медико-социального и психологического статуса больного, претендующего на особые меры по социальной защите, определение условий обеспечения его оптимальной жизнедеятельности.

Для глубокого осознания проблем с инвалидностью и, соответственно, перехода к адекватной деятельности по их решению, нам недостаточно иметь точные и сопоставимые данные об инвалидности, а также опыта для разработки и осуществления эффективных программ, основанных на результатах медико-социальной экспертизы и научных исследований.

Несмотря на налаженную работу государственной Службы медико-социальной экспертизы, всех заинтересованных министерств и ведомств по реабилитации людей с ограниченными возможностями, необходимо дальнейшее совершенствование процессов разработки, реализации и контроля исполнения индивидуальных программ реабилитации путем повышения ответственности

органов и учреждений, принимающих участие в реабилитации инвалидов.

Основные приоритеты по работе в этом направлении носят организационно-правовой, информационный и методический характер.

Кроме того, именно ИПР является тем важным инструментом, который позволяет не только решать вопросы адресной помощи и социальной поддержки инвалидов, но при этом, формируя социальный заказ, оказывать влияние на формирование особо важных направлений социальной политики, конечной целью которой является создание условий эффективной реабилитации и интеграции детей - инвалидов в семью и общество, а также повышение уровня их жизни.

Выводы. Подход на основе прав детей всё больше отражается в недавно разработанных и принятых нормативно - правовых документах и стратегических программах. Одним из приоритетных направлений в реформировании системы здравоохранения и социальной защиты населения является профилактика инвалидности с детства, развитие медико-социальной помощи семьям, имеющим детей с ограниченными возможностями. Реабилитация детей-инвалидов построена на комплексном подходе, объединяющем медицинскую, психолого-педагогическую, социальную и профессиональную составляющие системы и процесса полного или частичного восстановления

способностей ребенка-инвалида к бытовой, образовательной, общественной и профессиональной деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаилов А.Г. Пути совершенствования медико-социальных услуг и реабилитации людей с ограниченными возможностями. Мат. регион. Науч. практ. семинара. Худжанд, 23 мая 2014 г.- С.6-11.
2. Закон Республики Таджикистан «О социальной защите инвалидов», 29 декабря 2010 г., № 675.
3. Национальная программа реабилитации инвалидов на 2017-2020 годы. Утверждённый постановлением Правительства Республики Таджикистан №455 от 28 октября 2016 года. 136 с.
4. Норкулов Х.Х., Искандарова М.Х. и др. Правовые основы современных проблем реабилитации людей с ограниченными возможностями в Республики Таджикистан. Мат. респуб. науч. практ. конф., «В здоровом теле здоровый дух». 2016. С. 92-95.
5. Отчет Государственной Службы медико-социальной экспертизы Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 15 октября 2017 г. №6/418 «О профилактике детской инвалидности». Текущий архив Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан за 2017 г.
6. Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 7 июня 2019 г., № 412 «Об индивидуальной программе реабилитации».

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОХРАНЫ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА

Азизов З.А., Магзумова Ф.П.

ГУ НИИ «Медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»

Актуальность. Приоритетными национальными задачами в области медико-социальных услуг на современном этапе являются укрепление здоровья населения, усиление профилактики заболеваемости и инвалидности, развитие реабилитации, решение медико-социальных проблем, определяющих уровень здоровья, повышение эффективности системы здравоохранения для обеспечения большего равенства в уровне здоровья, доступности медико-социальной помощи, уменьшения социального расслоения и социальной уязвимости отдельных социальных групп населения, введение требований безопасности физической и социальной среды и защиты населения от воздействий неравенства в состоянии здоровья различных возрастных групп, приводящих к дальнейшему со-

циальному расслоению.

Старение населения в большинстве экономически развитых стран мира, в том числе и в Таджикистане привело к нарастанию социально-экономических и медицинских проблем и обусловило необходимость разработки мероприятий, направленных на увеличение объемов и доступности медицинской и медико-социальной помощи пожилым, разработки системы профилактики преждевременного старения.

По данным Агентства по статистике при Президенте РТ число лиц старше 60 лет в настоящее время составляет более 6,05%, по предварительным прогнозам в 2030 году составит 11%, что создаст огромную нагрузку на системы здравоохранения и социальной защиты населения старших

возрастных групп.

Вопросы старения населения в Таджикистане были оглашены Президентом страны, лидером нации, уважаемым Эмомали Рахмон в Посланиях Президента страны к Парламенту в 2013, 2015 и 2018 годах, где отмечено, что средняя продолжительность жизни населения увеличилась от 68,2 лет в 2000 году до 72,5 лет в 2011 году. В 2015 году средняя продолжительность жизни достигла 74,3 лет, что на 5 лет больше, по сравнению с 2000 годом. В 2018 году средняя продолжительность жизни составила 75 лет, что по сравнению с 2000 годом (68,4 лет) увеличилась на 6,6 лет (3). По прогнозам к 2030 году число лиц в возрасте старше 60 будет более 11,5%, что создаст очень много проблем, требующих безотлагательного решения. В связи с возникшими демографическими тенденциями и вызовами связанными с этими процессами, и для предупреждения серьезных проблем связанных с процессами увеличения числа лиц пожилого и старческого возраста, с которыми столкнулись многие страны мира, возникла необходимость проведения анализа и объективной оценки положения пожилых людей в республике и определения новых подходов в решении проблем связанных со старением населения в Таджикистане.

Особое внимание привлекают вопросы медико-социальной реабилитации лиц пожилого возраста, в том числе инвалидов. Реабилитация лиц пожилого возраста и инвалиды имеет свою специфику и особенности.

Цель исследования: изучение медико-социальных факторов и определение потребности пожилых лиц и инвалидов в различных видах медико-социальной поддержки и реабилитации.

Материалы и методы исследования. Иссле-

дование проводилось в НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов за 2017-2018 годы. Разработано анкеты из 46 вопросов для опроса лиц пожилого возраста, он состоял из 3-х частей: паспортный часть, медицинские и социальные услуги.

Результаты исследования и их обсуждение.

По полу возрастному признаку они распределились следующим образом: мужчины – 160 человек (80,0%), женщины – 40 человек (20,0%). По возрастным группам исследуемый контингент распределили следующим образом: в возрасте от 60 до 69 лет – 60 человек (30,0%), 70-79 лет – 101 человек (50,5%), 80-89 лет -39 человек (19,5%). Большинство опрошенных относились к возрастной категории от 60 до 79 лет (70,0%).

Состояние свое здоровья респонденты оценили следующим образом: «хорошее»- 5 чел. (2,5%), «удовлетворительное»- 51 (25,5%), «плохое»- 110 чел. (55,0%), «очень плохое»- 34 человек (17,0%). При этом большинство респондентов на вопрос «Какие проблемы существуют у пожилых лиц и инвалидов», «Какие проблемы тревожат Вас?» указали проблемы со здоровьем – 182 чел. (91,0%), доступность медицинской помощи ответили 98 чел. (49,0%), лекарственное обеспечение ответили 19 человек (9,5%), удовлетворенность услугами семейными врачами положительно ответили 21 человек (10,5%), доступность лечение в реабилитационных центрах положительно ответили всего 3 человек (1,5%).

Анализ показал, что значительный процент респондентов лиц нетрудоспособного возраста указывает на то, что основной доход является пенсия и при этом, как видно из табл. 1, более чем 60% случаев её сумма не превышает прожиточного минимума.

Таблица 1.

Распределение респондентов по доходам в течение месяца (абс. ч., %)

Размер пенсии и другие доходы в течение месяца			
	Город, абс.ч.,%	Сельская местность абс.ч.,%	Всего абс.ч.,%
До 150 сомони	20 (10,0)	32 (16,0)	52(26,0)
150-250 сомони	23 (11,5)	28 (14,0)	51(25,5)
250-350 сомони	17 (8,5)	19 (9,5)	36(18,0)
350-500 сомони	8 (4,0)	10 (5,0)	18(9,0)
500-600 сомони	10 (5,0)	11 (5,5)	21 (10,5)
600-800 сомони	13 (6,5)	9 (4,5)	22(11,0)
800-999 сомони	-	-	-
1000 и выше	-	-	-
Нет ответа	91 (45,5)	109 (54,5)	200 (100,0)

Так на ежемесячный размер доходов в виде пенсии до 150 сомони указали 20 (10,0%) в городах и 32 (16,0%) в сельской местности. Размер доходов от 150 до 250 сомони озвучили 23 (11,5%) человек в городах и 28 (14,0%) человек проживающих в сельской местности соответственно. Более высокие доходы от 250 сомони и выше составили 48 (24,0%) человек в городах и 49 (24,5%) человек сельской местности. При этом у лиц пожилых людей и инвалидов проживающих в сельской местности, процент низких пенсий, а следовательно и денежных доходов, на порядок ниже чем у проживающих в городах. При отсутствии профессии, работы низких пенсиях значительно усугубляется социально-экономическое положение лиц с ограниченными возможностями.

Со слов респондентов ежемесячные расходы на приобретение лекарств у городских лиц пожилого возраста (от 100 сомони до 1000 сомони) варьируют в пределах 0,8% и до 7,5%, при этом 155 человек (77,5%) не дали ответа. Тогда как, люди старшего возраста и инвалиды проживающие в сельской местности, на лекарства в месяц тратят от 0,4% до 31,8% и не ответили 71 человек 35,5%. Как в городах так и в сельской местности основная потраченная сумма на приобретение лекарств составляет от 100 до 250 сомони.

При рассмотрении вопросов наличия родственников, улучшенных жилищно-бытовых условий, нуждаемости в посторонней помощи: более половины респондентов проживают с родственниками, как в городах, так и в сельской местности, в городах 109 (54,5%) и 91 (45,5%) респондентов соответственно.

В отдельной квартире проживают 8 (4,0%) человек в городах и 1 (0,5%) человек в сельской местности соответственно. Наличие родственников существенно облегчает жизнь инвалидов, помогая им более активно включаться в инклюзивное общество.

Так на вопрос, нуждается ли вы в посторонней помощи: частично нуждались в городах 21 (10,5%) и в сельской местности 32 (16,0%) соответственно, а вот полностью нуждались в посторонней помощи в городах 36 (18,0%) человек и в сельской местности 111 (55,5%) человек, что почти в три раза больше чем в городах.

Учитывая все вышеизложенное необходимо обратить внимание на недостаточное развитие сети социальной службы, особенно ухода на дому, причем больше в сельской местности. В настоящее время получила своё развитие служба интегриро-

ванной медико-социальной помощи. Однако распространение её в сельской местности пока не произошло, что требует особого внимания.

О существовании различных учреждений социальной защиты населения, основными функциями которых является оказание мер социальной поддержки именно пожилым людям и инвалидам, более половины опрошенных не знают.

Перспективные технологии организации медицинской, медико-социальной и лекарственной помощи, предусматривают повышение доступности медицинской помощи, в т.ч. специализированной и дорогостоящих видов, повышение эффективности диагностики и лечения заболеваний, занимающих приоритетные места в структуре причин заболеваемости и смертности, улучшение лекарственного обеспечения, повышение эффективности адресного оказания медицинской помощи.

Проводимые преобразования в здравоохранении позволяет оптимизировать организацию медико-социального и лекарственного обеспечения контингентов особого внимания, снизить существующую социальную напряженность среди этих контингентов и улучшить качество их жизни. Важное место при решении проблем, организации медико-социальной помощи лицам почтенного возраста следует отводить анализу их потребности в различных видах медицинской помощи, сложившимся потокам движения пациентов, а также деятельности медицинских учреждений и медико-социальных организаций. Обязательным условием организации медицинской и медико-социальной помощи пенсионерам следует считать определение эффективности использования ресурсов, оценку качества медицинских и медико-социальных услуг с учетом мнения пациентов и объективных оценок качества медицинского и медико-социального обслуживания. Важную роль, с точки зрения охраны и укрепления здоровья пенсионеров, следует отводить системному подходу и мониторингованию показателей, характеризующих здоровье лиц старшего поколения. Необходимо разработать механизмы и технологии организации медико-социальной помощи для своевременной и адекватной коррекции ситуаций, оказывающих негативной влияние на доступность и качество медико-социального обслуживания пенсионеров и обеспечения своевременного ее получения в целях повышения качества жизни изучаемого контингента.

Закключение. Решение проблем организации медико-социальной помощи лицам пенсионного возраста необходимо осуществлять на основе

системного анализа и системного подхода. Необходимо учесть, что инновационные технологии организации медицинского обслуживания пожилых людей призваны сыграть важную роль в реформировании отечественного здравоохранения путем улучшения здоровья лиц старшего возраста за счет обеспечения доступности адекватной медицинской помощи и эффективного использования ресурсов медицинских и медико-социальных организаций.

ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Абашидзе А.Х. Международно-правовые основы прав пожилых людей и успехи геронтологии, 2014, т.27, №1, с.16.
2. Маметов С.С. Некоторые особенности оказа-

ния мер социальной поддержки гражданам, проходящим лечение в ГБУ РО «Госпиталь для ветеранов войны»// Главный врач юга России, Ростов-на-Дону, 2012.- №3.-С.56-58.

3. Пузын С.Н. Медико-социальные аспекты здоровья населения. Современные подходы к профилактике социально значимых заболеваний // «медико-социальная экспертиза и реабилитация», 2013. - №3.- С.3-10.

4. Мадридский международный план действий по проблемам старения 2002 года // Организация Объединенных Наций URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/ageing_program.shtml

5. Послание Президента Э. Рахмона Мачлиси Оли Республики Таджикистан, 24 апреля 2013 года, 23 января 2015 года, 26 декабря 2018 года.

НАҚШИ ЭКСПЕРТИЗАИ ТИББИЮ ИҚТИМОЙ ДАР РАВАНДИ ҲИФЗИ ИҚТИМОИИ МАЪЮБОН

Амиришозода Ш.Т.

Хадамоти давлатии таъхиси тиббию иқтимоии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иқтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Тандурустӣ ва қобилияти меҳнатии аҳоли-яке аз арзишҳои волои иқтимоии давлат буда, иқтидоре аст, ки рушди бемайлону рӯз афзуни ҷомеаро таъмин менамояд. Экспертизаи тиббию иқтимоӣ ва тавонбахшӣ хангоми иҷрои вазифаҳои асосии стратегияи худ, ки аз пешгирии бемориҳо ва маъюбӣ иборат мебошад, сиёсати давлатиро ба роҳбарӣ мегирад, ки ба ҳифзи устувори саломатӣ ва коршоямии аҳоли, пешгирии корношоямӣ ва таъминоти моддии он шаҳрвандоне, ки коршоямӣ муваққатан ё доимо вайрон гардидааст, равона карда шудааст.

Моҳияти таъхиси тиббию иқтимоӣ ва тавонбахширо, ҳамчун як системаи фаъолияти амалии соҳаи тандурустӣ ва ҳифзи иқтимоии аҳоли баҳо додан хеле мушкиласт, зеро аз натиҷаҳои он на танҳо нишондиҳандаҳои соф тиббӣ, балки манфиатҳои низоми иқтимоӣ (ба монанди суғуртаи иқтимоӣ ва таъминоти иқтимоӣ) низ алоқаманд мебошанд. Ғайр аз ин, таъхиси тиббию иқтимоӣ нишондодҳои тиббиро барои расонида-ни хизматҳо ва ҳифзи иқтимоӣ муайян намуда, дар асоси натиҷаҳои фаъолияти Хадамоти таъхиси тиббию иқтимоӣ ва тавонбахшӣ маълумоти омори давлатӣ оид ба бемориҳо бо корношоямӣ муваққатӣ ва маъубон тартиб дода мешавад. Ҳардуи ин маълумотҳои оморӣ инъикоскунандаи натиҷаҳои солимии аҳоли ва корношоямӣ дар

ҷомеа ба шумор мераванд.

Фаъолияти таъхиси тиббию иқтимоӣ ҳамчунин масъалаи молиявӣ низ махсуб мешавад. Чунки варақаҳои корношоямӣ муваққатӣ, ки ба беморон дода мешаванд, ҳуҷҷате аст, ки аз рӯи он кумақпулии давлатӣ пардохт мешаванд. Ва ниҳоятан, соҳаи таъхиси тиббию иқтимоӣ ба иқтисодиёти кишвар низ алоқаманд мебошад, зеро ҳама сола аз буҷети давлатӣ, хусусан аз буҷети суғуртаи иқтимоӣ милли онҳо сомонӣ дар асоси варақаҳои корношоямӣ ва таъминоти нафақаҳои маъюбӣ ҷудо карда мешаванд.

Аз ин рӯ, аз фаъолияти босамари кормандони сохторҳои мақомоти таъхиси тиббию иқтимоӣ, ба хусус фаъолияти Хадамоти давлатии таъхиси тиббию иқтимоӣ, босабаби паст гардидани сатҳи беморшавии аҳоли ва маъубият асоснокии самаранокӣ фаъолияти иқтисодии соҳаҳои тандурустӣ ва ҳифзи иқтимоии аҳоли баҳо дода мешавад.

Тавре ки маълум аст, таъхис ё худ экспертизаи тиббию иқтимоӣ ин бо тартиби муқарраргардида муайян намудани эҳтиёҷоти шахси таъхисшаванда ба тадбирҳои ҳифзи иқтимоӣ, аз ҷумла ба тавонбахшӣ дар асоси арзёбии маҳдудияти фаъолияти ҳаётӣ, ки дар натиҷаи кохиши устувори вазифаҳои организм ба вучуд омадааст.

Мафҳуми «тавонбахшии маъубон» - ин маҷмуи чорабиниҳои тиббӣ, психологӣ, педагогӣ

ва иҷтимоии иқтисодӣ мебошанд, ки баҳри бар-
тараф намуидаан ё ҷабронии пурраи маҳдудиятҳои
фаъолияти ҳаёти, аз ҷумла ҷиҳати пурра ё
қисман барқарорсозии қобилияти маъҷубон ба
фаъолияти маишӣ, ҷамъияти ва касбӣ бо мақсади
мутобиқати иҷтимоии маъҷубон, ба даст овардани
мустақилияти моддӣ ва иҷтимоии онҳо бо ҷомеа
равона гардидаанд.

Ҳадамоти давлатии ташҳиси тиббӣю иҷтимоӣ
фаъолияти худро бар асоси Кодекси тандуру-
стии Ҷумҳурии Тоҷикистон, Қонуни Ҷумҳурии
Тоҷикистон «Дар бораи ҳифзи иҷтимоии маъҷубон»
ва «Дастурамали ташҳиси тиббӣю иҷтимоӣ» ба
роҳ монда, яке аз сохторҳои муҳими низоми ҳифзи
иҷтимоии аҳоли ба шумор меравад.

Вазиҳоҳои Ҳадамот асосан аз инҳо иборатанд:

- муайян намудани ҳолати қобилияти қорӣ,
муддати дароз ё доимӣ гум қардани қобилияти
меҳнатӣ;

- муайян намудани гурӯҳ ва сабаби маъҷубӣ,
аз ҷумла маъҷубияти қӯдакон;

- гузаронидани экспертизаи тиббӣю иҷтимоии
тақрорӣ, иловагӣ, ғайринавбатӣ ва комплексӣ;

- вобаста ба вазъи саломатии маъҷубон таҳия
намудани тавсияҳо оид ба шароит ва намудҳои
меҳнат барои онҳо, касбу қорҳои ба онҳо дастрас;

- таҳқиқ ва омӯзиши сабаб, вазъ ва шароити
маъҷубшавӣ дар ҷумҳурӣ, пешбинии қорабиниҳо
оид ба пешгирии маъҷубӣ ва барқарорсозии
қобилияти қории маъҷубон;

- таҳияи барномаҳои инфиродии тавонбахшии
маъҷубон ва назорати амалӣ гардидани онҳо;

- ташкили маҳзани маълумот оид ба
шаҳрвандони аз ташҳиси тиббӣю иҷтимоӣ гузашта
ва гурӯҳи маъҷубии онҳо;

- пешбурди омор аз рӯйи ҳайати демогра-
фии маъҷубони дар ҳудуди Ҷумҳурии Тоҷикистон
иқоматдошта, ва ғайраҳо.

Бодарназардошти хусусиятҳои иҷтимоӣю
демографӣ, ҷуғрофӣ ва ғайраи минтақаҳо шӯъба
бахшҳои ноҳиявӣ, байниноҳиявӣ ва шаҳрии Ҳада-
мот бо дарназардошти теъдоди аҳолие, ки ба онҳо
хизматрасонида мешавад (на қам аз 120 ҳазор на-
фар аҳоли) таъсисдодашуда, амал қарда истодаанд.

Ҳозирини муҳтарам, ҳамасола ба Ҳадамот ва
сохторҳои марбутан он то 50 ҳазор шаҳрвандон
ва маъҷубон барои гузаштан аз ташҳиси тиббӣю
иҷтимоӣ муроҷиат менамоянд.

Дар 9 моҳи соли 2021 ба Ҳадамот ва сохторҳои
он 7369 нафар қалонсолон бори нахуст барои
муқаррар намудани маъҷубӣ муроҷиат намудаанд.
Аз ин шумора ба 6779 нафар маъҷубӣ муқаррар

қарда шудааст, ки 91,9%-ро ташкил менамояд. Ин
нишондод дар ҳамин давраи соли 2020 93,2%-
ро ташкил меод, ки дар соли равон 1,3% қоҳиш
ёфтааст. Аз сабаби надоштани аломатҳои маъҷубӣ
ба 296 нафар ё 4,01% муроҷиатқунанда гуруҳи
маъҷубӣ муқаррар қарда нашудааст. Муроҷиати
нахустмаротиба нисбат ба ҳамин давраи соли 2020
(6598 нафар) 771 нафар ё 10,4% зиёд мебошанд.

Аз теъдоди маъҷубони нахуст 1302 нафари
онҳоро қӯдакони маъҷуб аз қудакӣ ташкил доданд,
ки баъди ба синни 18 сола расидан гурӯҳи ма-
ъҷубиашон эътироф гардидааст, онҳо 17,67%-ро
ташкил намуданд.

Аз таҳлилҳо бармеояд, ки ҳамасола теъдоди
маъҷубӣ аз бемории системаи асаб дар қои якум
мебошад (27,7%), дуҷум - бемориҳои руҳӣ 14,3%,
сеҷум - қарроҳӣ 12,9%, қорум - бемориҳои қашм
9,4% ва бемориҳои диабети қанд ба 7,2% қост ме-
ояд. Дар ду қои аввал бемориҳои асаб ва бемориҳои
руҳӣ меистанд, ки дар маҷмуъ 42%-и маъҷубони
нахустро ташкил менамоянд.

Бо бемориҳои асаб ба 1882 нафар бори нахуст
маъҷубӣ муқаррар қарда шудаанд, ки аз ин шумора
211 нафари онро бемориҳои узвҳои қомеа ташкил
менамоад. Аз 1671 нафар маъҷуб 29,7% -и онро
бемориҳои вайроншавии шадиқи гардиши хун дар
майнаи сар, 15,3%-ро боқимондаи осеби қосақонаи
майнаи сар, аз ҷумлаи он 14,6%-ро боқимондаи
қалачи қӯдақонаи майнаи сар ва осеби тавлидӣ,
5,6%-ро бемории ирсӣ - генетикӣ, 8,9%-ро бемории
саръ, 12,6% -ро бемориҳои узвҳои қомеа ташкил
медихад, ки ин теъдоди маъҷубон, маъҷубоне мебо-
шанд, ки ба синни 18 сола даромадаанд ва гурӯҳи
маъҷубиашон эътироф гаштааст.

Нишондоди маъҷубӣ аз бемориҳои асаб во-
баста ба шумораи маъҷубони нахуст, дар ҷумҳурӣ
ба 24,9%, минтақаи Бохтар 24,1%, вилояти Суғд
25,9%, минтақаи Қӯлоб 23,1%, ш. Душанбе ва
ШНТҚ 25,2%, ВМКБ ба 15,5%, баробар мебошад.

Бо бемориҳои руҳӣ бошад, дар 9 моҳи соли
2021 ба 975 нафар қалонсолон бори нахуст маъҷубӣ
муқаррар қарда шудааст, ки аз ин шумора 51,8% - и
онро маъҷубони бемории ноқисулақлӣ, 21,4%-ро
бемории маҷзубият, 17,0% -ро оқибати осеби тав-
лиди қосақонаи майнаи сар бо сустаклӣ ва 9,8%
-ро бемории саръ бо диғаршавии шаҳсият ва диғар
бемориҳо ташкил намуда, ақсарияти онҳо маъҷу-
боне мебошанд, ки ба синни 18 сола даромада,
гурӯҳи маъҷубиашон эътироф шудааст. Аз теъдоди
маъҷубони нахуст 2882 нафар ё баробари 42,5%
-онро занҳо ташкил менамоянд, инчунин 58 на-
фарашон маъҷубоне мебошанд, ки синну соли онҳо

аз 58-63 боло мебошад.

Дар доираи татбики Барномаи инфиродии тавонбахшии маъюбон аз соли 2019 дар ҷумҳурии маъюбон ба таъботати тавонбахшии тиббӣ, иҷтимоӣ ва касбӣ фаро гирифта шуданд ва дар натиҷа дар 9 моҳи соли 2021 - 46,6%-и онҳо солим гардонид шуда гуруҳи маъюбияшон қатъ гардидааст.

Яке аз дигар омилҳое, ки ба маъюбияти шахрвандон оварда мерасонанд - ин афзоиши аҳоли, баландшавии сатҳи беморӣ (асаб, рӯхӣ, чашм, саратон, узвҳои тақягоҳ ва ҳаракат, эндокринологӣ, сил ва ғайраҳо), пайвандсозии узвҳо ва дарозумрӣ мебошанд.

Қайд кардан ба маврид аст, ки дар ҷумҳурии дар замони солҳои 90-уми асри гузашта то чанд соли охир дар раванди ташҳиси тиббию иҷтимоии шахрвандон як навъ саҳланкорӣ роҳ дода шуда буданд. Ғайр аз ин, бо мурури бехтар гардидани чорабиниҳои солимгардонӣ ва тавонбахшии маъюбон шумораи муайяни маъюбон коҳиш дода шуда, раванди бозиди маъюбии шахрвандон айни замон идома дорад.

Дар асоси дастуру супоришҳои Сарвари давлат Хадамот ба таъсис додани маҳзани ягонаи иттилоотии марбут ба маъюбон оғоз намуда, дар доираи лоиҳаи «Таҳкими низомии ҳифзи иҷтимоӣ, кибо дастгирии Бонки умумичаҳонӣ амалӣ мегардад, меъморӣ маҳзани иттилоотии мазкур тарҳрезӣ гардида, система ва алгоритми баҳисобгирии шахсони маъюб таҳия ва ба роҳ монда шуд.

Бояд қайд намуд, ки аз соли 2019 инвентаризатсия ё худ бақайдгирии пурраи шахсони маъюб, рақамикунонӣ ва воридкунии санадҳои тиббӣ ва маълумоти маъюбон ба маҳзани ягонаи электронӣ оғоз шуд, айни ҳол идома дорад.

Дар мавриди ба низом даровардани чараёни муқарраркунии маъюбӣ ва дараҷаи корношоямӣ шахрвандон, инчунин коҳиш додани сатҳи маъюбшавии аҳоли иттилоъ медиҳем, ки дар давоми 9 моҳи соли 2021 дар доираи фаъолия-

ти Хадамоти давлатии ташҳиси тиббию иҷтимоӣ вазъи муоинаҳо ва аз комиссияҳои машваратӣ таъботатӣ муассисаҳои тандурустӣ гузаронидани шахрвандони бемор хеле ба танзим дароварда шуда, дар ин самт ба масъалаҳои таъботати солимгардонии онҳо тақвият бахшида шудааст.

Аз ин ҷо аст, ки сатҳи мурочиати беморон ба комиссияҳои Хадамоти ташҳиси тиббию иҷтимоӣ коҳиш ёфтааст.

Ҳамин тариқ, раванди ташҳиси тиббию иҷтимоии шахрвандон, ҳамчун яке аз самтҳои афзалиятнок ва муҳими соҳаҳои тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли баҳри тақвият бахшидани ҳифзи иҷтимоии маъюбон, татбиқи қонунгузории соҳавӣ, аз ҷумла «Барномаи миллии тавонбахшии маъюбон барои солҳои 2017-2020» равона гардида, дар давраи минбаъда низ ҷиҳати самаранокӣ ин самти экспертизаи тиббӣ ва хизматрасонии иҷтимоӣ тадбирҳои назаррас андешида мешаванд.

Бинобар ин, аз фурсати муносиб истифода карда барои рушди минбаъдаи соҳа ва тақвият бахшидани раванди ташҳиси тиббию иҷтимоии шахрвандон ва тавонбахшии маъюбон якҷанд пешниҳодҳоро ба мақсад мувофиқ мешуморем:

1. Таҳия ва дар таҳрири нав пешниҳод намудани «Дастурамали экспертизаи тиббию иҷтимоии маъюбон»;

2. Суръат бахшидан ба раванди таъсисдиҳии Маҳзани ягонаи иттилоотии маъюбон ва самаранок анҷом додани маъракаи бақайдгирии пурраи шахсони маъюб;

3. Аз нав дида баромадани сохтори Хадамоти давлатии ташҳиси тиббию иҷтимоӣ ва ҷорӣ намудани механизми ягонаи экспертизаи тиббию иҷтимоии шахрвандон;

4. Ба роҳ мондани Курсҳои доимоамалкунандаи тақмили ихтисоси кормандони Хадамоти давлатии ташҳиси тиббию иҷтимоӣ ва табибони Комиссияҳои машваратӣ таъботатӣ Марказҳои саломатии шахру ноҳияҳо.

ПРОЦЕСС ВНЕДРЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

¹Амиришозода Ш.Т., ²Магзумова Ф.П., ¹Насриддинов Р.

¹Государственной службы медико-социальной экспертизы Республики Таджикистан

²ГУ НИИ «Медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»

Актуальность. Современная концепция инвалидности рассматривает инвалидность как взаимодействие между состоянием данного индивидуума и факторами среды его обитания, которые вместе

приводят к инвалидности и отрицательно влияют на участие индивида в жизни общества. Показатели инвалидности возрастают в связи со старением населения и ростом бремени хронических нарушений

ний здоровья. Из-за меньшего доступа к службам здравоохранения инвалиды имеют неудовлетворенные медико-санитарные потребности. Они больше обращаются за медицинской помощью, чем люди без инвалидности. Инвалидность является вопросом общественно здравоохранения, соблюдение прав человека и развития.

Согласно Ситуационного анализа “Состояние сферы реабилитации в Республике Таджикистан”, проведенного в 2015 году Всемирной организацией здравоохранения “Услуги по реабилитации, доступные в Республике Таджикистан”, остаются недостаточными для удовлетворения потребностей населения с точки зрения количества и качества. Качества услуг по реабилитации вызывает большое беспокойство. Работа реабилитационных учреждений затруднена устаревшей инфраструктурой и отсутствием необходимых навыков.

Реализация индивидуальной программы реабилитации инвалидов носит государственный характер гарантий соблюдения прав инвалидов в области медицинской, профессиональной и социальной реабилитации и разрабатывается с учетом особенностей и потребностей реабилитантов. Степень выполнения законодательных актов и программ в значительной степени требует оптимизировать функционирующую систему межсекторального сотрудничества в сфере медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.

Цель исследования: оценка внедрения индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов в Республике Таджикистан.

Материалы исследования. Обобщен научно-практический опыт реализации медико-реабилитационных услуг инвалидам в ГУ НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов и Государственной службы медико-социальной экспертизы на основе аналитических и экспертных оценок.

Использованы официальные материалы Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан, отчеты форма 7 – ГУ Медико-социальной экспертизы (МСЭ) МЗСЗРТ за 2019 год.

Результаты исследования и их обсуждение. В Республике Таджикистан согласно статистике, предоставленной Министерством здравоохранения и социальной защиты населения РТ, на начало 2019 года зарегистрировано 149000 лиц с ограниченными возможностями (ЛОВ), из них 27 тысяч дети и с инвалидностью и 15 тысяч инвалиды 1-й группы.

В процессе освидетельствования по резуль-

татам проведенного экспертно-реабилитационной диагностики с оценкой клинико-функциональных, профессионально-трудовых, социально-бытовых, психологических данных специалисты учреждений медико-социальной экспертизы определяют структуру, степень ограничения жизнедеятельности и нуждаемость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

Для повышения эффективности реабилитационных мероприятий необходимо комплексное «сопровождение» инвалида на всех этапах реабилитации (медицинской, социальной, профессиональной) что будет способствовать повышению качества и доступности реабилитационных мероприятий.

В республике 7 июня 2019 года был принят Приказ №412 о разработке и реализации индивидуальной программы реабилитации (ИПР) лиц с инвалидностью. Установление инвалидности, разработка ИПР инвалидам и контролирование их реализации относятся к компетенции ГУ МСЭ. Анализ показал, что в 2019 году со стороны ГУ МСЭ 24863 инвалидам для реализации была заполнена ИПР, что составило 16,7% от общего числа инвалидов в республике. Из них инвалидам 1 гр. было предложено 2166 форм ИПР 8,7%, 2-й гр. – 16844 67,7% и 3 гр. – 5853 23,6%. Из общего числа разработанных ИПР 16304 лицам была рекомендована медицинская реабилитация, из них инвалидам 1гр.- 1405 (8,6%), 2 гр. – 11743 (72,0%) и 3 гр.- 3156 (19,4%). Социальная реабилитация была рекомендована 3686 лицам, что составило 14,8%. Из них инвалиды 1гр. составили 8,6%, 2 гр.- 63,7% и 3гр.- 27,7%. Ассистивная технология, в частности инвалидная коляска была рекомендована 403 (11,0%) лицам, инвалидам 1 гр. – 374 человек, 2 гр. – 29 человек. Протезы-ортезы были рекомендованы – 322 (8,7%) инвалидам, и санаторно-курортное лечение – 3182 (86,3%) лицам с инвалидностью соответственно. Профессиональная реабилитация была рекомендована 502 (2,01%) лицам. Из них дано направленно с целью переобучения и переквалификации в Профессиональном лицей интернате для инвалидов 61 лицам и 150 человек в Центры обучения взрослых при Министерстве труда, миграции и занятости населения, который составил всего 0,2% и 0,6% соответственно. Также для получения образования в высшие учебных заведений республики направлено 254 – 1,0% человека. Однако полученные результаты по исполнению рекомендаций по реабилитации пока полностью не изучены. Обеспеченность ас-

систивной технологией в республике находится на недостаточном уровне. Исследование показало, что потребность в колясках 11700 штук, при этом обеспечено всего 923- 7,8%, в слуховых аппаратах нуждаются 9000 лиц однако обеспечены 287 - 3,1% человек. В протезах верхней конечности нуждаются 162 инвалида, обеспечены 11 – 6,8% человек, протезы нижних конечностей требуется 900 инвалидам, обеспечено всего 257 – 28,5% лиц, ступ для ходьбы необходим 3300 лицам, обеспечено всего 281 – 8,5%.

Заключения. Таким образом, устранения существующих организационных проблем в процессе реализации ИПР/ИПРА согласованная деятельность специалистов различных ведомств, осуществляющих предоставление реабилитационных и социальных услуг, будут способствовать повышению качества жизни инвалидов. Разработка ИПР с внесением новых рекомендаций и дифференцированного подхода объективно отражает степень его социальной недостаточности, что диктует обоснованно решать конкретные задачи.

Выводы. Анализ ситуации с реализацией ИПР показал, что составление и практическая реализация ИПР лиц с инвалидностью в настоящее время не соответствует требованиям таджикского законо-

дательства. Оказание реабилитационных услуг в исполнительных учреждениях затруднено устаревшей инфраструктурой, отсутствием специалистов и необходимых навыков.

Необходимо провести экономические расчеты, изыскать дополнительные средства для расширения реабилитационных учреждений с оснащением их необходимым современным многопрофильным оборудованием.

ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Закон Республики Таджикистан «О социальной защиты инвалидов», 29 декабря 2010г., №675.
2. Национальная программа реабилитации инвалидов на 2017-2020 годы (Постановления Правительство Республики Таджикистан от 28 октября 2016 г., №455).
3. Ситуационный анализ «Состояние сферы реабилитации в Республике Таджикистан», 2015г., Министерство здравоохранения и социальной защиты РТ, Всемирная организация здравоохранения.
4. Конвенция о правах инвалидов, учебно-методическое пособие №19, УВКПЧ ООН, 2014г.
5. Рузиев М.М. Совершенствования межсекторального сотрудничества – залог успешной реализации ИПР/ИПРА // Сборник трудов международного форума по вопросам инвалидов, Душанбе- 2019.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*Ахунова Н.Т., Холова З.У., Асрори Мухтор, Сафаров З.Ш.
Кафедра терапии с курсом геронтологии ГОУ ИПО в СЗРТ*

Актуальность. Современная ревматология оформилась в настоящее время в самостоятельный раздел клинической медицины. Выделение ревматических заболеваний (РЗ) в одну группу оправданно с точки зрения социальных факторов. [3, 6].

По данным ВОЗ, 1/3 физической нетрудоспособности и 1/10 инвалидности обусловлены ревматическими заболеваниями [2, 4]. Ревматические заболевания поражают преимущественно лиц наиболее трудоспособного возраста, отсюда возникает необходимость разрабатывать и осуществлять рациональную систему контроля за качеством жизни больных, проводить мероприятия по совершенствованию медицинской помощи больным [1, 5].

Большое социальное значение ревматических заболеваний (РЗ) определяется их значительной распространенностью, поражением лиц всех возрастных групп, прогрессирующим характером

течения со склонностью к хронизации, ранней потере трудоспособности, инвалидизацией больных и сокращением продолжительности жизни [9].

В различных странах мира 16-30% населения старше 15-лет страдают теми или иными РЗ. По данным ВОЗ (2002), среди больных, ежедневно посещающих поликлиники пациенты с РЗ составляют 12-25%, у 5%- госпитализация связана с РЗ. 30% случаев временной нетрудоспособности и 10% общей инвалидности обусловлены РЗ [11].

Болезни костно- мышечной системы и соединительной ткани, объединяющие более 150 различных нозологических форм и синдромов, относятся к XIII классу болезней МКБ-10.

Для большинства заболеваний суставная патология является ведущим симптомом и зачастую носит стойкий характер. Врач – терапевт, в первую очередь, должен знать следующие заболевания: ревматоидный артрит (РА), реактивный артриты

(РеА), анкилозирующий спондилоартрит, подагру (П), остеоартроз (ОА), ревматизм, псориатический артрит, вторичные артропатии [3].

Диагностика РЗ, протекающих с суставным синдромом, особенно на ранних этапах их развития, часто бывает затруднительна. Зачастую из-за сложности проведения диагностического поиска, больные длительное время находятся вне поля зрения врача-ревматолога. В развернутых стадиях заболевания, когда налицо органические изменения органов и тканей, диагностическая проблема значительно упрощается. Серьезный анализ требуется в дебюте, часто представленном исключительно артралгиями [7, 8].

Проблема поздней диагностики РЗ в республике Таджикистан стоит остро. Недостаточные знания врачей на местах о многообразии суставного синдрома часто приводят к диагностическим ошибкам и заканчиваются хронизацией процесса.

Целью исследования является изучить клинические особенности суставного синдрома у ряда РЗ, как воспалительного, так иневопалительного характера и сравнить качество жизни больных с РЗ получивших стационарное и амбулаторное лечение.

Материал и методы исследования. Обследовано 100 больных с различными ревматическими заболеваниями, получивших лечение в отделении ревматологии Национального медицинского центра Республики Таджикистан с периода 2014-2015гг.и 100 больных с различными РЗ, находившихся под амбулаторным наблюдением в ревматологическом кабинете (II группа), где ведущим клиническим признаком был суставной синдром. Отбор больных осуществлялся в ревматологическом отделении. Национального медицинского центра за период 2014-2015 гг.

Результаты исследования и их обсуждение. Из общей исследуемой 1-группы (n=100), больных с ревматоидным артритом -40, РеА- 20, подагрой-10, остеоартрозом- 30. Вышеуказанные РЗ наиболее часто встречаются, среди большой группы болезней ревматического генеза, как воспалительного (РА+РеА), так и невоспалительного (П+ОА). Критериями включения пациентов в исследование были достоверный диагноз РЗ, верифицированные в соответствии с критериями ACR и др., одобренные ВОЗ (2000г).

Во 2 группе (n=120) больных, находившихся под амбулаторным наблюдением составило с РА-35,с РеА-25,с ОА-45,с П-15.

Для оценки выраженности суставного синдро-

ма всем наблюдавшимся больным подсчитывались число болезненных суставов (ЧБС) и припухших суставов (ЧПС) по 28 суставам. Выраженность болей в суставах и оценка общего состояния определялись по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Продолжительность утренней скованности оценивались в минутах.

Для оценки КЖ использовалась медико-социологическая анкета (МСА); для более полного исследования физического, психологического и социального статусов использовали - «Шкала измерения воздействия артритов» (AIMS).

Демографическая характеристика исследуемой 1 группы больных представлена в табл.1

Больные с РА представлены в основном женщинами (74,4%), средний возраст 38,4. Средняя длительность болезни – 6,7±1,2 лет, преобладали больные с I и II степенью активности. В подгруппе больных с РеА преобладали мужчины (72%), средний возраст 27,3, средняя длительность болезни составляет 1,8 лет. Больные с метаболическими артритами представлены: подагрой (n=10) и остеоартрозом (n=30). В подгруппе больных с ОА преобладали женщины (76,6%) средний возраст 58,1 с длительностью болезни – 4,8 лет. Этой группе больных часто сопутствовали артериальная гипертензия (АГ) - у 12, ожирение -10, Сахарный диабет -4 и ИБС- у 4 больных. В подгруппе больных подагрой преобладали мужчины (90%), что подтверждает факт частого поражения мужского пола, со средним возрастом 56,4 лет. Для этой подгруппе также сопутствовали: АГ- у 6, сахарный диабет – у 1, ожирение у 2 и ИБС- у 1 больных.

У больных обеих групп средний возраст среди больных воспалительного характера не превышал 38,7 ±1,04, соотношение мужчин и женщин – 1:3, инвалидов и трудоспособных лиц – 1:1,7, у больных с дегенеративными болезнями суставов (ОА,П), средний возраст составил 58,1±1,06. Условно* средние показатели активности процесса 1,62±0,09, степень недостаточности функции суставов 2,03 ±0,05, средняя длительность заболевания 11,17±0,75. У больных 2 группы, т.е., находившихся под амбулаторным наблюдением ревматологов,особенно среди больных с РА и ОА имелась большая длительность пребывания на инвалидности, более высокие средние показатели количества пораженных суставов, сопутствующих заболеваний, лекарственных препаратов приходившихся на 1 больного. Тем не менее, у больных отмечался более низкий средний показатель КЖ по МСА 15,48±0,37 против 13,18±0,64 (p<0,01).

По AIMS больные этой группы испытывали наибольшие затруднения по разделам, касающимся их физической активности «подвижность», «ловкость» ($p<0,01$) и социального статуса – «социальная роль», «социальная активность» ($p<0,01$). У больных 2 группы по AIMS отмечались большие нарушения в психологическом статусе (более высокий уровень по разделам «депрессия») ($p<0,01$) и беспокойство ($p<0,01$). Проведение корреляционного анализа показало, что у больных обеих групп индекс КЖ имел обратную зависимость несколькими факторами, но общими были: степень НФС показатель по разделам «социальная роль», «депрессия» и общий показатель здоровья AIMS (сумма баллов по всем разделам этой анкеты).

В таблице 2 показана подробная клиническая характеристика суставного синдрома в различных исследуемых подгруппах. Для пациентов I подгруппы (РА) чаще всего характерно постепенное начало – в 72% с полиартикулярным поражением мелких суставов кистей рук, лучезапястных и коленных суставов. Реже поражает плечевые и I плюснефаланговые суставы и соответственно.

Боли в суставах не зависят от движения и усиливаются в покое. Длительность суставной атаки 14 дней. Почти у всех больных отмечается утренняя скованность, в среднем до 3-х часов от момента пробуждения. На стандартную НПВП - терапию отвечает средне – в 70% и при высокой активности с длительностью более 3-х лет ответ низкий 30%. Для больных с РеА – в большинстве случаев - 84% начало острое, с поражением одного (моноартрит) и 2-3 суставов (олигоартрит). Излюбленной локализацией были голеностопные, коленные и суставы стоп. Длительность суставной атаки в большинстве 7-14 дней с ноющим характером боли. Утренняя скованность встречается редко 16% с продолжительностью 10-20 минут. На терапию НПВП отвечает быстро и средне (92%). При изучении суставного синдрома у больных ОА – чаще наблюдалось медленное начало по типу моноартрита, усиливающиеся при нагрузке. Излюбленной локализацией чаще коленные, тазобедренные и мелкие суставы рук, реже г/стопные и лучезапястные.

Длительность суставной атаки в среднем – 3-4

Таблица 1

Демографическая характеристика больных с РЗ (n-100)

Показатель	РА (n-40)	РеА (n-20)	ОА (n-30)	П (n-10)
Пол:				
Муж	18 (45%)	12 (60%)	7 (23,3%)	8 (80%)
Жен	22 (74,4%)	8(40%)	23 76,6%)	2 (20%)
Средний возраст (лет)	38,4	27,3	58,1	56,4
Длительность болезни				
до 1-года	6	18	10	7
2-5 лет	13	7	16	11
6-10 лет	8		3	2
> 10 лет	3		1	
Активность:				
1 степень				4
1	14	8	15	5
2	16	10	8	1
3	10	2	7	
ФН				
0	5	8	2	2
1	12	5	8	4
2	20	7	11	4
3	3	0	9	0
Сопутствующая патология:				
АГ	3	—	12	6
СД	—	—	4	1
Ожирения	2	—	10	2
ИБС	—	—	4	1

недели. Свойственно медленно – прогрессирующее течение, за исключением случаев синовита. Утренняя скованность встречается редко, в основном до 30 минут. Ответ на терапию НПВП чаще

средняя и слабая.

В подгруппе больных с подагрой суставная атака-острая с преобладанием моно- и полиартрита. Длительность суставной атаки 5-7 дней.

Таблица 2

Клиническая характеристика суставного синдрома у больных РЗ

Показатели	Воспалительные артриты		Дегенеративно-метаболические артриты	
	РА (n-40)	РеА (n-20)	ОА (n-30)	П (n-10)
Субъективные симптомы				
Начало артрита				
– ----острое	12	12	4	7
– ---медленное	22	8	26	3
Боли:				
– --- при нагрузке	3	11	22	4
– -----в покое	27	9	8	6
Характер боли:				
– -----острый	2	8	4	3
– -----ноющий	18	4	12	2
постепенно – прогрессирующий	12	2	10	2
– ---мигрирующий	1	4	2	2
– ---интермитирующий	7	2	2	1
Утренняя скованность				
до 1 ч	8	12	25	7
1-2 ч	22	8	5	3
2-5 ч.	10	0	0	0
Длительность суставной атаки				
5-7 дней	2	4	9	2
8-21	21	10	18	4
22-30	14	4	3	3
1-3	3	2	0	1
Ответ на терапию НПВП:				
– низкий	10	4	20	4
– средний	24	6	8	3
– быстрый	6	10	2	3
II. Объективные симптомы:				
Локализация артрита:				
– коленные	+	+	+	+
– г/стопные	+	+	+	+
– тазо/ бедренные	–	–	–	–
– Иплюстнефолонговые суставы.	–	–	–	+
– суставы кистей рук.	+	+-	–	+
– локтевые	+	+	+	+
– плечевые	–	–	–	–
– позвоночник.	+	+	+	–
– височно-нижнечелюстные	+	–	–	–
Тип артрита:				
– моноартрит	6	9	10	5
– олигоартрит	7	6	12	2
– полиартрит	27	5	8	3

Дебютирует в 75% случаев с I плюснофалангового сустава, но и может протекать по типу олиго и полиартрита, суставом исключения является височно- нижнечелюстной и позвоночник. Чаще наблюдается острая и жгучая боль. Утренняя скованность почти не характерна. Положительный ответ на терапию НПВП в большинстве случаев быстрый и средний.

РА чаще имеет подострое начало, сопровождаются утренней скованностью, упорным болевым синдромом и свойственным для него излюбленной локализацией. Существуют суставы исключения: для РА дистальные межфаланговые и пястно- фаланговый сустав большого пальца руки; для подагры височно- нижнечелюстной и позвоночник, на терапию НПВП дает средне-положительный эффект.

РеА имеет чаще острое начало, по типу асимметричного олигоартрита, моноартрита и утренней скованностью, продолжающийся до 1ч и на терапию НПВП дает быстрый эффект. Дегенеративные артропатии (ОА) имеют медленно – прогрессирующее течение, поражают старший и пожилой возраст, редко сопровождаются утренней скованностью, поражают суставы, на которых приходится нагрузка и на терапию НПВП дают средне- низкий эффект.

Выводы. Таким образом, клиника большинства РЗ сопровождается суставным синдромом. Каждая отдельная нозология имеет свои особенности поражения суставов, как по характеру боли, его длительности, дебюта, так и по локализации и количества вовлеченных в процесс суставов. Больные с различными РЗ, находившейся на стационарном лечении имели более низкий показатель КЖ за счет выраженных ограничений в физической и социальной активности, а также снижения их социальной роли. В виду этого врачи ревматологи, терапевты, семейные врачи наряду с назначением больным с различными РЗ базисного противоревматического лечения, проводили активно реабилитационные меры оказания помощи при участии специалистов-психологов.

Все вышеизложенное раскрывает многообразие суставного синдрома при РЗ и диктует необходимость проводить раннюю дифференциальную диагностику с целью подбора базисной терапии и профилактики функциональных нарушений суставов и ранней инвалидизацией среди больных с РЗ. Полученные результаты свидетельствуют, что РЗ сопровождаются характерным суставным синдромом, имеющие общие и отличительные черты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев Е.И. Принципы патогенетической терапии тяжелых системных вариантов ревматоидного артрита., Дисс. докт. мед.наук, 2000,с. 48.
2. Балабанова Р.М. Ревматоидный артрит на рубеже веков. В кн. // Р.М Балабанова, В.А. Насонова Н.В Бунчук/. (ред.) Избранные лекции по клинической ревматологии. М.: Медицина; 2001; с. 61-67.
3. Гусев Д.Е., Сигидин Я.А. Клин. Ревматология. 2000, №1, с.29.
4. Насонов Е.Л. Ревматоидный артрит.-В //Е.Л. Насонов/ кн.: Клиника и иммунопатология ревматических болезней.-2002.-С.142-145.
5. Насонова В.А., Барскова В.Г., «Ранняя диагностика и лечение суставного синдрома—Научно- обоснованное требование улучшения трудового и жизненного прогноза больных», Научно- практическая ревматология. 2004., №1. с. 57.
6. Насонова В.А., Фоломеева О.М., «Медико- социальное значение XIII класса болезней для населения России», Научно- практ. ревматология 2001., № 1 с.7-11.
7. Фоломеева О.М., Лобарева Л.С., Ушакова М.А. «Инвалидность обусловленная ревматическими заболеваниями, среди жителей РФ», Ревматология., 2001, №1, с. 15-.
8. Шукурова С.М., «Подагра», Москва, 1997., с-65.
9. Шукурова С.М., Ахунова Н.Т., «Фармакотерапия раннего ревматоидного артрита», Душанбе, 2003., с. 78.
10. Шукурова С.М., Ахунова Н.Т., Абдуллоев Х.Ч., Холова З.У., Атоллаев Д.С. «Клиническая ревматология», Душанбе, 2011. 441с.
11. Шукурова С.М «Классификационные и диагностические критерии ревматических заболеваний», Душанбе, 2009, - С. 1-100.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЫНКА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ

Ашуров С.Б.

Филиал Ассоциации Каритас Германия в Таджикистане

Данная статья является результатом экспресс-опроса, проведенного в начальном этапе реализации проекта «Региональная программа для

престарелых в Азии», осуществляемого Филиала Ассоциации Каритас Германия в Республике Таджикистан при финансовой поддержке Феде-

ральным министерством экономического сотрудничества и развития Германии (BMZ) и Каритас Германия. Общей целью данного проекта является содействие в обеспечении и расширении доступа лиц пожилого возраста (ЛПВ)¹ к существующим мерам по социальной помощи и создание образцовых моделей перспективных социальных услуг, основанных на профессиональной компетентности социальных работников.

Основной целью вышеуказанного опроса заключалась в том, чтобы выяснить мнение граждан, в особенности пожилых людей, как обстоят дела с социальной защитой и социальным обслуживанием пожилых людей в стране и определить потребность в социальных услугах как пользователей услуг, так и семей, имеющих пожилых членов семьи.

Методология опроса была свойственна экспресс опросу: была составлена анкета из 12 вопросов на таджикском и русском языках, которые были размещены с просьбой заполнить ее в разные группы в Фейсбуке (с несколько десятками тысяч

участников групп). Опрос был остановлен после набора 300 ответов. Опрос был проведен в период с 25 мая по 2 июня 2021 года. За 7 дней были учтены только полностью заполненные вопросники. Открытые обсуждения в группе не были учтены в опросе, но зафиксированы для дальнейших работ в рамках проекта.

Исследование показало, что значительное большинство респондентов (67%) оказались жителями города Душанбе, всего 5% - из сельской местности, остальные – из других городов страны. Возрастная структура респондентов и их распределение по уровням образования приведены в диаграммах 1 и 2.

Опрос показал, что 79,7% респондентов проживают в семье с одним ЛПВ, 18,6% - с двумя такими людьми и 1,7% - с тремя ЛПВ. По полу 52,2% ЛПВ являются женщинами. Возрастная структура ЛПВ, проживающих с респондентами в одной семье приведена в диаграмме 3.

Анализ возможностей здоровья ЛПВ по самообслуживанию показал, что 54,5% ЛПВ нуждаются

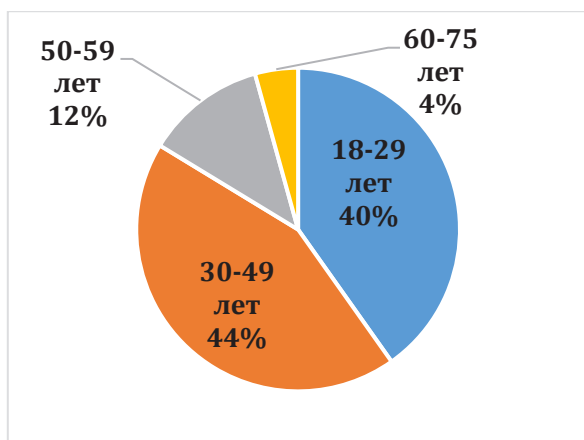


Диаграмма 1. Возрастная структура респондентов

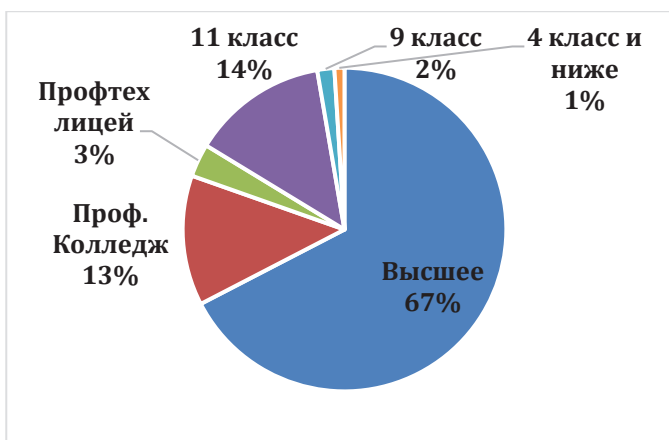


Диаграмма 2. Распределение респондентов по уровня образования

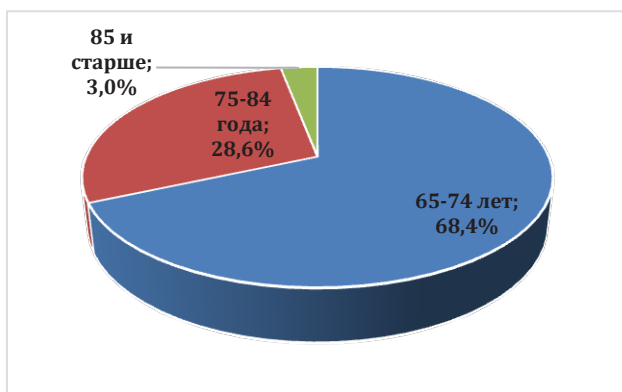


Диаграмма 3. Доли ЛПВ, проживающих с респондентами по возрастным категориям

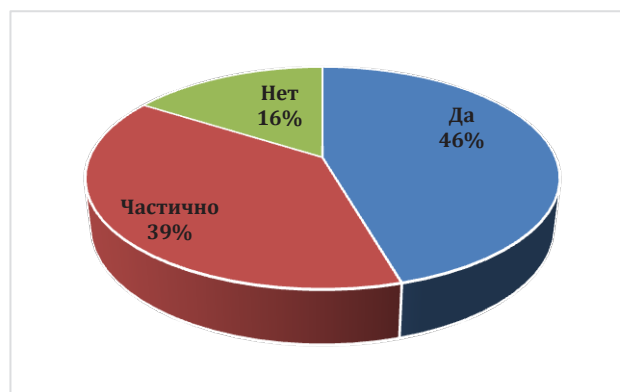


Диаграмма 4. Распределение ЛПВ по возможностям их здоровья обслуживать себя

в помощи со стороны других лиц при жизнедеятельности (см. диаг. 4).

Большинством респондентов отмечены 6 видов социальных услуг для ЛПВ как наиболее востребованных (см. диаг. 5).

Первая шестёрка самых популярных частных социальных услуг для ЛПВ с позиции их текущего использования (по мнению респондентов) приведена в диаг. 6.

Опрос показал, что сторонники организации платных социальных услуг для ЛПВ в Республике Таджикистан составляют подавляющее большинство (65%). Две третья часть (66,8%) этой категории респондентов являются женщинами. 41,3% сторонников организации платных социальных услуг для ЛПВ находятся в возрасте 18-29 лет, столько же (41,3%) – в возрасте 30-45 лет, 13,8% - в возрасте 46-55 лет и 3,6% - в возрасте 56 и старше. По уровню образования значительное

большинство (65,3%) данной категории респондентов имеет высшее образование.

79,1% сторонников организации платных социальных услуг для ЛПВ проживают с одним ЛПВ, 18,9% - с двумя ЛПВ и 2% проживают с тремя ЛПВ. 56,6% ЛПВ из этой категории являются женщинами, а 43,4% - мужчинами, по возрастным сегментам они распределяются так: 43,9% в возрасте 65-69 лет, 25% - в возрасте 70-74 года, 28,6% - в возрасте 75-84 года и 2,6% - в возрасте 85 и старше. При этом 44,6% ЛПВ из этой категории частично могут обслуживать себя, а 18,5% вообще не могут сами себя обслуживать.

Самые популярные виды социальных услуг для ЛПВ по востребованности среди сторонников организации платных услуг приведены в диаграмме 7.

23,6% респондентов изъявили желание участвовать в волонтерской рабочей группе по раз-



Диаграмма 5. Шест наиболее востребованных видов социальных услуг для ЛПВ



Диаграмма 6. Первая шестёрка самых популярных используемых частных социальных услуг для ЛПВ



Диаграмма 7. Наиболее востребованные социальные услуги для ЛПВ среди сторонников организации платных услуг

работке социальных услуг для ЛПВ, 73,2% из которых проживают в городе Душанбе. 43,7% данной категории респондентов находятся в возрасте 18-29 лет, 40,8% - в возрасте 30-49 лет, 9,9% - в возрасте 50-64 года, а 5,6% - в возрасте 65-75 лет. 60,6% желающих респондентов стать волонтерами являются женщинами. 92% респондентов-потенциальных волонтеров имеют высшее (75%) и среднее (17%) профессиональное образование.

63,4% респондентов, желающих стать волонтерами, проживают с одним ЛПВ, 33,8% - с двумя ЛПВ, а 2,8% - с тремя такими людьми. 53,5% ЛПВ, проживающих с этой категории респондентов могут сами себя обслуживать, 26,8% - частично могут, а 19,7% - вообще не могут сами себя обслуживать.

Мнение респондентов, желающих стать волонтерами, по видам и степени востребованности социальных услуг для ЛПВ совпадают с мнениями всех респондентов в целом и респондентов – сторонников организации платных услуг в частности в разрезе первой шести наиболее востребованных видов услуг. Однако доли респондентов-волонтеров, считающих востребованными этих услуг немного меньше, чем аналогичных показателей респондентов – сторонников организации платных услуг. Вместе с тем среди первой категории респондентов имеются больше по сравнению с другой категорией респондентов лиц, считающих востребованными другие (кроме шести наиболее востребованных) виды социальных услуг.

Некоторые выводы и рекомендации

1. Исследование выявило устойчивую шестёрку наиболее востребованных социальных услуг для ЛПВ, включающую услуги «Стирки и глажки

белья», «Уборки жилья», «Доставки и/или приготовления пищи», «Предоставления физиотерапии», «Сопровождения вне дома» и «Персонального помощника ЛПВ», среди всех и разных категорий респондентов. Считаем целесообразным учитывать этот факт в проекте Государственной программы социальной поддержки ЛПВ в период до 2030 года, разработка которой предусмотрено Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан в 2021 году.

2. Заведомо самые востребованные социальные услуги отвечают больше ожиданиям и нуждам опекунов, членов семьи, проживающих с ЛПВ, и они востребованы для облегчения совместного проживания и ухода за престарелыми родителями/родственниками. В связи с этим, считаем целесообразным провести дополнительно опрос уже непосредственно самих ЛПВ в специальных учреждениях и/или с определившейся группой волонтеров, желающих сопровождать проект. Фокус групповые дискуссии или интервью помогут выявить нужды ЛПВ по специальным реабилитациям с фокусом на здоровье бенефициара.

3. Исследование показало большую долю респондентов, готовых использовать частные социальные услуги для ЛПВ. При этом оно ещё раз подтвердило национальную традицию, выражающуюся в тезисе «дети содержат родителей в их старости», тем, что 97,5% респондентов, готовых платить за социальные услуги для ЛПВ, являются детьми этих ЛПВ. И радует готовность детей закупать качественные услуги, несмотря на слабое материальное положение населения в целом по стране.

4. Результаты данного исследования является

хорошим толчком для начала обсуждения данного вопроса в стране, с ответственными структурами и партнерами, учитывая мнения населения. Но методология данного исследования, основанная на экспресс-опросе, не позволила целенаправлен-

ного охвата самих ЛПВ в процессе исследования. В связи с этим, целесообразно проведении масштабного исследования с учётом международных стандартов по оказанию адресных медицинских услуг для ЛПВ.

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ ВНЕДРЕНИЯ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ (СЕМЕЙНОЙ) ПРАКТИКИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Баротов И.И., Идрисов З.М., Бандаев И.С.

ГОУ «Таджикский медицинский университет имени Абуали ибн Сино» МЗ СЗН РТ

Актуальность. С целью достижения Стратегии здоровья для всех, по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является ведущим звеном всей системы здравоохранения и составляет неотъемлемую часть всего процесса социально-экономического развития общества (Вебер В.Р., 2004; Ахмедов А.А., 2005; Миралиев С.Р., 2006; Ходжаев В.М., 2011).

Радикальные меры экономических реформ сопровождаются неблагоприятными переменами в социальной сфере, приводящими к снижению уровня и качества жизни, постоянной психоэмоциональной напряженности, ухудшению показателей общественного здоровья, повышению уровня заболеваемости и смертности. В связи с этим стало необходимо решение задачи приближения квалифицированной медицинской помощи к населению (Кучеренко В.З., 2000; Мейманалиев Т.С., 2003; Миралиев С.Р., 2006; Магзумова Ф.П., 2009).

В Республике Таджикистан проживает около 73,5% сельских жителей. Одним из ведущих факторов, влияющих на низкий уровень здоровья сельских жителей является неудовлетворенность их первичной медико-санитарной помощью. В первую очередь были отмечены недостатки в организации помощи у участкового врача, в частности уменьшился объем и спектр профилактических, лечебно-диагностических услуг, были отмечены больше диспетчерских функций, частота направление больных на консультации к узким специалистам достигла 30-50%, в западных странах 10- 12% (Сафаров У.И., 2009; Миралиев С.Р., 2015).

Одной из важнейших задач системы здравоохранения является организация ПМСП населению, основанной на стратегии семейной медицины, которая предоставлена оказания медицинской помощи и призвана удовлетворить потребность населения (ВОЗ, 2016)

Эффективность и высокое качество деятель-

ности всех уровней системы здравоохранения, поддержка трудовых ресурсов страны, в том числе и решение большинства медико-социальных проблем, особенно на уровне семьи, представителей разных социальных групп (детей, инвалидов, престарелых и лиц пожилого возраста) зависит именно от состояния ПМСП.

Переход к организации первичной медицинской помощи по принципу ВОП/СВ ведет к улучшению качества, доступности и экономичности медицинской помощи, эффективному использованию ресурсов и к изменению ориентации на профилактику заболеваний и укрепление здоровья. В нынешнее время большинство региональных центров здоровья (поликлиники), продолжают оказывать помощь силами участкового врача, а новый метод оказания ПМСП, основанный на принципах семейной медицины, врача общей практики, внедряемый в ряде районах и городах, требует полномасштабного внедрения, чтобы она в полной мере смог соответствовать данному понятию. Не следует забывать и того, что отсутствие мотивации в работе, жилья и низкая заработная плата медицинских работников способствуют оттоку их из села. (Тимофеев Д.А., Еругина М.В., Кром И.Л., Цвигайло М.А., 2019; Гайдаров Г.М., Макаров С.В., Алексеева Н.Ю., Маевская И.В., 2019).

В этих условиях возникает необходимость научной трактовки реформы первичного звена, концептуальной разработки дальнейшего внедрения общей врачебной (семейной) практики, а также нормативно-методической базы, которое должно включать процесс институционализации врача общей практики в Таджикистане, проведение периодического анализа, обобщения, разработку методических материалов для руководителей здравоохранения ПМСП и практических врачей, информационную поддержку реформы, особенно в сельской местности.

При этих обстоятельствах и созрела необ-

ходимость в поиске методологии определения и предоставления должного объёма и качества доступных населению услуг на основании принимаемых управленческих решений (Рожкова Е.В., 2019, Гаилов А.Г., 2019).

Цель исследования. Научное обоснование концептуальных подходов внедрения общей врачебной (семейной) практики как основы совершенствования первичного звена здравоохранения в Яванском районе Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Для выявления основных факторов, непосредственно влияющих на качество оказания медицинской помощи сельскому населению, в 2019 году была изучена статистические данные, отчетно-учетные документации ПМСП исследуемого района – паспорт участка, демографические показатели населения района, структура лечебно-профилактических учреждений, изучена кадровый потенциал, деятельность участковых и семейных врачей ПМСП Яванского района. А также использованы данные обзора Национальной программы по развитию семейной медицины в Таджикистане и отчеты международных экспертов о состоянии ЛПУ, расположенных в сельской местности.

Созданный база данных подвергнулся статистической обработке при помощи программы Microsoft Office Excel. Для оценки количественных показателей использован описательный анализ с вычислением относительных величин.

Результаты исследования и их обсуждение. Нынешняя системы здравоохранения ориентирована на семью, которая в дальнейшем выступить в качестве объекта медицинской помощи и, главным образом, профилактического воздействия с целью

поддержания и укрепления здоровья каждого её члена.

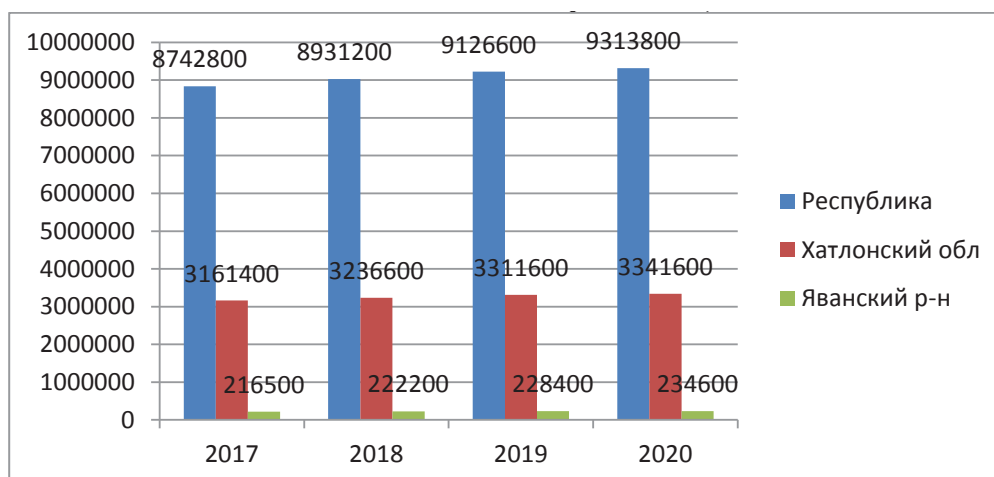
Согласно демографическим показателям в Республике Таджикистан, в том числе в Яванском районе год за годом увеличивается число населения, тем самым увеличивается показатели заболеваемости, болезненности, рождаемости, смертности и инвалидности.

Как видно в диаграмме в 2017 году число населения в республике составлял 8742 800 человек, в Яване 216 500 человек, из них городские жители составляли 38 900 человек, сельские жители составляли 177 600 человек, т.е. 82,0%. В 2018 году в республике 8 931 200 человек, в Яване 222 200 человек, из них 93 700 городские и 182 500 сельские (82,1%), в 2019 году в республике 9 126 600, в Яване 228 400, из них 40 300 городские, 188 100 сельские (82,3%), в 2020 году в республике 9 313 800, в Яване 234 600, из них 41 000 городские, 193 600 (82,5%) сельские населения. Таким образом, за последнее 4 года число населения в республике увеличился на 571000 человек т.е. на 6,5%, в Яване 18100 человек или на 8,4%, сельские жители в Яване составили более 82,0%, причем ежегодно растет число сельских жителей от 0,1 до 0,5%. Связи с чем вопрос остро остается о необходимости подготовки семейных врачей и семейных медицинских сестер на уровне республики в целом, и в частности сельской местности.

Структура лечебно-профилактических учреждений. Программа модернизации здравоохранения в 2002 года после принятия Концепции системы здравоохранения в Республике Таджикистан в республике в целом, так и в Яванском районе в частности, предусматривает три основных направ-

Диаграмма 1

Численность населения в сравнение (2017, 2018, 2019, 2020 годы)



ления: укрепление материально-технической базы медицинских учреждений, внедрение современных информационных систем в здравоохранение и разработку с реализацией стандартов оказания медицинской помощи, предоставляемой врачами-специалистами. Необходимость решения перечисленных задач очевидна, однако на районном уровне в программе не учитывались особенности существующей структуры медицинских учреждений в регионах. Для Яванского района это один из ключевых моментов, оказывающих существенное влияние на реализацию программы, так как обеспеченность и доступность медицинской помощи для населения данного региона, рассчитываемые как сопоставление демографических показателей и географических особенностей структуры медицинских учреждений, могут послужить основой для структурных преобразований в системе здравоохранения района. В нашем исследовании проанализирована база данных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), располагающихся на территории Яванского района, сформированная в рамках подготовки Программы модернизации здравоохранения республики в 2002 года. Учитывая тот факт, что основные объемы медицинской помощи населению Явана оказываются медицинскими учреждениями, были проанализированы только ЛПУ, входящие в государственную систему. Всего на территории Явана расположены 98 таких учреждений здравоохранения (УЗ) разного подчинения (табл.1).

При выполнении работы изучены демографические показатели Яванского района на основе статистических данных за период с 2018 по 2019 гг. Показатели обеспеченности населения города медицинской помощью сопоставлены в ракурсе оценки количества и специализации ЛПУ с действующими нормативами. Результаты показали, что в структуре медицинских учреждений, находятся 4 больничных учреждений, 1 районный уровень и 3 номерные больницы, 81 амбулаторно-поликлинических учреждений, в том числе медицинские дома 40, сельские центры здоровья 31, медицинские пункты, 1 станция скорой медицинской помощи.

Показатели обеспеченности населения Яванским учреждениями амбулаторно-поликлинической службы показал, что реальная обеспеченность (нормативная обеспеченность — 10 тыс. чел / 1 мед. учреждение (МУ) расхождение с нормативом, ни в одном селе/джамоатов в Яване население не обеспечено в соответствии с нормативами амбулаторно-поликлинической помощи. Причем превы-

Таблица 1

Количество ЛПУ в Яванском районе по уровням подчинения

Количество учреждений	98
Районный уровень: стационар и поликлиника	2
Учреждений ПМСП	81
Госпитальная служба, в том числе:	4
Районная больница	1
Номерная больница	3
Сельские медицинские центры	31
Медицинские дома	40
Медицинские пункты	8
Скорая медицинская помощь	1

шение нагрузки на одно медицинское учреждение по сравнению с нормативом составляет от 1,3 раза до 7,6 раза. Показатели географической доступности амбулаторно-поликлинической помощи для населения Явана (нормативная доступность — 6,3 кв. км/ 1 МУ) в реальной доступности отмечается расхождение с нормативом. Следует отметить, что в ряде джамоатов наблюдается явное недостаточное количество медицинских учреждений, причем в некоторых джамоатах норматив доступности превышен более чем в 8 раз. Расчет среднего расстояния между амбулаторно-поликлиническими учреждениями (АПУ) может служить интегральным показателем дорожно-транспортной доступности населения к поликлиникам и амбулаториям. Этот показатель в пределах Явана колеблется от 1 до 9 км, что, очевидно, не может не сказываться на обеспеченности населения медицинской помощью.

В целом результаты проведенного исследования позволяют констатировать, что показатели обеспеченности населения Яванского района ЛПУ и их географическая доступность значительно отличаются в разных джамоатах, что не может не отражаться на качестве оказания медицинской помощи его жителям и не влиять на ход выполнения программы модернизации. Нельзя не признать, что сложившаяся структура лечебно-профилактических учреждений Явана не в полной мере соответствует территориальным, административным, демографическим и другим параметрам жизнедеятельности района. При этом к числу преимуществ можно отнести сохранение исторически сложившейся структуры ЛПУ Явана: многопрофильность и доступность специализированной помощи в больницах (55,2%) районного и сельского уровня. А бесспорными структурными недостатками являются не-

рациональное сосредоточение однопрофильных клиник на ограниченных территориях района и неоднозначная плотность медицинских заведений.

Таким образом, совершенствование структуры лечебно-профилактических учреждений Явана осуществляется постоянно и в процессе реализации Программы модернизации здравоохранения должно вывести деятельность медицинских работников района на новый эффективный уровень с сокращением финансовых издержек на оказание медицинской помощи населению и повышением ее качества.

Анализ показал, что в 2019 году количество врачей в целом в республике увеличился на 188 человек, что составлял 1,0%, в Хатлонской области увеличился на 4,4%, в Яванском районе 9,0% соответственно. Семейные врачи в республике в 2019 году составили 2403 человек, т.е. на 63 врачей меньше, где составлял 2,5% по сравнению 2018 года меньше. В Хатлонской области количество семейных врачей увеличился на 2,1%, а в Яванском районе уменьшился на 24,1%. Врачи терапевтического профиля на республиканском уровне не изменился за последнее годы, в Хатлонской области уменьшился на 5,3%, в Яванском районе без изменения, составили 9,6% терапевты и 9,2% семейные врачи от общего числа врачей в данном районе.

Результаты исследования показали, что в медицинских учреждениях яванского района обеспеченность кадрами в 2018 году составлял 9,6% на 10

000 населения, в 2019 году 10,2% соответственно.

Обеспеченность врачами в республике составлял 20,7% на 10 000 населения, в Хатлонской области 11,5%, в Яванском районе 10,2% соответственно, когда семейные врачи в республике составили 2,6%, в Хатлонской области 1,3, а в Яване 0,9% на 10 000 населения.

Занятость врачами в республике в 2019 году составляли 84,1%, в Хатлонской области 71,2%, а в Яванском районе 77,4%, в то время терапевты составили 89,1%, педиатры 91,2% соответственно, семейные врачи в отчете не указаны. Это все указывает, на то что несмотря на ежегодным увеличением количество подготовленных врачебных кадров по республике, до сих пор отмечается нехватка кадров в сельской местности. Наряду с этим выявлено, что, утечка кадров, особенно семейных врачей связано со следующими причинами: Нет мотивации семейных врачей

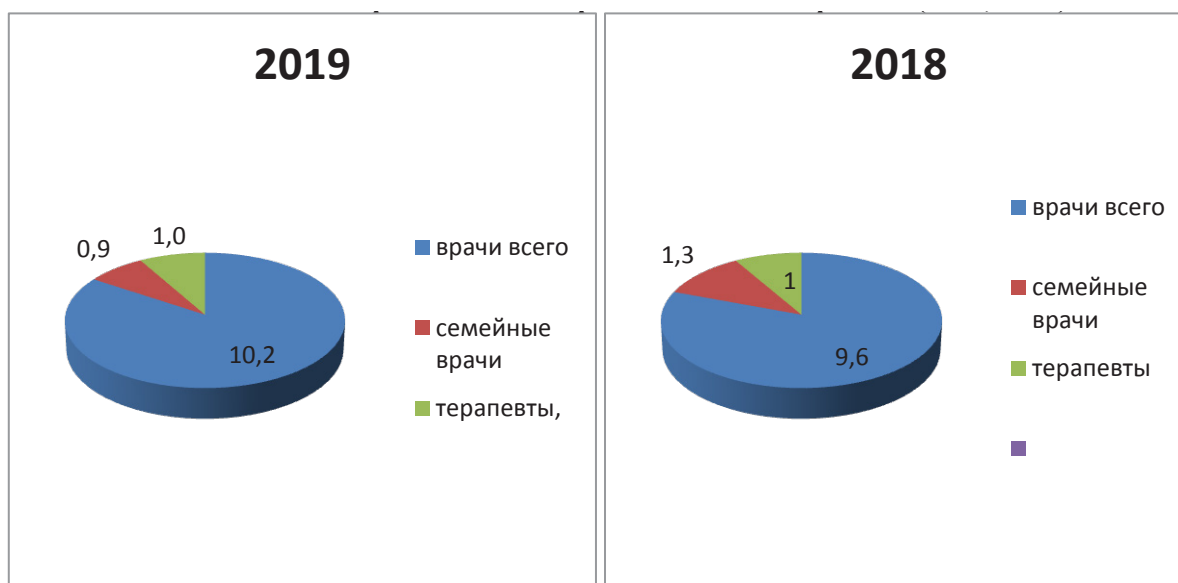
Большая нагрузка (радиус обслуживания большой), на одного врача семейного приходится от 2000 до 3500 населения, включая детское население и женщин детородного возраста. Несет ответственность за вертикальные программы системы здравоохранения, как ВИЧ/СПИД, малярия, ЗОЖ, туберкулез, НИЗ (неинфекционные заболевания, как травматизм, онкология, сахарный диабет и др.).

Инвалидизация населения, в частности среди детей.

Ведение статистики, создание база данных по инвалидам.

Диаграмма 2

Обеспеченность врачебными кадрами в Яванском районе (2018, 2019)



Низкая заработная плата, отсутствие мотивации во время пандемии.

Отсутствия жилья медицинских работников.

Необеспеченность кабинетов медицинскими приборами, не соответствия кабинетов требованиям.

Большая нагрузка во время пандемии по КО-ВИД-19 – подворные обходы, ночные дежурства в центрах здоровья.

Нет преимуществ с другими узкими специалистами, а также стационарными специалистами и т.д.

Это все способствует оттоку медицинских специалистов из села.

Выводы. Таким образом, модернизация системы здравоохранения в республике в целом, в Яванском районе в частности проводится, тем не менее реформирование системы здравоохранения в сельской местности требует своего решения вопросы оплаты труда специалистов ПМСП, финансирование и их организационных форм и материально технические базы, взаимодействие с другими службами здравоохранения, этапы внедрения семейной медицины в селе и т.д. В системе здравоохранения Республики Таджикистан приоритетным направлением дальнейшего развития здравоохранения является совершенствование деятельности, повышение эффективности работы учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Качество оказания медицинской помощи в республике в существенной степени зависит от квалификационного уровня и подготовки семейных врачей. Для успешной реализации общей врачебной (семейной) практики необходима концептуальная основа ее дальнейшего развития, как фрагмента единой концепции охраны здоровья населения, действенным механизмом, которым может стать разработка и принятие целевой отраслевой программы «Общая врачебная (семейная) практика». Принятие и реализация данной программы предполагают решение таких приоритетных задач, как последовательное формирование нормативно-правовой, материально-технической и организационно-методической базы общей практики, создание комплексной системы профессиональной подготовки и переподготовки кадров по семейной медицине и т.д. Связи с чем, необходимо разработать экономические механизмы функционирования семейных практик обеспечивающих материальную заинтересованность врачей общей практики (семейных врачей) в результатах своего труда, при этом целесообразно использовать раз-

личные виды мотивации и стимулирования труда. При определении заработной платы нужно учитывать интегральную оценку качества их работы, что будет способствовать эффективности деятельности службы врача общей практики (семейного врача) в сельской местности.

ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдуллаева А.А. Организация предшествующие внедрению общеврачебной практики в регионах России // Российский семейный врач — 2001.-№3.- С. 50-51.
2. Азизов З.А. Семейная медицина и здоровья человека // Материалы Национальной научно- практической конференции с международным участием. Душанбе, - 2005. - С. 4-14.
3. Антонов Д.П. Внедрение института семейной медицины. Источники финансирования // Материалы научно-практической конференции «Семейная медицина России на рубеже веков: Опыт и перспективы развития» - М., 2002. - С. 1-3.
4. Ахмедов А.А., Мирзоева З.А., Тиллоев А.И., Хисомова Х.К. Укрепление и охрана здоровья путем первичной профилактики // Материалы научно- практической конференции с международным участием «Семейная медицина и здоровье человека» - Душанбе, 2005. - С. 33-36.
5. Бандаев И.С., Миралиев С.Р., Магзумова Ф.П. Совершенствование системы непрерывного профессионального образования медицинских работников первичного звена здравоохранения Таджикистана // Материалы научно-практической конференции «Медицинские кадры XXI века Кыргызской Республики». Бишкек, 2008, С. 54-58.
6. Боев В.С. Пути повышения и доступности первичной медико-санитарной помощи сельским жителям // Текст научной статьи по специальности «Науки о здоровье ». – Пермь, Россия. – 2013. – С. 32-35.
7. Гоибов А.Г., Мирзоали Н.Т., Каримзода Х.К., Турсунов Р.А. некоторые вопросы доступности и повышения качества медицинской помощи сельскому населению Республики Таджикистан // Журнал Вестник Авиценны. – том 21. - №3. – 2019. – С. – 415-419.
8. Зарипов С.З., Пулатова Д.Ш., Таджибаев Э.Т., Холматова Н.А., Магзумова Ф.П., Рякова Е.О. Опыт создания индикаторов качества в оказании медико-санитарной помощи врачам общей практики (семейным врачам) в амбулатории семейного врача // Материалы научно-практической конференции с международным участием «Семейная медицина и здоровье человека» - Душанбе, 2005. - С. 56-58.

НАСИЛИЕ В СЕМЬЕ В ТАДЖИКИСТАНЕ: ПРОВОВЫЕ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

¹Богодырова М.Н., ²Гоибзода М.А., ¹Одинаева Ф.С.

¹ГУ «НИИ профилактической медицины»,

²Академия государственного управления при Президенте Республики Таджикистан»

Актуальность. Преобразования, которые осуществляются после обретения государственной независимости в странах СНГ, обострили многие проблемы, в т.ч. социальные. К ним, несомненно, можно отнести и проблему низкой занятости трудоспособного населения, бедность, миграцию, рост насилия в различных его формах, в т.ч. насилия в семье [1, 7, 9].

Насилие само по себе присуще любому обществу на различных этапах развития, хотя формы проявления и уровень «насыщения насилием» того или иного общества не совпадают [2]. Всё зависит от установившихся общественных отношений, которые должны послужить исходной точкой для анализа корней насилия. Причём особую актуальность эта проблема приобретала в периоды коренных преобразований, крутых исторических поворотов в жизни общества [4].

Феномен семейного насилия во многих странах, в т.ч. в бывших союзных республиках, был признан только во второй половине XX века. Во всех западных странах семейное насилие является нарушением закона. Понимание этого, безусловно, способствует снижению уровня подобного вида преступлений во всех его проявлениях [6].

Анализ литературы показал, что за последние 20 в научной литературе появилась информация о таком феномене как «эйджизм» - дискриминация по возрасту, который имеет различные формы пренебрежительного, унижающего достоинство, а иногда жестокого обращения по отношению к людям пожилого возраста [3, 8].

На современном этапе развития общества проблема насилия в семье, начинает осознаваться членами социума и постепенно решаться, так как стало очевидно, что насилие в семье ведет за собой серьезные медицинские и социальные последствия [1].

Насилие в семье является одной из самых острых и актуальных социальных проблем в бедных и развивающихся странах. В связи с этим, позиция любого государства в плане предотвращения любых форм насилия представляется особенно важным мероприятием в поддержку семьи [3, 9].

Проблема насилия в семье отражает дисгармонию и перекосы, существующие во взаимоотно-

шениях в обществе. Ее острота свидетельствует о нездоровой социально-нравственной обстановке в нашем обществе. Особенность проблемы насилия в отношении женщин заключается в том, что насилие является одним из препятствий на пути достижения равенства всех людей и гармонизации развития мира [1, 5, 7].

Международное сообщество осознает всю остроту и важность проблемы насилия в семье и пытается выработать единую систему предотвращения такого насилия и защиты его жертв. Важными составляющими этой системы представляются правовое обеспечение [2, 5], а также общественная защита жертв насилия и деятельность социальных служб.

В соответствии с определением, принятым в ООН, насилием над женщинами считается всякий насильственный акт, совершенный из-за полового признака, который наносит либо может нанести половой, физический или психологический вред, страдания женщинам, а кроме этого- угрозы совершения подобных актов, принуждение к чему-либо, лишение свободы, прав, средств к существованию [5, 9].

В мае 1996 года 49-я Всемирная Ассамблея по проблемам здравоохранения приняла резолюцию, в которой проблема насилия была обозначена как приоритет в сфере общественного здоровья и здравоохранения.

Таким образом, политика, проводимая Правительством Республики Таджикистан по пресечению насилия в отношении женщин и детей в рамках семьи особо значима.

Цель исследования. На основе медико-социального исследования разработать рекомендации по профилактике домашнего насилия и реализации межведомственного подхода по совершенствованию медико-социальной помощи женщинам, пострадавшим от домашнего насилия.

Материалы и методы исследования. Отчеты и информационные материалы Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Министерства внутренних дел Республики Таджикистан, Министерства образования и науки Республики Таджикистан, международных и общественных организаций, а

также результаты анкетирования женщин в пилотных районах. Методами исследования являлись статистический, социологический, аналитический. Обработка данных проводилась с использованием стандартных программ.

Результаты исследования и их обсуждение.

При оценке ситуации насилие и дискриминация пожилых людей является особо серьезной проблемой в развивающихся и бедных странах. Они подвергаются эксплуатации у себя дома, в пансионатах для пожилых людей или в общине, что серьезно нарушает их законные права и жизненное благополучие.

Медико-социологическое исследование проведено в Гиссарском, Шахринауском, Вахдатском и Файзабадском районах в 2017 году по специально адаптированной анкете - среди 360 женщин в возрасте от 18 до 63 года, из них 45 (12,5%) женщин не учились вообще и не имеют образования, 188 (52,2%) имели среднее образование, 92 (25,6%) имели среднее специальное образование и 35 (9,7%) имели высшее образование.

Из общего количества только 62 (17,2%) женщины работают в различных предприятиях и организациях независимо от форм собственности, и 11 (3,0%) женщин занимаются индивидуальной трудовой деятельностью и малым бизнесом.

Установлено, что более 25,6% женщин, находящихся под домашним насилием или жестким обращением в семье, по разным причинам отказываются от посещения своего участкового врача и зонального милиционера. Среди основных причин, не позволяющих им прийти на прием к семейным врачам или в отделение милиции, были названы стеснение, боязнь, что об их визите к врачу или участковому милиционеру станет известно мужу, родственникам, соседям, высокая стоимость обследования и лечения.

Анализ полученных результатов показал, что из общего количества женщин 211 (58,6%) состояли в браке, 85 (23,6%) не замужем и 64 (17,7%) живут в гражданском браке-вторыми женами. Установлено, что из 211 женщин, живущих в браке, 56 (26,5%) женщин расстались с первыми семьями и живут во втором браке вследствие семейного насилия и жестокого обращения со стороны мужа или свекрови.

По неофициальной статистике каждая пятая женщина подвергается домашнему насилию: избитию, оскорблению, унижению. По самым скромным подсчетам 65% мужей хотя бы раз ударили свою жену, каждая пятая из десяти подвергается

побоям регулярно.

Результаты анкетирования установили, что различные формы семейного насилия были отмечены в 32,7% случаев в 9,2% - встречались "эпизоды" в семейных отношениях, не переходящие грань насилия. Однако этот усредненный показатель насилия не раскрывает в полной мере суть распространенности искомого явления.

С психологическим насилием, которое является наиболее распространенным, сталкивались 36,0% женщин репродуктивного возраста. Необходимо отметить, что эмоциональные оскорбления играют основную роль в ситуациях домашнего насилия, подрывая уверенность женщин в самих себе. Учитывая тот факт, что наряду с этим видом насилия присутствуют и другие, можно сделать заключение, что для половины опрошенных женщин психологическое насилие становится повседневным образом жизни.

К психологическим видам насилия над женщиной относятся оскорбления близких, друзей и родственников мужа, пренебрежительное отношение к ее вкусам, поступкам, эмоциям, изоляция ее от родных и друзей, диктат стиля жизни. На эти компоненты указали более 42,1% респондентов.

Наиболее часто в зоне семейной агрессии оказывались женщины, подвергшиеся психологическому насилию (66,6%), почти в два раза реже было зафиксировано физическое насилие (28,6%), каждая пятая пострадавшая испытывала сексуальное насилие. В дополнение к приведенному было отмечено, что наступившая беременность не останавливала обидчика.

Среди беременных различные формы домашнего насилия, физическое воздействие со стороны мужа были отмечены у трети всех женщин (32,7%), психологическое насилие - в 46,4% случаев, сексуальная агрессия - у 20,9%. У более чем 25% таких женщин и при предыдущих беременностях встречалось насилие в любой форме.

Оценивая причины, которые являются побуждающим мотивом агрессивного поведения мужчин, было отмечено, что в трети случаев (29,8%) ими являлись эмоциональные и нервные срывы (40,1%), связанные с материальными и социальными проблемами, в два раза реже (18,5%) респонденты ссылались на особенности характера (11,6%), не поддающееся воспитанию.

Пример насилия в семье, в которой «насильник» воспитывался, имел место в 18,2% случаев, на психологическую несовместимость характера супругов было указано в каждом десятом случае,

опыт насилия, которому он подвергался в детстве, проявлялся в 10,3% случаев. Несбывшиеся надежды на идеал супружеской жизни были оценены таким же показателем.

Развитие общества привело к осознанной необходимости ограничения силовых вариантов достижения целей, решения социальных конфликтов. С позиций психологии насилие характеризуется как воздействие на человека с целью подавления его психики, хотя так же, как в социологии и юриспруденции, речь идёт о соответствующих угрозах, называемых психическим давлением, т.е. психическим насилием [2].

Проблема насилия в семье существует давно и отражает дисбаланс и дисгармонию в обществе. Последствиями насилия в семье становятся телесные повреждения, психические расстройства, самоубийства, а также потеря чувства самоуважения у жертвы. Постоянное грубое обращение способно спровоцировать у жертвы ответные насильственные действия по отношению к агрессору.

Насилие в семье влечет за собой медицинские проблемы, такие как развитие сердечно-сосудистых, неврологических патологий, телесные повреждения, ушибы, переломы костей, инвалидность. Все это снижает продолжительность жизни женщин, подвергшихся насилию. Особо в бедственном положении находятся пожилые одиноки женщины и все эти негативные эмоции препятствуют нормальному общению и адаптации пожилых людей к новым, быстро изменяющимся социальным ролям, ухудшает их состояние здоровья, появляется тревожность и депрессия, что укорачивает их жизнь.

Отсутствие доступа в семью специалистам по проблемам семейного неблагополучия, в том числе социальным работникам, недостаточность информации из правоохранительных и медицинских учреждений, недоверие к правовой системе и ряд других причин – всё это не позволяет делать валидных выводов о размерах семейного насилия и жестокого обращения с женщинами и детьми.

Многие ученые в настоящее время, различают формы жесткого обращения, как физического - жестокого обращения (избиение жены или детей), сексуальное насилие (изнасилование, надругательство над женщинами или детьми), пренебрежение (неспособность родителей обеспечить потребности ребенка в пище, жилье, одежде, медицинском уходе, образовании), психологическое насилие (угроза избить или убить жену, детей, угроза бросить семью, доведение до самоубийства, шантаж, брань,

упреки, ревность). Некоторые исследователи добавляют также экономическое насилие (запрет работать, отказ в деньгах, отъем денег у супруги или детей), и преследование жены [6].

Для их преодоления необходимы совместные усилия каждого гражданина, всех государственных структур и институтов гражданского общества [8]. Общество, на наш взгляд, должно реагировать на насильственную преступность как на разнообразные виды преступного насилия во всех областях социальной жизни, выступающие как элемент и разновидность отношений насилия.

При партнерском участии гражданского общества и международных организаций разработана законодательная база, подготовлены информационно-образовательные программы для привлечения представителей органов исполнительной власти на местах, религиозных деятелей к вопросам сохранения и укрепления семьи, а также искоренения любых форм насилия в семье. Но с другой стороны подобные меры «расшатывают» семейные ценности и укрепления брака в странах придерживающихся ислама.

Таким образом, согласно официальной статистике ежегодно в Таджикистане от домашнего насилия и суицида погибают десятки людей, и еще большее количество получают телесные повреждения. Также установлено, что более 50% гражданских дел, непосредственно связанных с семейным насилием, не доходит до суда и остается нерешенными. Большинство жертв в этих условиях молчали, не просили о помощи, в которой так отчаянно нуждались. Создался порочный круг: мало кто из женщин заявлял о насилии, а масштабы насилия возрастали. Во многих дальних зарубежных странах, в т.ч. в России и Белоруссии при разбирательстве дел о насилии и избиении жены мужем суд рассматривает ситуацию не как сугубо внутрисемейную, а как общественно значимую проблему.

Выводы: 1. Отсутствие надлежащей информации из правоохранительных и медицинских учреждений; недоверие к правовой системе и ряд других причин – всё это не позволяет делать соответствующих выводов о размерах семейного насилия и жестокого обращения с женщинами и детьми.

2. Для некоторых мужчин, особенно молодых, семейная жестокость служит средством выплеска агрессивности, накопленной под влиянием психотравмирующих условий существования, на наиболее слабых и незащищенных членов семьи.

3. Наиболее распространенные институциональные формы работы со случаями семейного насилия – это «телефон доверия», (фостерные) или социальные приюты, общежития, убежища, «шелтеры» – крупные центры с убежищем для пострадавших от насилия в семье и кризисные центры.

4. Через средства массовой информации необходимо регулярно проводить беседы по регуляции внутрисемейных взаимоотношений, увеличить количество социальной рекламы по проблемам семейной политики, гражданских прав семьи, воспитания детей и, конечно же, активно привлекать общественное внимание к проблеме недопустимости семейного насилия.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Андреева, А. А. Насилие в семье как социальная проблема современного общества. Актуальные вопросы современной педагогики//Молодой ученый. VI Между-

народная научная конференция. Уфа, март 2015 г.-С.1-3.

2. Антонян, Ю.М. Механизмы человеческой агрессии. – М., 2000. – 29 с.

3. Борjak В.П., Чобанян, Э.Ю. Насилие в семье как медико-социальная проблема. // Социология. -№2(15), июнь 2015.-С.62-65

4. Горшкова, И.Д., Шурыгина, И.И. Насилие над женщинами в современных российских семьях.-М.: МАКС-ПРЕСС,2009.-196 с.

5. Закон Республики Таджикистан. «О предупреждении насилия в семье». №954 от 19 марта 2013 года.

6. Платонов, Ю.П. Насилие в семье: особенности психологической реабилитации. – М.: Речь, 2004.– 35

7. Сланова, А.Ю. Насилие в семье как социальная проблема в современной России//Журнал научных публикаций “Дискуссия”,№10(62), ноябрь 2015.- С.127-131.

8. Юрков, Г.А. Насилие как социально-правовая проблема современности. Источник:URL: https://superinf.ru/view_helpstud.php?id=1081. (Дата обращения:17.12.2018г.

9. URL:<http://news.tj/ru/news/tajikistan/society/20181224/stabilnost-v-tadzhikistane-zadacha-obtshaya>.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ COVID-19

¹Гаилов А.Г., ²Шодихон Джамшед. ¹Гозиев Дж. Г., ³Гайратзода М.Х.

ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»¹

ГОО «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения» МЗ СЗН РТ²,

ГОО «Таджикский государственный педагогический университет им. С. Айни»

Министерства образования и науки Республики Таджикистан³

Актуальность. Несмотря на развитие медицины, пандемии продолжают возникать вследствие нарушений баланса между человеческими популяциями, наличия возбудителей опасных инфекционных заболеваний и условий их существования [1].

Все инфекции - это часть природы. Их огромное количество приходит от животных и птиц. Данный вирус относится к роду Betacoronavirus. Коронавирусы широко распространены в природе, являются важными патогенами человека и животных.

По мере того как численность населения увеличивается и расширяются географические границы обитания человека, увеличивается и вероятность более тесного контакта людей с животными, которые являются потенциальными переносчиками инфекции.

Однако еще не изучено всё разнообразие микроорганизмов, которые обитают в человеческом организме. В конце XX и начале текущего века обострилась ситуация с такими широко известными

заболеваниями, как чума, холера, желтая лихорадка. Появилось более 30 новых ранее неизвестных, но опасных болезней: высоко-контагиозные геморрагические лихорадки Ласса, Эбола, Марбург, Денге; ВИЧ-инфекция, вирус Чикунгунья, птичий и свиной грипп, коронаровирусы, Hunaх, Candida aeries и другие [2].

Многие из новых заболеваний возникают, когда инфекционные агенты, ранее поражавшие исключительно животных, начинают передаваться людям. По результатам исследований вирусы используют организмы людей как резервуар для селекции новых, более приспособленных вариантов. При этом вирусы будут мутировать, повышая свою заразность, снижая агрессивность. Появляются новые штаммы коронавируса, вызывающие тяжелые заболевания в связи со спонтанными мутациями, которые могут приводить к тяжелым последствиям.

По прогнозам специалистов, новые штаммы, в частности «Дельта», «Гамма», а также Южно-

Африканской «Бета», могут доминировать в грядущую зиму. В связи с этим возможно одномоментно появление большого количества новых, более тяжелых форм заболевания, как среди взрослых, так и среди молодых.

В сложившейся ситуации, соответственно, с одной стороны, высокая информационная нагрузка, неподготовленность системы охраны здоровья к экстремальным ситуациям, рост заболеваемости, смертности, нехватка основных медикаментов, больничных коек, изменение обычного ритма жизни подвергли население земного шара [3, 5], в т.ч. жителей Таджикистана, вначале эпидемии значительным психоэмоциональным нагрузкам.

Кроме того, самоизоляция в условиях карантина, продолжение ограничительных мер, уменьшение доходов, нарастание бедности снижают функцию иммунной системы человека; объясняется это увеличением выработки кортикостероидов, снижающих клеточный иммунитет [2].

Заболевание характеризуется, прежде всего, синдромами тяжелого поражения дыхательного, желудочно-кишечного и мочеполового тракта, выраженной общей интоксикацией, патологией других органов, а также цитокинетическим шоком и высокой смертностью. С другой стороны, оно стало мощным фактором активизации сопутствующих и хронических патологий, что, в свою очередь, грозит срывом резервных возможностей органов и систем, препятствовавших формированию хронических заболеваний и онкологических патологий, а также росту смертности [5].

Появление в декабре 2019 года заболевания, вызванного новым коронавирусом, поставило перед сферой здравоохранения, учеными и практическими врачами трудные задачи, связанные с диагностикой, лечением и необычным клиническим течением, а также высокой смертностью, что определяет актуальность исследования.

Цель исследования. Изучить клинико-эпидемиологические особенности пандемии коронавирусной инфекции COVID-19.

Материалы и методы исследования. В работе использованы информационные материалы ВОЗ, международных организаций, научные публикации, медицинские энциклопедии и интернет - источники.

Выборочно проанализирована первичная медицинская документация 250 респондентов, которые переболели коронавирусной инфекцией с 15 мая по 15 августа 2020 года, жителей г. Душанбе и Вахдата, районов Рудаки и Гиссара. Среди них

171 (68,4%) мужчина и 79 (31,6%) женщин. Из общего числа переболевших 164 (65,6%) человека лечились в стационарах, 86 (34,4%) больных находились в домашних условиях под наблюдением семейных врачей.

Результаты исследования и их обсуждение.

В течение тысячелетий человеческий организм адаптировался к изменениям окружающей среды и приспособился противостоять трансформациям микромира.

Каждый из нас переносит десятки и даже сотни вирусов. За менее чем 100 лет люди научились не только распознавать вызываемые вирусами болезни, но и предупреждать их с помощью мер эпидемиологического надзора и, главное, - методом иммунопрофилактики. В целом инфекционные болезни составляют угрозу развитию человечества, являясь причиной трети от общего ежегодного количества смертей, как взрослых, так и детей. Более того, 50% случаев смерти детей в возрасте до 5 лет вызвано патологиями органов дыхания, кишечными инфекциями, корью, малярией и другими патологиями, в структуре заболеваемости составляющими около 80% [1, 4]. Есть определенные успехи в химиотерапии вирусов, хотя и не столь впечатляющие, как в отношении бактериальных инфекций, которые поддаются их химиопрофилактике.

Коронавирусы - это РНК-содержащие возбудители болезней, общих для людей и животных. Внешне они напоминают солнечную корону благодаря своей суперкапсид-липидной оболочке, окруженной белковыми шипами. При этом стоит отметить, что вирусы, особенно РНК-содержащие, постоянно перебирая разные варианты изменения в геноме, и даже внутри организма одного человека, может содержаться множества версии одного вируса, отличаются отдельными изменениями в геноме, которые далеко не всегда приводят к образованию нового штамма. Белковый капсид вирусов, прежде всего, выполняет защитную функцию. Он защищает нуклеиновую кислоту вируса от различных физических и химических воздействий, в первую очередь от действия многочисленных нуклеаз. Первый коронавирус человека описан в 1960 - х годах. Сегодня известно семь коронавирусов, которые заражают человека и поражают его дыхательный и кишечный тракты, что особо опасно для людей с ослабленной иммунной системой, в частности для новорожденных и других лиц, страдающих различными хроническими и

онкологическими заболеваниями, в т.ч. ожирением.

В мире накопился опыт изучения острых респираторных синдромов, причиной которых стали коронавирусы. Ими были спровоцированы такие тяжелые заболевания, как: атипичная пневмония (вызвана штаммом SARS-CoV); ближневосточный респираторный синдром – ОРЗ, плавно переходящий в тяжелую вирусную пневмонию с дыхательной и иногда почечной недостаточностью (вызванный штаммом MERS-CoV).

Вспышка пневмонии неизвестной этиологии в городе Ухань (КНР), официальные сведения о которой были впервые опубликованы 31 декабря 2019 года Китайским офисом ВОЗ, привлекла внимание всей мировой общественности, и через месяц была признана чрезвычайной ситуацией в здравоохранении глобального значения.

Пандемия COVID-19 вызвала крупнейший в этом столетий мировой кризис в области здравоохранения, повлиявший на все аспекты нашей жизни. Мировой кризис затронул даже самые передовые системы здравоохранения на всех уровнях. Международный комитет по таксономии вирусов 11 февраля 2020 г. присвоил официальное название возбудителю инфекции – SARS – CoV – 2. Данная пандемия характеризуется массовым использованием технологий и социальных сетей для обеспечения безопасности, информированности людей, поддержания связей между ними [1, 3].

В природе резервуарами вируса могут быть летучие мыши, крысы, кошки, собаки, ламы, обезьяны, свиньи и птицы. Также установлено, что промежуточными хозяевами являются верблюды, коровы, панголины, гималайские циветты и змеи.

По мнению профессора Гундарова И.А. (2021) вспышки заболевания, повышения активности микроорганизмов связаны с солнечной активности, сдвигом магнитных полей, активацией микробной флоры, и в итоге данное явление приводит к мутации некоторых видов вирусов.

Названный вирус передается: 1. Аэрозольным путем (воздушно-капельным) при разговоре, чихании и кашле на расстоянии менее 2 м; воздушно-пылевым путем – при попадании пылевых частиц с частицами вируса; 2. Контактным - при переносе частиц вируса с зараженных участков тела или предметов в глаза, рот или нос после рукопожатий, прикосновения к дверным ручкам, поручням и прочее. 3. Фекально - оральным - при анально-оральных контактах, приготовлении пищи при несоблюдении правил гигиены после посеще-

ния уборной, и перед едой.

Факторы передачи – воздух, пыль, предметы быта, пищевые продукты зараженные вирусом. Повышенный риск заражения имеют медицинские работники, люди, связанные с тесным прямым общением с людьми, а также лица, не соблюдающие санитарно-гигиенические правила и нормы.

Инкубационный период болезни составляет от 2 до 14 суток, в среднем 5-7 суток. Источниками коронавирусных инфекций могут быть, прежде всего, больной человек и животные, в т.ч. находящиеся в инкубационном периоде заболевания. Заболеваемость растёт периодическими вспышками, особенно зимой и ранней весной, с быстрым ростом и развитием значительных осложнений. Основные симптомы заболевания COVID-19, прежде всего, – это, сухость во рту, жжение и неприятные ощущения в носу, боль в горле, сильная головная боль, повышение температуры, кашель, одышка, затруднение дыхания, боль и ощущение заложенности в грудной клетке, тянущиеся боли в спине, снижение обоняния, изменение вкуса, апатия, выраженная слабость и потливость. Одновременно нарастают инверсия вкусов, миалгия, утомляемость, нарушения концентрации внимания, головная боль, боли в области поясницы, в суставах, выпадение волос, снижение аппетита, иногда появляются признаки конъюнктивита, а также может иметь место появление сине - фиолетовых пятен на стопах и боковых отделах живота.

«Входными воротами» для возбудителя являются эпителий верхних дыхательных путей и эпителиоциты желудочно-кишечного тракта. Коронавирусы вырабатывают ряд ферментов (протеазу, хеликазу, репликазу) и неструктурные белки, которые расщепляют белковые связи в человеческих клетках. Также они подавляют выработку интерферона, который помогает бороться с вирусами, провоцируют воспаление и запускают апоптоз – запрограммированную гибель клеток.

При этом вирусы, адсорбируясь на клетке, внедряют в неё свой геном в виде ДНК или РНК и подавляют деятельность генома клетки хозяина. В большинстве случаев с этого момента метаболический аппарат клетки начинает полностью работать под контролем вирусного генома [4, 5]. Многие исследователи придерживаются мнения, что в коронавирусе объединились особенности других вирусов, что свидетельствует о его высокой вирулентности и изменчивости.

Он отнесен ко II группе патогенности, как

и некоторые другие представители этого семейства (вирус SARS-CoV, MERS-CoV). Грозными осложнениями новой коронавирусной инфекции являются острый респираторный дистресс и мультисистемный воспалительный синдром.

Безусловно, данная пандемия имеет очень много негативных последствий для здоровья всего населения и глобальной экономики, в т.ч. сокращением рабочих мест, нарастанием бедности населения земного шара во многих регионах мира. В повседневной жизни или в чрезвычайных ситуациях человеку приходится преодолевать опасности, угрожающие его жизни, что вызывает страх, т.е. кратковременный или длительный эмоциональный процесс, порождаемый действительной или мнимой опасностью, сигнал тревоги.

В период разгара пандемии, при последующих всплесках заболевания, почти во всех регионах мира многие стационары стали наполняться больными, доведёнными до нервного расстройства. Наблюдается развитие целой фобии, которая доводит до полного помутнения рассудка. От ужаса перед новой болезнью рушится вся психическая система человека, в итоге наступает эмоциональное истощение, и способствует росту суицидных попыток и нарушению общественного порядка и т.д. Нарастание социального напряжения во многих европейских странах привело к массовым «вирусным протестам» и противоправным нарушениям, в т.ч. к росту числа «ковиддисидентов». В таком случае людей погибает больше от психических заболеваний, чем от самого коронавируса.

При этом в изменившихся условиях среды адаптивные процессы (повышение интенсивности окислительного обмена, изменение нейроэндокринной регуляции) постепенно начинают оказывать дестабилизирующее действие на организм (увеличение образования свободных радикалов, нарушение нейроэндокринной регуляции). В результате как на уровне отдельно взятого организма, так и на уровне популяции происходит изменение ряда патофизиологических характеристик систем организма, регулирующих его активность.

Из основных методов защиты наиболее эффективными являются: карантин, самоизоляция, ограничение перемещений, закрытие промышленных предприятий, учебных заведений, дистанционная работа, поддержка физического дистанцирования, использование такого метода «солидарной защиты», как всеобщее ношение масок, соблюдение дистанции в общественных местах.

В практическом выражении они связаны с применением средств индивидуальной защиты, измерением температуры в местах массового скопления людей, госпитализацией в отдельные палаты, соблюдением личной гигиены. Кроме гигиенических мер очень важно вести здоровый образ жизни, иметь полноценный сон, обильное питье, правильное питание и физическую активность.

В настоящее время продолжается интенсивное изучение клинических и эпидемиологических особенностей данного заболевания, разработка новых средств профилактики и лечения. Лечение новой коронавирусной инфекции сегодня - экспериментальное. В частности в Израиле начали использовать стволовые клетки для лечения тяжелых больных, которые оказывают положительный эффект на динамику заболевания. По их мнению, после введения стволовых клеток восстанавливается иммунная система, погашению цитокинетической бури в организме и способствует саногенезу.

Специфических лекарственных препаратов для лечения коронавирусной инфекции COVID-19 на данный момент не существует. Среди тех препаратов, которые используются, нет ни одного для прямого воздействия на эту вирусную инфекцию. К настоящему времени разработано несколько видов вакцины (Эпи-Вак корона, Кови - Вак, Спутник-V, Pfizer, BioNTech, Moderna и т.д.), начата вакцинация населения во многих регионах мира, в т.ч. в нашей стране начали широко использовать нижеследующие вакцины: AstraZeneca, Moderna, CoronaVac. По официальной статистике, на 30 июля 2021 года в нашей стране заболело более 15000 человек, выздоровело 14879, умерло 121 человек.

Выводы: 1. Показатель заражаемости и смертности растет. Контагиозность и вирулентность намного превосходят аналогичные свойства сезонного гриппа и ОРВИ. Смертность увеличивается с возрастом особенно у людей с хроническими заболеваниями (сахарный диабет, астма, туберкулез, гипертоническая болезнь, онкологические заболевания, патологии органов кроветворения и т.д.).

2. Одна из главных целей профилактических мероприятий - это обеспечение соблюдения всех мер санитарной безопасности, всеобщее ношение масок, которые являются приоритетной задачей.

3. Основные меры гигиенической профилактики заключаются в предотвращении контакта здоровых людей с носителями и больными. Главная

задача - не допустить тяжелых и летальных исходов от инфекции.

4. Пандемия характеризуется массовым использованием технологий и социальных сетей для обеспечения безопасности. Информированности людей, поддержания связей между ними. Она имеет множество негативных последствий для здоровья всего населения и глобальной экономики, в т.ч. нарастанием бедности населения во многих регионах мира.

ЛИТЕРАТУРА

1. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (2019nCoV)». URL: minzdrav.ru/news/2020/-01/30/13236-vremennye-metodicheskie-rekomendatsii-po-profilaktike-diagnostike-ilecheniyu-novoy-koronavirusnoy-infektsii-2019-ncov.

2. Гаилов А.Г., Пулатов К.Дж., Муминзода Дж.С., Саидов Х.М., Мадобидов А.С. Страх как фактор раз-

вития заболеваний и смертности населения в период пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 в Таджикистане // Матер. 12-й респуб. науч. - практ. конф. «Роль научно-исследовательской работы и применения современной технологии в повышении качества образования и подготовки специалистов средних медицинских кадров». - Душанбе, 2020. - С.17-21.

3. Гоилов Х. М., Пожарский М.Ю. О заболеваемости и профилактике COVID-19 в Самарской области // Мат. IV Межрегиональная науч. - практ. конф. с международным участием «Гигиена: Здоровье и профилактика» - Самара. 2020. - С. 250-253.

4. Лизунова Е.В. Страх как фактор, влияющий на поведенческие реакции человека в чрезвычайных ситуациях // Международный научный журнал «Инновационная наука». -2016.-№2.-С.189-190.

5. Романов Б.К. Коронавирусная инфекция COVID-2019. Безопасность и риск фармакотерапии. 2020;8(1):3 - 8. URL: <https://doi.org/10.30895/2312-7821-2020-8-1-3-8>.

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В Г. ДУШАНБЕ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Джуракулова Ф.М., Бандаев И.С.

Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины

Актуальность. В настоящее время в Республике Таджикистан эпидемическая обстановка по ВИЧ-инфекции остается напряженной, продолжается распространение вируса иммунодефицита человека среди населения и увеличение кумулятивного числа инфицированных и больных. По данным Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом, случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех регионах Республики Таджикистан. Начиная с 2004 года, уже отмечался тенденция к увеличению числа ВИЧ/СПИД инфицированных лиц, и его уже нельзя было считать благоприятным. Количество зарегистрированных людей с ВИЧ/СПИД в последующие годы стало увеличиваться в разы, что уже свидетельствовало о очень быстром развитии эпидемии.

Согласно статистике в Таджикистане за последние 10 лет ВИЧ-инфицированные увеличились более 25%, среди них около 80% приходится к лицам репродуктивного возраста. Численность людей, живущих с ВИЧ, в Таджикистане составляет 71,6 человек на 100 тыс. населения, в то время как в других странах этот показатель 100 человек.

Глобальное распространение вируса иммуно-

го дефицита (ВИЧ), вызывающего развитие смертельного синдрома приобретенного иммунного дефицита (СПИД), представляет угрозу жизни и здоровью населения республики, нормального функционирования экономики страны и системы здравоохранения в республике, обеспечения национальной безопасности целостности страны. Массовое распространение ВИЧ с последующей гибелью зараженных ВИЧ от СПИДа влияет на социальную и экономическую жизнь общества [2]. Половой путь, а также инъекционный путь передачи ВИЧ обуславливает преимущественное заражение молодой части населения, увеличивает общую смертность среди лиц активного возраста [3]. Болезнь и смерть лиц в наиболее работоспособном возрасте приводит к уменьшению трудовых ресурсов. Больные СПИДом теряют трудоспособность, отмечается снижение не только численности, но и качества рабочей силы. Увеличение число зараженных детей от инфицированных матерей также влияет на общую заболеваемость и смертность.

Однако, несмотря на высокий уровень влияния наркотиков на эпидемию ВИЧ, наибольшим

опасением является то, что преобладающий путь передачи ВИЧ кардинально сменился с инъекционного на половой. В Таджикистане в 2010 году удельный вес полового пути передачи ВИЧ среди вновь выявленных случаев составлял 25%, в 2016 году уже 64,6%. Это означает, что эпидемия ВИЧ выходит за пределы уязвимых групп. Если раньше заражение ВИЧ-инфекцией происходило преимущественно среди потребителей инъекционных наркотиков, и не вызывало большого опасения среди здоровых граждан, то с увеличением полового пути передачи ВИЧ, инфекция все больше и больше выходит «в массы».

Наконец, критическим фактором для Таджикистана становится фактор внешней миграции. С другой стороны, мигранты, проживающие в соседних странах, часто не имеют доступа к здравоохранению и инструментам профилактики ВИЧ, не обладают достаточными знаниями о методах заражения и профилактики ВИЧ/СПИДа. Жены мигрантов, к сожалению, становятся чрезвычайно уязвимыми к действиям своих мужей. Как отметили в руководстве таджикского центра по профилактике и борьбе со СПИД, за 2015 год из общего количества опрошенных инфицированных женщин 50,4% отметили, что их сексуальные партнеры являются трудовыми мигрантами, а сами жены мигрантов причисляются к уязвимым группам. Кроме того, увеличивается количество ВИЧ-положительных людей, ранее бывших в трудовой миграции. В 2011 году из этой категории людей был зарегистрирован 61 новый случай заражения ВИЧ, в 2016 – 672. Важно также отметить, что увеличивающийся удельный вес заражения женщин приводит к росту случаев вертикальной передачи ВИЧ – от матери к ребенку, что в конечном итоге только усугубляет эпидемиологическую ситуацию.

Цель исследования: выявление характера эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в г. Душанбе.

Материал и методы исследования: матери-

алами исследования послужило следующие медицинские документации: Экстренного извещения об инфекционном заболевании, карты эпидемиологического обследования очага ВИЧ-инфекции, карты амбулаторного больного, Извещения о случае завершения беременности у ВИЧ-инфицированной женщины, а также использовано специально разработанные анкеты, содержащие целенаправленные вопросы, касающихся социального статуса респондентов.

Изучению принадлежало 500 случаев ВИЧ-инфекции в городе Душанбе, 50 случая беременности у ВИЧ-инфицированных женщин, 50 случаев смерти ВИЧ инфицированных больных. Используются современные социально-гигиенические, эпидемиологические, клинические и статистические данные.

Результаты исследования и их обсуждение. За весь период наблюдения начиная с 1991 года в город Душанбе Республике Таджикистан выявлено 2774 ВИЧ-инфицированных, умерло 692 человек. На 31.12.2020 г. учету подлежал 2082 ВИЧ-инфицированных жителей г. Душанбе, из них мужчин – 1863 (67,2%), женщин – 911 (32,8%), в том числе дети до 18 лет составлял 321 (11,6%).

Нами было изучено ВИЧ-инфицированных больных в четырех районах города Душанбе: Сино, Фиравси, Шохмансур и Сомони. Исследование показало, что самый густонаселенный район в городе Душанбе является район Сино, тем самым естественно отмечается большой рост заболеваемости, в частности ВИЧ-инфицированных. Данный район является промышленным районом в городе, большая часть населения прибывшие с других регионов республики и за предел республики, часто мигрируют. Таким образом анализ показал следующее:

Таким образом, как видно в таблице в районе Сино всего зарегистрировано 1170 человек, который составляет 42,2% от общего число зараженных в город Душанбе, из них в 2019 году впервые

Таблица 1

ВИЧ-инфицированные больные в г. Душанбе

Районы	1991-2020	2019 г.	2020 г.	смертность	Всего живые	Дети до 18 лет (живые)
Сино	1170	138	65	238	932	177
Фирдавси	713	40	50	187	526	75
Шохмансур	580	38	46	185	395	43
И.Сомони	311	32	34	82	229	26
Всего	2774	248	195	692	2082	321

Таблица 2

Пути заражения больных ВИЧ – инфицированные в город Душанбе

Районы	Всего	Инъекционные	Половым путем	Неизвестный путь заражения	От матери к ребенку
Сино	1170	433	537	155	45
Фирдавси	713	302	321	66	24
Шохмансур	580	316	210	36	18
Сомони	311	135	147	23	6
Итого	2774	1186	1215	280	93

зарегистрировано 138 человек (11,8%), в 2020 году отмечался снижение роста инфицированных больных, зарегистрировано 65 человек, который составил 5,5%. Смертность в данном районе составил 238 человек (20,3%), это является высоким показателем. Дети до 18 лет составлял 177 (15,2%).

Следующий район по неблагоприятной эпид-обстановке оказалось район Фирдавси. В данном районе большой процент жители является приезжие в других регионов и районов, так как большой процент населения проживающий в данном районе неработающий контингент, проживают в съемных квартирах, общежитиях и неблагоустроенных домов, работают в основном в базарах, из малообеспеченных, многодетных семей.

Анализ показал, что в данном районе зарегистрировано 713 человек ВИЧ-инфицированные, который составил 25,7% от общего число зараженных в городе Душанбе, из них в 2019 году впервые зарегистрировано 40 человек (5,6%), в 2020 году отмечался рост инфицированных больных на 10 человек, зарегистрировано 50 человек, который составил 7,0%. Отмечался рост смертности в данном районе, который составил 187 человек (26,2%), это является высоким показателем по сравнению других районов города Душанбе. Дети до 18 лет составлял 75 (10,5%).

Согласно данным по исследованию можно сказать, что в двух остальных районах относительно можно сказать благоприятнее. Это связано с грамотности населения по вопросам профилактики заболевания, медицинские образование по вопросам профилактики и предупреждение тех или иных заболеваний. А также сказывается грамотность населения, большая часть населения являются коренными жителями города Душанбе, из семьи интеллигенции, работающий контингент.

Доминирующей причиной заражения в общей массе лиц с ВИЧ-инфекцией в городе Душанбе является внутривенное употребление наркотиков – таким путем заразились 1186 (42,7%) пациентов.

Исследования показал, что второе место занимает этим путем заражения в городе Душанбе район Шохмансур – 26,6% среди всех зараженных данным путем. Данный район является молодежный городок, так как в этом районе находится большинство ВУЗов и колледжей, общежития, развлекательные центры для молодежи и т.д. На протяжении последних 5 лет соотношение полового и наркозависимого путей передачи остается практически неизменным, в среднем 43,8% вновь выявленных инфицируются ВИЧ во время незащищенных половых контактов.

Ежегодно соотношение полового и наркозависимого путей передачи меняется в сторону увеличения относительной доли полового пути. Согласно результатам исследования большой процент пути заражения приходится в заражение половым путем – 43,8% от общего число зараженных, первое место занимает район Сино – 537 человек (44,2%), второе место занимает район Фирдавси – 321 человек зараженный половым путем составил 26,4%, на третьем месте район Шохмансур – 210 (17,2%) и последнее место занимает район Сомони – 12,1%.

Основной вклад в реализацию парентерального пути передачи ВИЧ-инфекции в г. Душанбе вносят мужчины – 67,2% инфицированы при употреблении инъекционных наркотиков. Рост удельного веса парентерального пути передачи ВИЧ-инфекции связан с увеличением количества лиц с диагнозом «наркомания» и целевым обследованием данных лиц. Более 90% пациентов, заразившихся ВИЧ-инфекцией при употреблении инъекционных наркотиков, лица в возрасте 30 – 39 лет. Следует отметить тревожную ситуацию с ростом ВИЧ-инфицирования населения города Душанбе в возрасте 30 – 39 лет. Отмечается снижение доли молодежи 20 – 29 лет среди впервые выявленных инфицированных ВИЧ.

Необходимо отметить, что в настоящее время есть определенный процент больных, который

пути заражения неизвестен. Анализ показал, что в районе Сино 433 случаев зарегистрированных больных неясен путь заражения, который составляет 55,3% от общего числа зараженных данным путем заражения в городе Душанбе (это очень сомнительный показатель).

В г. Душанбе возрастная структура ВИЧ-инфицированных, состоящих на диспансерном учете, характеризуется концентрацией числа случаев заражений ВИЧ-инфекцией в возрастной группе 20 – 49 лет, на их долю приходится 94,5%. При этом первое ранговое место занимает группа лиц 30 – 39 лет (43,9%), второе – группа 20 – 29 лет (43,0%) и третье – 40 – 49 лет (7,6%); 56,8% ВИЧ-инфицированных трудоспособного возраста в г. Душанбе – безработные. Однако нужно учитывать, что данные о социальном статусе уточняются в процессе эпидемиологического расследования со слов больного.

Таким образом, эпидемиологическая ситуация в город Душанбе отражает тенденции развития эпидемии:

- эпидемия ВИЧ-инфекции затрагивает преимущественно людей в возрасте 20 – 49 лет;
- растет общее количество людей, живущих с ВИЧ;
- отмечается рост заболеваемости в старших возрастных группах;
- продолжается активная передача ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков.

Одной из характерных черт развития эпидемиологического процесса являются также увеличение числа больных ВИЧ-инфекцией в стадии проявления вторичных заболеваний, рост смертности среди ВИЧ-инфицированных пациентов. На 31.12.2020 г. количество умерших ВИЧ-инфицированных составило 692 человек. Структура причин смерти ВИЧ-инфицированных как в город Душанбе со временем становится более вариабельной. Так, если до 2005 года основная масса случаев смерти происходила по причинам, не связанным с инфекционным процессом или соматическими заболеваниями (травмы, передозировка наркотиков, суицид), то в дальнейшем их доля в структуре смертности становится незначительной в связи с появлением таких причин, как заболевания внутренних органов и вторичные инфекции. Среди всех зафиксированных случаев смерти ВИЧ-инфицированных прогрессирование ВИЧ-инфекции и развитие оппортунистических заболеваний являются ведущими. Таким образом, наиболее вероятной причиной роста смертности ВИЧ-инфицированных является

выявление больных на поздних стадиях, а также закономерное развитие инфекционного процесса с переходом болезни в терминальную стадию.

Заключение: Таким образом, сохраняющаяся в город Душанбе эпидемиологическая ситуация по заболеваемости ВИЧ-инфекцией требует принятия неотложных мер по стабилизации и снижению заболеваемости, расширению комплекса профилактических мероприятий и дальнейшему обследованию населения на ВИЧ [6]. С целью недопущения дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции в целом в республике, и в частности в город Душанбе необходимы:

Усиление работы межведомственных комиссий по проблемам предупреждения распространения ВИЧ-инфекции в образованиях республики, созданных для проведения текущего и ретроспективного анализов эпидемической ситуации заболеваемости ВИЧ-инфекцией.

Совершенствовать утвержденные целевые программы по предупреждению распространения заболевания, вызываемого ВИЧ-инфекцией. Активизация работы по охвату обследованием на ВИЧ-инфекцию лиц из «группы риска», в том числе анонимным путем, вовлечением структур ПМСП, в частности семейной медицины. Координация совместной работы общественных организаций, учреждений образования, культуры, здравоохранения по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции и наркомании.

Организация планомерной публикации в средствах массовой информации города Душанбе материалов по пропаганде здорового образа жизни, проведению разъяснительной работы по профилактике ВИЧ-инфекции и наркомании совместно в центрами ФЗОЖ и ПМСП. Поскольку немалая доля смертей приходится на причины, не связанные с инфекционным процессом или соматическими заболеваниями, необходимо уделить внимание проблеме социальной адаптации больных.

Интеграция оказания лечебно-профилактических услуг по ВИЧ/СПИД инфекции в сети учреждений первичной медико-санитарной помощи в город Душанбе.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Рузиев М.М. Эпидемиология ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан /М.М. Рузиев //ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. - 2016. - т.-8.-№4.- С.55- 59;
2. Рузиев М.М. Результаты внедрения дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в Республике Таджикистан/М.М. Рузиев, И.М. Сон, И.С. Бандаев //Вестник Академии медицинских наук Таджи-

кистана, Душанбе. – 2017.- №3.- С. 78–82;

3. Покровский В.И. Клиническая классификация ВИЧ-инфекции/ В.И. Покровский, В.В. Покровский // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2001. – №1. – С. 7-10;

4. Онищенко Г.Г. Проблема ВИЧ-инфекции в России, Онищенко // Здравоохранение Российской Федерации. – 2007. – №2 – С. 3-7. пути совершенствования профилактики и лечения./ Г.Г.

5. ВИЧ-инфекция в России в 2010 году/В.В. Покровский [и др.]/ВИЧ-инфекция. Информационный

бюллетень–2011.–№35.–С. 51.

6. Мазус А.И. Особенности эпидемии ВИЧ-инфекции в г. Москве / А.И. Мазус, Ю.В. Мартынов, Г.Ю. Панкова, А.Я. Ольшанский // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 2006. – №: 6. – С. 39-42.

7. Рахмонов Э.Р. Инфекционные болезни (Бемориҳои сирояти). Душанбе, Шарки озод-2017г. С.194-200.

8. Файзуллоев Н. Детские инфекционные болезни (Бемориҳои сирояти кудакон). Душанбе, Ирфон – 2019г. С.240-249.

УДК 614. 29.016- 364.01

ХИЗМАТРАСОНИИ ИҶТИМОӢ БА ПИРОНСОЛОН ДАР МАРКАЗИ МИНТАҚАВИИ ХИЗМАТИ ИҶТИМОӢ БА НАҶАҚАХӢРОН ВА МАӢЮБОНИ ШАӢРИ ДУШАНБЕ

Зарипова М.М.

Маркази минтақавии хизмати иҷтимоӣ ба наҷақахӢрон ва маӢюбони шаӢри Душанбе

Дар Паёми имсолаи Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ - Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон мухтарам Эмомалӣ Раҳмон оварда шудааст: “Ҳукумати кишвар ба масъалаи ҳифзи саломатӣ ва нигоҳубини یتимону маӢюбон ва пиронсолону бепарасторон мунтазам ғамхорӣ зоҳир карда, барои беҳтар сохтани шароити иҷтимоии онҳо тадбирҳои саривақтиро амалӣ менамояд”.

Бо ибтиқори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон дар пойтахти кишвар Маркази минтақавии хизмати иҷтимоӣ ба наҷақахӢрон ва маӢюбони ш.Душанбе бо Қарори Вазорати таъминоти иҷтимоии Ҷумҳурии Тоҷикистон, аз 28.01.1992, №11, Қарори Совети депутатҳои халқии шаҳри Душанбе аз 15.04.1992, №170 “Дар бораи таъсиси маркази минтақавии хизмати иҷтимоии наҷақахӢрон” ташкил карда шудааст, ки дар он шахсони бесаробону барҷомонда таҳти ҳимояи давлат ба нигоҳубин ва хизматрасонии иҷтимоӣ алоҳида фаро гирифта шудаанд. Дар мисоли маркази мазкур баҳри таъмини ҳуқуқи озодиҳои кӯҳансолон қорҳои шоиста анҷом дода мешаванд. Муассисаи Оиннома ва Низомномаи намунавии ҳудро дошта, айни замон ба 100 нафар шаҳрвандони дар ҳолати душвори зиндагӣ қарордошта- будубоши муваққатӣ бо 25 кат/ҷой ва истифодабарандагони рӯзона 75 нафар хизматрасонӣ карда мешавад. Муҳлати хизматрасонии иҷтимоӣ ба истифодабарандагон аз 3 то 6 пешбинӣ гардидааст. Дар ин давра истифодабарандагон дар барқарорсозии саломатӣ, гирифтани шиноснома, шаҳодатнома дар бораи таваллуд, гуруҳи маӢюбӣ, таъини наҷақаҳои маӢюбӣ ва синусолӣ, дарёфти наздикон, баргاردонидан барои зист дар

муҳити оила, ҷойгир кардан дар хона-интернат мусоидат карда мешаванд.

Басти воҳидҳои қории Марказ аз директор, сармуҳосиб, ҳазинадор, мудири хоҷагӣ, ваколатдори хоҷагӣ, қотиба-қорғуздор, қорманди иҷтимоӣ, ташкилотчи қорҳои фарҳангӣ оммавӣ, ҳамшираи шафқат, ҳамшираи хурд (санитарка), фарроши бинои маӢмурӣ, мудири анбор, қормандони ошпаз, қорманди ошхона, ҷомашӯӣ, сартарош, техник, қорманди бино, қосбон, ронанда, ҳавлирӯб, иборат мебошад.

Муассиса аз биноҳои маӢмурӣ ва истиқоматӣ, суҳбатгоҳ, маҷмӯи шустушӯӣ, ошхона, анборҳои иборат мебошад. Дар бинои маӢмурӣ ҳуҷраҳои қории роҳбарият, қормандони иҷтимоӣ, шӯъбаи кадрҳо, китобхона, толори фароғатӣ машваратӣ, гӯшаи гиёҳдармонӣ, утокҳои тандармонӣ, дӯзандагӣ, мусиқӣ, китобхона ташкил карда шудаанд. Бинои истиқоматӣ аз нуктаи тиббӣ, ҳуҷраҳои ҳоби бошандагони будубоши муваққатӣ, маҷлисгоҳ, бойгонӣ, иборат мебошанд. Барои суҳбат ва ҷойнӯшӣ, тамошои намоишҳои телевизионӣ, қондани китобҳои бадеӣ, бозиҳои рӯймизӣ шароитҳои мусоида муҳайё мебошанд.

Хизматрасониҳои марказ: иҷтимоии маишӣ-хӯроқи гарм рӯзе 3 маротиба, либосшӯӣ, сартарош, иҷтимоии тиббӣ- ёрии аввалини тиббӣ, муоинаву ташхис дар марказҳои саломатӣ, бистариқунонӣ ва табобат дар беморхонаҳо, қангоми зарурият қарроҳӣ, мусоидат дар гирифтани гуруҳи маӢюбӣ дар Ҳадамоти ташхиси тиббии иҷтимоӣ, тандармонӣ, омодаосии нӯшобаҳо аз гиёҳҳои шиқобахш, машқҳои пағоҳирӯзӣ, роҳқардии

скандинавӣ, иҷтимоии равонӣ- бо мақсади хуб гардонидани ҳолати равонӣ ва дарёфти роҳҳои ҳалли мушкилоти зиндагии истифодабарандагон бо иштироки мутахассисон суҳбату машғулиятҳо гузаронида мешаванд, иҷтимоии ҳуқуқӣ- барқарорсозии ҳуҷҷатҳои муайянкунандаи шахсият, шаҳодатнома дар бораи таваллуд, шиноснома, РМА, таъини нафақаҳои синусолӣ ва маъҷубӣ, корти нафақаҳои Амонатбанк, кӯмак дар гирифтани роҳхати Агентии давлатии ҳифзи иҷтимоии аҳоли ва бурда ҷойгир кардани бошандагон дар хона-интернат, иҷтимоии педагогӣ- баргузори чашну чорабиниҳои фарҳангӣ, варзишӣ, суҳбату вохӯриҳо, мизҳои мудаввар, саёҳатҳо ба боғҳои фарҳангиву фароғатӣ, тамошои осорхонаҳо, хона-музейҳо, иштирок дар намоишномаҳои театрӣ, кинофестивалҳо, чашнвораҳо, машғулиятҳои маърифатӣ. Маҳфилҳои “Туфтуғ”, “Дӯзандагӣ”, “Сурудҳои”, “Рассомӣ”, “Гулпарварӣ”, “Шоҳмот” ҳамарӯза фаъолият доранд. Китобхона дорои 1300 нусха китоб мебошад. Матбуоти даврӣ мунтазам дастрас карда мешавад. Бо кӯмаки кормандон бошандагони қобили меҳнат барои фаъолияти сеҳҳои кинодӣ ва кафшергарӣ ҷалб карда мешаванд.

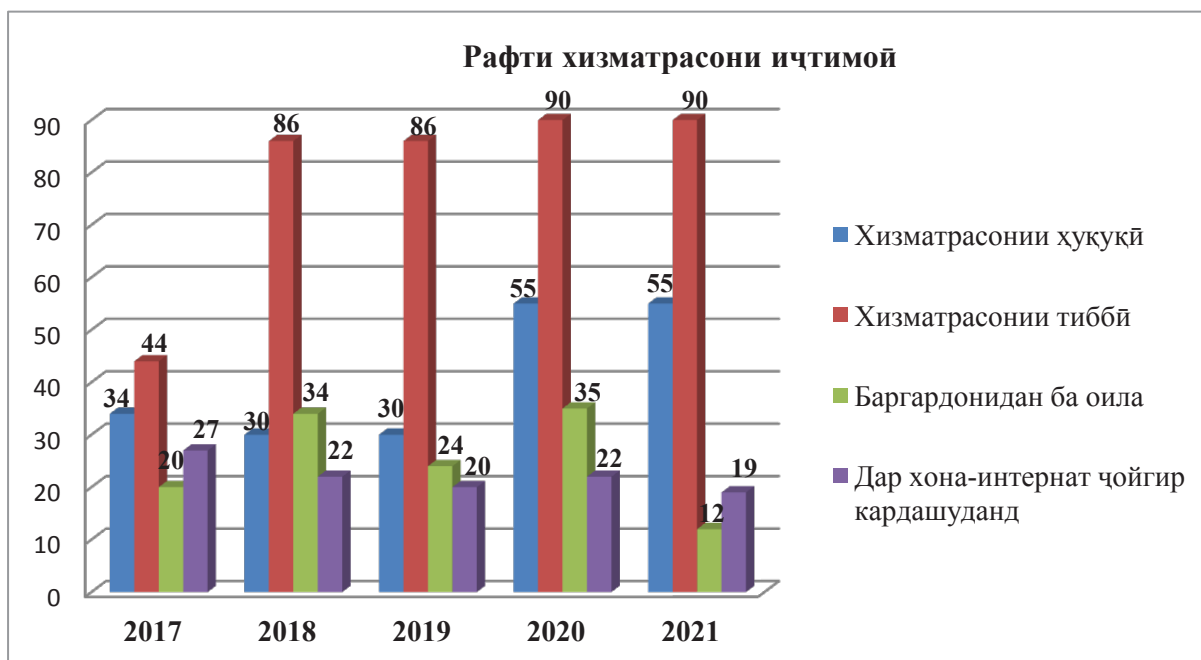
Вазиёти асосии мо дарёфти наздикон ва баргардонидани бошандагон барои зист дар муҳити оила мебошад. Пас анҷом расидани хизмати иҷтимоӣ бошандагони танҳою бе ҷои зисти доимӣ ба хона-интернатҳои ҷумҳурӣ фиристода мешаванд.

Айни замон дар муассиса ба 100 нафар истифодабарандагон, аз ҷумла 66 нафар мард, 34 нафар

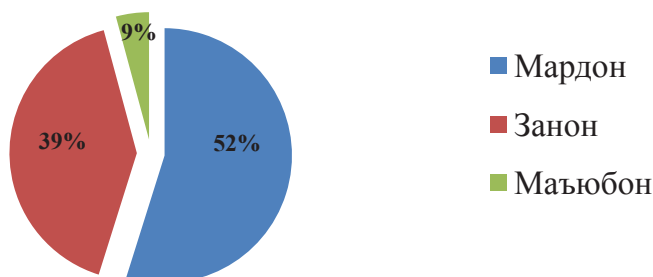
зан, аз инҳо 48 нафари онҳо маъҷубон мебошанд.

Ҳамкории доимӣ бо Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, Агентии давлатии ҳифзи иҷтимоии аҳоли, Вазорати меҳнат, муҳоҷират ва шуғли аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, Кумитаи кор бо занон ва оилаи назди Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон, Вазорати корҳои дохилии Ҷумҳурии Тоҷикистон, Хадамоти шиносномавӣ бақайдгирӣ Вазорати корҳои дохилии Ҷумҳурии Тоҷикистон, Хадамотҳои шиносномавӣ бақайдгирӣ ноҳияҳои И.Сомонӣ, Шоҳмансур, Сино, Фирдавсӣ, ва шаҳри ноҳияҳои тобеи марказ, Раёсати сабти асноди ҳолати шаҳрвандии Вазорати адлияи Ҷумҳурии Тоҷикистон, бахшҳои сабти асноди ҳолати шаҳрвандии ноҳияҳои шаҳри Душанбе ва ноҳияҳои тобеи марказ, раёсатҳои Агентии суғуртаи иҷтимоӣ ва нафақа дар ноҳияҳои И.Сомонӣ, Шоҳмансур, Сино, Фирдавсӣ ва шаҳри ноҳияҳои тобеи марказ, шӯъбаҳои хизматрасонии иҷтимоӣ дар хонаи 4 ноҳияҳои пойтахт, Китобхонаи миллии Тоҷикистон, Донишгоҳи миллии Тоҷикистон, Донишгоҳи давлатии омӯзгорӣ Тоҷикистон ба номи С.Айнӣ, Донишгоҳи давлатии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Донишқадаи забонҳои Тоҷикистон ба номи С.Улуғзода, Донишгоҳи технологияи Тоҷикистон, Донишгоҳи славянии Тоҷикистону Россия, филиали Донишгоҳи давлатии Москва дар шаҳри Душанбе ба роҳ монда шудаанд.

Ба Маҷмааи таърихию ёдгории “Қалъаи Ҳисор”, “Кохи Наврӯз”, “Кохи Малика”, осоишгоҳи “Хоча Оби гарм”, муассасаи Исмоили Сомонӣ,



Миқдори истифодабарандагон



боғҳои фарҳангӣ фароғатии “Парчами милли”, “Фирдавӣ”, “Аҳмади Дониш”, ” Абдурахмонӣ Чомӣ ва Алишери Навоӣ”, ”Куруши Кабир”, “Садриддин Айний” Осорхонаи миллии Тоҷикистон, хона-музейҳои Қаҳрамонҳои Тоҷикистон Садриддин Айний ва Мирзо Турсунзода сафарҳо ташкил карда шудаанд.

Истифодабаранда Азамат Шамсиддинова (маъюби гуруҳи 2) ғолиби номинатсияи махсуси Озмуни ҷумҳурии Фуруғи субҳи доноӣ китоб аст” дар соли 2020 гардидааст.

Бо дастгирии Мақомоти иҷроияи ҳокимияти давлатии шаҳри Душанбе дар асоси қатъномаи Ассамблеяи Генералии Созмони Миллалӣ Муттаҳид (аз 14 декабри 1990 сол) ба муносибати “Рӯзи байналмиллалӣи куҳансолон” чорабиниҳои пуршукӯҳи фарҳангӣ дар “Қасри ҷавонон” - 2016, Маркази ҷавонони “Ориёно” - 2017, театри таҷрибавии тамошобини наврас ба номи М. Қосимов - 2018, театри давлатии академии ба номи А. Лоҳутӣ - 2019 баргузор гардидаанд.

Маҳсули маҳфилҳои марказ иштирокчиҳои намоишҳои ҳунароҳои миллию дастӣ дар “Форуми байналмилалӣ оид ба масъалаҳои маъюбон” дар Китобхонаи миллии Тоҷикистон, Маркази равобитии фарҳангии Россия, Ҷашни Наврӯзи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, Маҳфили бошукӯҳи Мақомоти иҷроияи ҳокимияти давлатии шаҳри Душанбе бахшида ба “Рӯзи куҳансолон” дар театри давлатии академии ба номи А. Лоҳутӣ, боғи ботаникии “Ирам”, боғи фарҳангии фароғатии Куруши Кабир, меҳмонхонаҳои “Хайят риченсӣ Душанбе”, “Душанбе Серена”, Маркази Исмоилия дар шаҳри Душанбе мебошанд.

Роҳбарияти марказ дар конфронсҳои илмӣ-амалии Федератсияи Россия, Ҷумҳурии Қирғизистон иштирок намудаанд.

Бо супориши Раиси шаҳри Душанбе бо мақсади эмин нигоҳ доштани шахсони осебпазири аҳоли аз бемории сироятӣ коронавирус COVID-19 давраҳои маҳдудияти хизматрасонӣ:

2020 сол- аз 25 апрел то 26 декабр, 10 маротиба тақсими маводи хӯрока ба 75 нафар истифодабарандагон хизмати рӯзона.

2021 сол-аз 10 июн то 11 октябр, 3 маротиба тақсими маводи хӯрока, ба 75 нафар истифодабарандагон хизмати рӯзона.

Мақолаҳо дар рӯзномаву маҷаллаҳо, гузоришҳо ва барномаҳои телевизионӣ, гуфторҳо дар радио оиди эҳтироми солхурдагон нақл карда мешаванд.

Бо иштироки бошандагон марказ доири эҳтироми калонсолон филмҳои тарбиявӣ ба навор гирифта шуданд.

Ба муносибати 25 солагии таъсисёбии Маркази минтақавӣ хизмати иҷтимоӣ ба нафақахӯрон ва маъюбони шаҳри Душанбе китобҳо ба забонҳои тоҷикӣ ва русӣ chop карда шуданд.

Дар саҳифаи Фейсбук Маркази минтақавӣ хизмати иҷтимоӣ ба нафақахӯрон ва маъюбони шаҳри Душанбе “Хонаи меҳр” аз ғайрияти муассиса нақл карда мешавад.

Бо дастгирии Мақомоти иҷроияи ҳокимияти давлатии шаҳри Душанбе бо кӯмаки Сафорати Ҷопон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон “Лоихаи барқарорсозӣ ва дастрас намудани таҳҷизот ба Маркази минтақавӣ хизмати иҷтимоӣ ба нафақахӯрон ва маъюбони ш.Душанбе”. Дар заминаи таҳхонаҳои муассиса сеҳҳои қаннодӣ ва кафшергарӣ сохта ба истифода дода шуданд.

Бо дастгирии Мақомоти иҷроияи ҳокимияти давлатии шаҳри Душанбе, дар ҳамкорӣ бо Фонди “Музаффар”, “Лоихаи омӯзиши роҳгардии скандинавӣ”.

Бо дастгирии Мақомоти иҷроияи ҳокимияти давлатии шаҳри Душанбе, дар ҳамкорӣ бо намо-

яндагии кишвари Ассоситасияи Каритас Олмон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон “Барномаи минтақавии кори иҷтимоӣ барои пиронсолон дар Осиё 2021-2023”. Маркази минтақавии хизмати иҷтимоӣ ба нафақахӯрон ва маъҷубони ш. Душанбе- муассисаи таҷрибавӣ

Бо дастгирии Мақомоти иҷроияи ҳокимияти давлатии шаҳри Душанбе, дар асоси “Барномаи рушди иҷтимоиву иқтисодии иҷтимоии шаҳри Душанбе барои солҳои 2015-2025” сохтмони бинои нави Маркази минтақавии хизмати иҷтимоӣ ба нафақахӯрон ва маъҷубони шаҳри Душанбе барои 120 ҷой, воқеъ дар кӯчаи Б. Ҳамдамов, шаҳраки Зарафшон, ноҳияи Синои шаҳри Душанбе.

Хулоса: Дар робита бо зиёд шудани давомнокии умри одамон ва мушкилоти марбут ба ин раванд, зарур аст, ки сиёсати нав дар соҳаи пиршавии солим ва ҳифзи тиббию иҷтимоии шахсони синну солашон калон ба нақша гирифта шавад. Сиёсати ба нақша гирифташуда бояд ба беҳбуд ва таҳкими вазъи саломатӣ ва иҷтимоию иқтисодии

пиронсолон дар Тоҷикистон, баланд бардоштани худбаҳодиҳии онҳо ва инчунин ҳифзи ҳуқуқҳои онҳо равона карда шавад.

РҶҲАТИ АДАБИЁТ

1. Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 7.04.1995 с., №59 “Дар бораи ветеранҳо”.
2. Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 5.01.2008 с., №359 “Дар бораи ҳифзи иҷтимоии аҳоли дар Ҷумҳурии Тоҷикистон”.
3. Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 2.12.2008 с., №600 “Дар бораи тартиби хизмати тиббӣ-санитарӣ дар муассисаҳои давлатии соҳаи тандурустӣ ба шаҳрвандони Ҷумҳурии Тоҷикистон”.
4. Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 3.12.2011 с., №644 “Дар бораи таъмини маъбон бо воситаҳои ёрирасони техникӣ”.
5. Қарори Совети депутатҳои халқии шаҳри Душанбе аз 15.04.1992, №170 “Дар бораи таъсиси маркази минтақавии хизмати иҷтимоии нафақахӯрон”.
6. Ҳисоботҳои Маркази минтақавии хизмати иҷтимоӣ ба нафақахӯрон ва маъҷубони шаҳри Душанбе.

ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ЛИЦАМ ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА

Идрисов З.М., Баротов И.И., Норов З.

*Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан,
ГОУ «Таджикский медицинский университет имени Абуали ибн Сино»,
Районный центр здоровья города Гиссар*

Актуальность. Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) рассматривается как одна из самых приоритетных и важных направлений в достижении стратегии всеобщего здоровья, поскольку она, будучи центральным звеном всей системы здравоохранения, включает в себя неотъемлемую часть всего процесса социально-экономического развития общества. В современном мире каждый член общества независимо от возраста и социального положения должен иметь доступ к ПМСП и, в свою очередь, должен принимать в нем активное участие (И.Н. Денисов, Стародубов В.И. 2015).

Следует отметить, что в Республике Таджикистан на уровне ПМСП проходят обследование и лечение до 70% населения, обращающегося за медицинской помощью, однако не во всех случаях она может обеспечить население доступной и квалифицированной медицинской помощью, особенно лицам пожилого возраста и инвалидам.

До настоящего времени не решены вопросы недостатки в организации помощи у участкового врача, в частности низкий объем и спектр про-

филактических, лечебно-диагностических услуг, а также диспетчерских функций и т.д. (А.А. Ахмедов, З.А. Мирзоева 2010). Переход к организации первичной медицинской помощи по принципу ВОП/СВ ведет к улучшению качества, доступности и экономичности медицинской помощи, эффективному использованию ресурсов и к изменению ориентации на профилактику заболеваний и укрепление здоровья уязвимым слоям населения, как людям старшего возраста и лицам ограниченного возможности.

Для формирования основ здоровья населения очень важна первичная медико-санитарная помощь, которая ведет к улучшению качества, доступности и экономичности медицинской помощи, эффективному использованию ресурсов и к изменению ориентации на профилактику заболеваний и укрепление здоровья. Именно это задача должна решаться государством и обществом как первоочередная.

Старение населения первая проблема, с которой могут столкнуться в 21 веке врачи общей

практики во всем мире. Системе здравоохранения придется считаться с повышением требований и спроса на свои услуги, так как старший возраст связан с большим числом хронических заболеваний и других проблем со здоровьем. Потребуется компенсаторные сокращения средних перечней пациентов и/или делегировании отдельных обязанностей основному или вспомогательному персоналу (STG, 1993).

По данным экспертов ООН демографическое старение населения всего мирового сообщества является одним из серьезных вызовов современности и старение, из удела каждого отдельного человека, приобрело общечеловеческий характер, стало изменять структуру народонаселения на планете и явилось причиной возникновения многих серьезных проблем, требующих безотлагательного решения.

По данным Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан, по республике на 01.01.2020 года население Таджикистана составляет 9313,8 тыс. человек, в том числе, в возрасте старше 60 лет – 563,4 тыс. человек (6,05%). Численность населения в пяти регионах республики, составляет:

Душанбе 863,4чел. (9,27%), старше 60 лет 52,1 чел. (6,03%)

РРП 2165,9 чел. (23,25%), в том числе старше 60 лет 123,3 чел., (5,7%)

Согд 2707,3 (29,07%), в том числе старше 60 лет 189,1чел, (6,97%)

Хатлон 3348,3 (35,95%), в том числе старше 60 лет 178,1чел., (5,3%)

ГБАО 228,9 чел., (2,46%), старше 60 лет 20,8 чел. (9,08%)

Перестройка здравоохранения осуществляется без продуманной комплексной межотраслевой программы реформирования отрасли, что приводит к неоправданным потерям (Кравченко Н.А., Поляков И.В.. 1998; Кучеренко В.З., Шамшурина Н.Г.. 2003, 2005; Щепин О.П. с соавт., 2003. 2004). Основную роль при этом играет неадекватное финансирование здравоохранения и неэффективное использование его ресурсов (Ройтман МП., Комаров Ю М. с соавт., 1996; Кучеренко В.З. с соавт., 2000; Вялков А.И., 2001, 2003; Щепин О.П., Овчаров В.К.. 2004).

Вопросы реорганизации ПМСП приобрели особую значимость в последние годы. Амбулаторно-поликлиническая служба не в состоянии обеспечить население доступной и квалифицированной медицинской помощью на уровне первичного звена, особенно лицам пожилого возраста.

Для успешного внедрения в нашей стране института семейной медицины, с целью приближения населению, в частности уязвимым слоем населения (лиц пожилого возраста, престарелых и одиноких) к медицинским услугам, необходимо решить целый ряд вопросов, среди которых существенное значение имеют научное обоснование деятельности врача общей практики (семейного врача): разработка вопросов его финансирования, материально-технического обеспечения, организации работы, учетной и отчетной документации, поиск и создание методологических основ комплексного медико-социального изучения семьи, формирование общественного мнения и заинтересованности населения в новой форме оказания медицинской помощи. Перечисленный комплекс вопросов определил актуальность, цель и задачи данного исследования.

Цель исследования. Изучение оказания амбулаторно-поликлинической помощи лицам пожилого возраста в сельской местности.

Материалы и методы исследования послужило отчетно-учетные документации служб ПМСП, Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан, анкетирование среди лиц старшего возраста 60+ в НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов за 2018-2020 годы.

Результаты исследования и их обсуждение. Нами была изучена существующих нормативно-правовых документов, который регламентируют деятельность службы ПМСП в стране, где отмечается сохранение здоровья и качества жизни лиц пожилого и старческого возраста является одной из важных задач государства. Основной целью общественного здравоохранения для данной категории лиц на протяжении многих лет являлось снижение смертности от инфекционных и хронических заболеваний.

Анализ показал, что к ключевым задачам относятся сохранение физических функций, психологического благополучия и профилактику гериатрических синдромов. Повышение продолжительности жизни и увеличение числа лиц пожилого возраста сопровождаются ростом распространенности хронических заболеваний и инвалидности среди населения Республики Таджикистан. При этом возрастает необходимость оптимизации медико-социального обслуживания данной категории лиц [1]. Под медико-социальной помощью понимают организацию лечебно-профилактических мер в

условиях стационара и амбулатории, имеющих цель сохранения и поддержания здоровья пожилых людей, обеспечения консультационного, реабилитационного и медицинского обслуживания. Стационарные учреждения включают дома (центры) престарелых, больницы и отделения сестринского ухода [2]. Активное старение предполагает адекватное поддержание физического, психического и социального благополучия, участие пожилых людей в социальной, экономической и других сферах жизни в соответствии со своими потребностями и возможностями.

Медико-социальная помощь должна стать одним из приоритетов политики государства в отношении пожилых. Сегодня основное внимание должно быть сосредоточено не только на поддержании здоровья и социальной активности пожилых людей, но также на совершенствовании помощи и услуг в сфере медицинского обслуживания, особенно для лиц, имеющих хронические заболевания или инвалидность.

Нами был проведен анкетирование среди лиц пожилого возраста госпитализированных в 2018-2020 годы в НИИ МСЭРИ. За этот период всего был госпитализирован 506: в 2018 году 124 человек, 2019 – 262 и 2020 – 120 человек, среди них женщины составили: 2018 г. – 47, 2019г. – 117, 2020 г. – 33 соответственно, а мужчины составили: 2018г. – 77, 2019г. – 145, 2020г. – 87. Из общего число лиц пожилого возраста, который получили той или иной виды реабилитации составили 61,1% мужчины и 38,9% женщины соответственно. С улучшением выписано 20%, с незначительным улучшением – 41,9%, без изменения – 38,1%.

Анкетирование, проведенное в исследовании [16], показало, что почти 40% лиц старше трудоспособного возраста имеют доход, не превышающий прожиточного минимума, а 20% – ниже этого показателя. Анализ степени соответствия оказываемой амбулаторно-поликлинической помощи со стороны семейных врачей ожиданиям пожилых людей демонстрирует, что данный контингент в целом удовлетворительно оценивает качество обслуживания и предоставляемых услуг. Исследование показало, что 88,4% лиц пожилого возраста, имеющих хронические заболевания, полностью или частично удовлетворены качеством оказываемых услуг. Наиболее распространенные причины обращений в поликлинику в этой возрастной группе включают: лечение хронического заболевания в стадии обострения, профилактику обострений, покупку

льготных рецептурных медицинских препаратов, плановый диспансерный осмотр. Из проблем, с которыми анкетированные сталкивались при посещении амбулаторий, самыми частыми обозначены сложности попасть к врачу-специалисту узкого профиля, чрезмерно долгое время ожидания приема и ненадлежащая работа регистратуры. Со стороны врачей амбулаторно-поликлинических учреждений при оказании медицинской помощи пожилым людям сталкиваются следующим проблемам: данный контингент составляет большую часть всех больных; как правило, в подобных медицинских организациях нет специалистов геронтологов, ориентированных только на работу с лицами старше 60 лет; существует необходимость постоянного консультирования в области геронтологии. Свыше 60% врачей указывают на необходимость повышения квалификации в этой области, так как при лечении лиц старше трудоспособного возраста существуют свои особенности, имеет место большое количество сопутствующих патологий, а также больший процент смертности [16].

Выводы. Исследование показало, что востребованность медико-социальной помощи в обслуживании лиц старше 60 лет в амбулаторных учреждениях возрастает с каждым годом. При этом ключевая роль должна отводиться врачам-гериатрам как специалистам, обладающим навыками диагностики и лечения пожилых людей. Соответственно, основные векторы работы по данному направлению сводятся к необходимости повышения подготовки семейных врачей в сфере гериатрии; разработке, внедрению и использованию новых лечебных, профилактических и консультативных подходов, в том числе на дому; расширению материально-технической базы амбулаторных медицинских учреждений.

Кроме этого, важная роль должна отводиться подготовке профессиональных социальных работников медицинского профиля. Одним из вариантов решения указанных проблем является усиление деятельности отделов социального обслуживания в виде структурных подразделений местной власти (хукуматов, джамоатов), целью которых будет оказание помощи людям, испытывающим сложности при посещении поликлиники. Эти отделы будут призваны решать задачи по установлению лиц, нуждающихся в медико-социальном обслуживании, содействие в оказании лечебно-профилактических и реабилитационных процедур на

дому, координации работы служб ПМСП, помощи в покупке и доставке медикаментов, сопровождению при наблюдении у врача-специалиста, взаимодействию с организациями паллиативной медицины, информационно-консультативной поддержке, ведению соответствующей документации.

Заключение. Проведенный анализ эффективности оказания медико-социальной помощи пожилым людям в Республике Таджикистан дает основание заключить, что неуклонный рост численности данной категории лиц требует пересмотра существующих мер геронтологической службы. Основные ее проблемы: недостаточное количество специализированных стационарных учреждений для пожилых людей, недоукомплектованность первичного звена специалистами геронтологами, отсутствие социальных работников медицинского знакомых с проблемами пожилых людей. С другой стороны растет необходимость повышения объема и качества обслуживания пожилых людей на дому, оптимизация подходов к лечению и реабилитации данного контингента с коморбидными заболеваниями на уровне общин. Развитие соответствующей инфраструктуры и увеличение оснащенности медицинских организаций и организаций медико-социального профиля необходимым оснащением и специалистами позволит поднять на высокий уровень оставшуюся жизнь пожилых людей.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Башкирева А.С., Шестаков В.П., Свинцов А.А. и др. Системный анализ социального обслуживания лиц пожилого и старческого возраста в Российской Федерации. Клин. геронтология. 2015; 21 (3–4): 24–8.
2. Сквирская Г.П., Сон И.М., Сененко А.Ш. и др. Отделение медико-социальной помощи взрослому населению и отделение по уходу: концепция и принципы организации. Менеджер здравоохранения. 2018; 1: 27–34.
3. Закон «О пенсионном обеспечении граждан Республики Таджикистан» от 11.12.1999г., № 911 ст. 11.
4. Послание Президента Э. Рахмона Мачлиси Оли Республики Таджикистан, 24 апреля 2013 года, от 23.01.2015 года и от 26 декабря 2018 года;
5. Постановление Правительства Республики Таджикистан «Национальная стратегия развития республики Таджикистан на период до 2030 года» от 1 октября 2016 года № 392
6. Демографический ежегодник Республики Таджикистан 2018 года
7. Мадридский международный план действий по проблемам старения 2002 года // Организация Объединенных Наций
8. URL: http://www.un.org/ru/documents/declconv/declarations/ageing_program.shtml
9. Камалова С.С., Изучение и анализ вопросов, связанных со старением населения в Республике Таджикистан и выявление их проблем / Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 19.09.2018 г. за № 854.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОЛОЖЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

¹Камалова С.С., ²Меликова Н.Х., ³Мавлонова С.Н., Навджувонов Н.М.⁴

¹ГУ НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов МЗСЗН РТ

²ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Старение человека - одно из важнейших медико-биологических явлений, имеющих общечеловеческий характер. Изменение состояния здоровья в пожилом и старческом возрасте затрагивают все сферы жизни пожилого человека, в том числе и психологические [1, 4]. Выход на пенсию и присвоение человеку социальной роли пенсионера заставляет его играть эту роль «он прожил достойную жизнь» и теперь он «достойный» человек в обществе, но в тоже время, он остается «обездоленным», «нуждающийся в социальной помощи» - это психологи называют состоянием «шока отставки или синдром отставки» [2, 3]. В период старения в генезе психических реакций

очень большое значение принадлежит социальным и экономическим факторам, связанным с изменением социального положения пожилого человека. Среди реакций наиболее серьезной является тревожность, тяжелая депрессия, самоубийства, которое в старших возрастных группах достигает наивысшего уровня [1].

Материалы и методы исследования. Нами были исследованы 300 бенифициаров от 65 лет и старше. Проживающих в различных социальных условиях: 1. Пожилые люди – члены социальных клубов общения. 2. Пожилые люди – находящиеся на лечении в клинике. 3. Пожилые люди, находившиеся в условиях своего места жительства.

Нами были проведены тесты определяющие объективные и субъективные показатели психологического статуса пожилых людей. Эти тест-анкеты Миннесотского медицинского университета штата Колорадо США: тест-анкеты состоят из показателей субъективной и объективной оценки психологического статуса каждого анкетированного. Определения психотипа личности проводилось по совокупности оценок объективной и субъективной характеристики каждого бенефициара.

Результаты исследования и их обсуждение.

По результатам анкетирования определились следующие психологические характеристики восприятия индивидуумом группы пожилых людей. Первый тип - «индивидуалистический», когда пожилой человек относится нейтрально к обществу,

уклоняясь от совместных форм деятельности, ограничивая контакт в общении. Второй тип - «прагматический», когда пожилой человек оценивают свое положение в обществе с точки зрения полезности, отдавая предпочтение контактам лишь с наиболее компетентными источниками информации, способными оказать помощь. Третий тип - «коллективистический», когда пожилой человек воспринимает общество как самостоятельную ценность, при этом пожилой человек заинтересован в успехах каждого члена общества и стремится внести свой вклад в жизнедеятельность общества или своей социальной среды. По совокупности восприятия индивидуумом группы и определения уровня тревожности определено следующие данные.

При анализе табл. 1 выявлено, что наиболь-

Таблица 1.

Восприятие индивидуумом группы и уровни тревожности

Психотипы ПЛ	Кол-во бенефициаров	Высокая тревожность	Умеренная тревожность	Низкая тревожность
Индивидуалистический	93	29 (31,1%)	53 (57%)	11 (11,8%)
Прагматический	154	26 (16,8%)	116 (75,3%)	12 (7,8%)
Коллективистический	53	12 (22,6%)	39 (73,5%)	2 (3,7%)
Итого	300	67 (22,3%)	208 (69,4%)	25 (8,3%)

ший процент пожилых людей 69,4% (208 бенефициаров) имеют адекватный- умеренный тип тревожности, т.е. уровень самооценки личности, при которой пожилые люди выбирают реально достижимые цели. Эти выбранные цели соответствуют их умениям, способностям и возможностям. Наименьший процент (8,3%) - 25 респондентов имели неадекватный уровень (низкий уровень тревожности) самооценки. Пожилые люди не верят в свои возможности и недооценивают свои способности, что может привести к развитию депрессии и подвести к суициду. В то же время 67 бенефициаров (22,3%) имели высокий уровень (высокий тип тревожности) самооценки- эти люди могут ставить перед собой нереальные, сложные цели, что иногда может привести к неудаче и разочарованию, что это ухудшает их адаптивные возможности и приводит к обострению хронических заболеваний и истерии. Респонденты с высоким уровнем тревожности склонны к развитию депрессивных и суицидальных реакций на социальную действительность. По совокупности восприятия индивидуумом группы видно, что у 154 бенефициаров (51,3%) встречается прагматический тип,

т.е. эти люди оценивают действительность с точки зрения возможности их адаптации к новым социальным условиям с целью обеспечения качества жизни. Эта группа наиболее жизнеспособная и может адаптироваться в любой жизненной ситуации. Наименьшую группу составили представители коллективистического психотипа-53 человека (17,6%), которые заинтересованы и стремятся к коллективному решению проблем своей социальной среды. Индивидуалистический психотип представлен 93 пожилыми людьми (31%) опрошенных. Эта группа обычно уклоняется от любых форм совместной деятельности, что приводит к ограничению их социальной среды (социальная изоляция).

По данным рис. 1 видно, что наибольший процент пожилых людей представлен респондентами имеющими склонность к сотрудничеству 97 человек, (32,2%). Эти люди не идут на конфликт и находят более рациональный выход из стресса принимают ситуацию как таковую, большинство это респонденты проживающие в домашних условиях. Несмотря на свой пожилой возраст и наличие различных жизненных про-

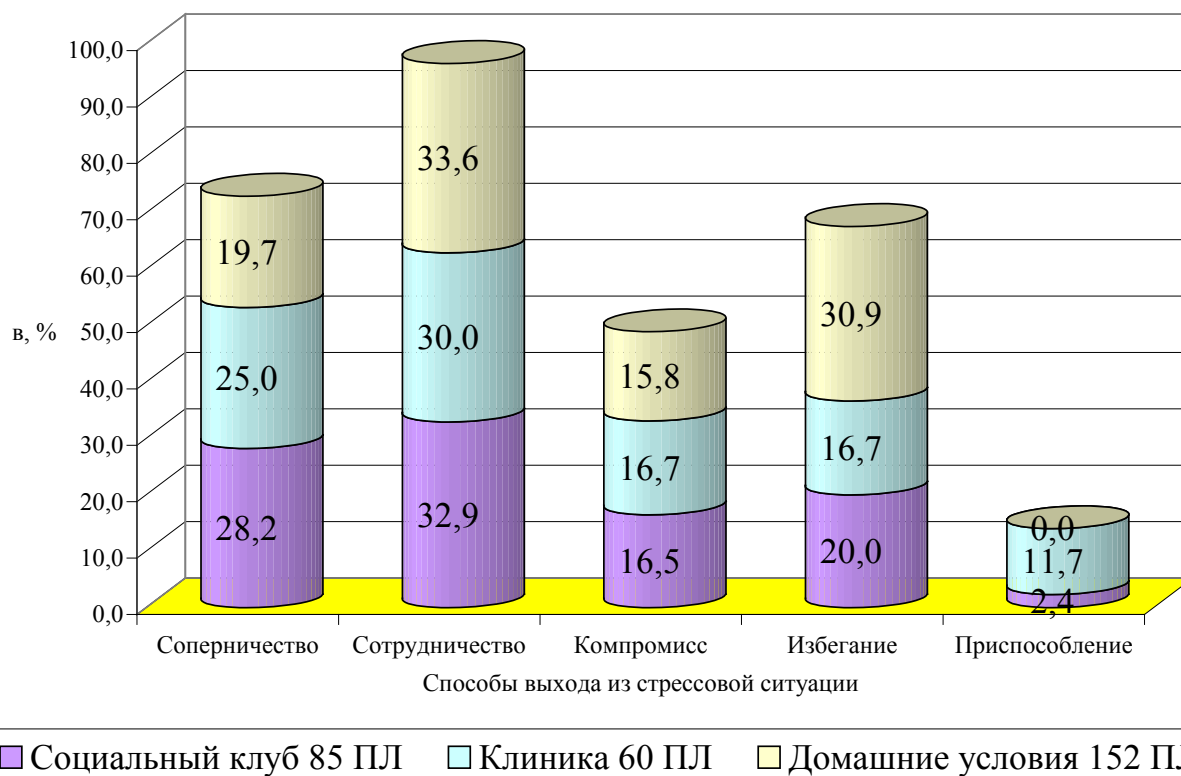


Рисунок 1. Способы выхода из стрессовой ситуации

блем пожилые люди стараются не приспосабливаться к ним-9 бенефициаров (3,1%), а стараются находить другие альтернативные выходы из стрессовых ситуаций. Уход от приспособления к стрессовым ситуациям, на наш взгляд, связан с жизненным опытом и мудростью пожилых людей. Это бенефициары, которые посещают клубы общения. В то же время 191 человек (каждый второй респондент) не защищает свои интересы при конфликтной ситуации старается находиться вне социальной среды, т.е. они не соперничают, идут на компромисс или стараются избегать стрессовых ситуаций. Это в конечном итоге может привести к второму типу одиночества- отчуждение, выпадение из жизни, с возникновением чувства ненужности и безысходности. Чаще всего это люди, проживающие в интернатах для пожилых.

Выводы. Пожилые люди с прагматическим психотипом имеют адекватный уровень самооценки, могут находить выход из создавшихся критических социальных условий и реально оценивать действительность. Эти пожилые люди при объединении в социальные клубы и группы самопомощи смогут защищать свои интересы и быть лидерами групп. Пожилые люди с индивидуалистическим психотипом не видят необходимости в объедине-

нии в группы и не имеют желаний изменить свою социальную среду. При попадании в стрессовые ситуации пожилые люди чаще всего предпочитают сотрудничество как наиболее рациональное решение проблемы. Пожилые люди с коллективистическим психотипом могут находить выход из создавшихся критических социальных условий и адекватно оценивать действительность, но решать проблемы они способны при создании коллектива. Свои интересы они обычно будут ставить в угоду коллектива

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Хорст Зиверт. «Психология личности» Изд-во мед.книга. г. Минск 2014г. С.98-106.
2. Сорокина Н.Д., Хачатурьянц М.Л. Методические подходы к исследованию тревоги / Методики диагностики психических состояний и анализа деятельности человека. – М., 2010. - С. 171-180.
3. Филимонов В.И. основы психофизиологии. Изд-во Мед пресс-информ. Питербург, 2016.- 320 с.
4. Van Dijn W.C., Verbrugh H.A., Peters R., Van Der Toll M.E. Peterson P.K., Verholf J. Echerichia Colli K Antigen in Relation to Serum Induced Lysis and Phagocytosis // J. Med. Microbiol., 2019.- Vol.12, №1-P.123-130.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

Кузиева Л.С., Азизов З.А., Салимзода Дж.М., Абдурахимов Б.Д.

¹ГУ «Научно-исследовательский институт экспертизы и реабилитации инвалидов» МЗСЗН РТ

²ГУ Лечебно-профилактический санаторий для инвалидов и ветеранов войны и труда «Харангон»

Актуальность. Поиск путей сохранения здоровья и увеличения продолжительности жизни человека имеет многовековую историю и остается одной из самых важных и актуальных проблем биологии и медицины. Формирование здорового образа жизни является одним из приоритетных направлений в системе формирования охраны здоровья населения. Вместе с тем в настоящее время нет единого видения на развитие и широкую интеграцию центров здоровья и санаторно-курортного комплексов (СКК) в республике.

Последнее время увеличение доли людей в возрасте 60+ населения в республике представляет реальную угрозу экономике страны и влияет на дальнейшее функционирование здравоохранения.

В настоящее время в обществе объективно повышается роль восстановительной медицины. Здоровье и работоспособность человека становятся необходимым капиталом для благополучия семьи, учреждения, фирмы, государства. И в связи с этим лечение больных должно включать комплексные программы реабилитации при различных заболеваниях. Решение данной проблемы все больше становится прерогативой амбулаторно-поликлинического звена [1, 3].

Исходя из этого, создание системы реабилитационно-восстановительных мероприятий, направленных на восстановление утраченных или сниженных функциональных возможностей организма вследствие заболевания, старости позволяет реализовать истинно профилактический принцип медицины. Следовательно, использование санаторно-курортного лечения (СКЛ) на этапах реабилитации способствует более быстрому выздоровлению и восстановлению. Таким образом, в реабилитационно-восстановительном процессе важно формирование оптимальных алгоритмов профилактических мероприятий. Взаимодействие и преемственность работы, совместная реализация существующих комплексных программ позволяют успешно осуществлять восстановление и сохранение здоровья населения.

Ключевые слова Санаторно-курортное лечение, восстановительная реабилитация, климатические факторы, здоровьесбережение.

Цель исследования. Изучить мировой опыт интеграции центров здоровья и санаторно-курорт-

ных комплексов в реабилитации и оценить эффективность реабилитационных мероприятий, в частности немедикаментозного лечения больных старческого возраста в условиях лечебно-профилактического санатория для инвалидов и ветеранов войны и труда «Харангон».

Материалы и методы исследования. Материалами исследования послужили данные исследований и рекомендаций ведущих курортологов Российской Федерации в области функционирования санаторно-курортной системы реабилитации. Так же многолетние наблюдения авторов за процессами лечения больных старше 60 лет на базе лечебно-профилактического санатория для инвалидов и ветеранов войны и труда «Харангон» - района Варзоб.

Результаты исследования и их обсуждение. По данным зарубежных авторов среди общего количества коечного фонда различных стран санатории, пансионаты, дома отдыха составляют лишь 23%, однако проводимые в них оздоровительные и профилактические мероприятия заболеваний позволяют существенно увеличить продолжительность жизни больных от 3 до 15 лет. В 2,4 раза уменьшается потребность в госпитализации, в 2,6–3 раза сокращаются расходы на лечение в поликлиниках и стационарах, в 1,8–2,6 раза уменьшаются выплаты по временной нетрудоспособности, в 2–3 раза снижается ущерб производству в связи с заболеваемостью рабочих и служащих. Экономический эффект от внедрения профилактических программ и разработок, по данным ВОЗ, достигает соотношения 1:8 [2, 4].

Курортология является несомненным достижением медицинской науки. Высокая эффективность новых методов санаторно-курортной терапии подтверждает правильность научных достижений. В свою очередь, курортная практика вносит свои дополнения и коррективы, результатом чего стали актуальные стандарты показания и противопоказания к СКЛ, а также создание системы восстановительного лечения и медицинской реабилитации (МР) в условиях санаториев. Санаторно-курортное лечение, традиционно рассматривают как третий этап лечения больных в системе оказания медицинской помощи «поликлиника – стационар – санаторий». Санаторно-курортный этап отличается

своими специфическими задачами, организационными формами и возможностями, обеспечивающими профилактику заболеваний, проведение лечения.

В сферу компетенции, нового направления – восстановительной медицины входит широкий круг вопросов сохранения здоровья и СКЛ является частью медицинской реабилитации и обладает максимальными возможностями по восстановлению организма в период ремиссии заболевания. Таким образом основными направлениями в работе санаторно-курортных комплексов являются реабилитационные мероприятия с приоритетным использованием климатических и природных факторов – лечебных минеральных вод, грязей, воздушных и солнечных ванн и др. В республике существует много мест имеющих вышеперечисленные факторы, и одним из таких мест является санаторий «Харангон», расположенный в 14 километрах от города Душанбе в районе Варзоб.

Ещё с советских времен климатический фон Харангона считался очень благоприятным для многих заболеваний, и в особенности для сердечно-сосудистых. Однако в начале 90 годов санатории, расположенные в этом регионе, прекратили функционировать. Лишь в 2005 году под патронажем Президента республики Эмомали Рахмона, на территории бывшего санатория для детей с заболеванием туберкулезом, был практически заново отстроен санаторный комплекс «Харангон» для участников войны, ветеранов труда и интернационалистов. В последние два года специфика контингента отдыхающих сместилась в сторону инвалидов.

На сегодняшний день санаторно-курортные учреждения отнесены к лечебно-профилактическим учреждениям, что определяет их важное место в общей системе лечебно-профилактической помощи. Санаторий как один из центров восстановительной медицины и реабилитации должен стремиться к оказанию высокотехнологической реабилитационной помощи, является базой для использования природных факторов и немедикаментозных методов лечения и профилактики многих заболеваний, в том числе коморбидных у людей пенсионного возраста.

В условиях санатория «Харангона» ежегодно за 6 месяцев успевает отдохнуть до 750-800 человек, исключение составили два предыдущих года. Из вышеперечисленного количества люди старческого возраста составляют около 50%. В половом отношении мужчины составляют 60%,

женщины 40% соответственно.

Перед курортами и санаториями в настоящее время стоят две важнейшие задачи:

1. Медицинское обслуживание в форме медицинской реабилитации хронически больных, в смысле вторичной профилактики, с целью укрепления остаточной сопротивляемости организма, и обучение больного образу жизни адекватному его заболеванию.

2. Оздоровительный отдых, в процессе которого отдыхающий получает важную информацию по предупреждению нарушений здоровья [5].

При соответствующей подготовке самих учреждений и при условии направления пациентов по показаниям санаторно-курортные учреждения потенциально обладают максимальными возможностями для проведения полноценной медицинской реабилитации. Кроме природных факторов, в лечебном процессе санатория очень важны новая обстановка, условия жизни, которые создает для больного курорт. В этом плане в санатории «Харангон» созданы все благоприятные условия для пребывания отдыхающих, кроме круглогодичного функционирования. Кроме того иногда направления в данный санаторий даются не по показаниям, в связи с чем некоторые больные остаются недовольны.

Санаторный режим может быть щадящим или тренирующим. В обоих случаях физические и психоэмоциональные нагрузки должны быть адекватными физиологическому состоянию сердечно-сосудистой, нервной и других систем больного и направлены на укрепление и восстановление его здоровья и работоспособности. Щадящий режим всегда предусматривает ограничение применения курортных факторов в случае наличия относительных противопоказаний. Тренирующий режим рассчитан на дозированное применение физических нагрузок. По мере приспособления организма к заданным нагрузкам, последние могут увеличиваться. При этом режиме больные ведут активный образ жизни с широким использованием немедикаментозных методов лечения. Следует отметить, что в Харангоне, в зависимости от нозологической формы заболевания и состояния, отдыхающим рекомендуются оба режима. Для больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями разработаны специальные маршруты «терренкуры».

По нозологическим формам большую часть 51% составляют заболевания связанные с поражением опорно-двигательного аппарата такие как остеохондроз, артрозо-артриты различной

этиологии, за ними следуют заболевания сердечно-сосудистой системы 30%, легочной системы, мочевыделительной системы 15% и 4% другие состояния. При этом следует отметить, что у отдыхающих пожилого возраста очень часто в 76% имелись одновременно более двух хронических заболеваний.

Лечебное питание, как один из методов реабилитации почти для всех курортов является одним из основных лечебных средств, и поэтому, его организации должно постоянно уделяться огромное внимание. Существующий на курортах институт специалистов диетологов призван не только обслуживать больных питанием, но и организовать это дело на основе определенных положений, методик, указаний и т.д. Следовательно, для стабилизации установленного в санатории порядка исключительную важность следует придавать организации режима питания. В санатории имеется диетсестра и отдыхающим предлагается специально разработанное меню в основном на 15 и 10 столов.

Развитие санаторно-курортной отрасли по своей специфике требует различной подготовки специалистов в зависимости от их деятельности. Для подготовки и осуществления лечебно-оздоровительной деятельности необходимо проводить подготовку специалистов двух направлений:

- 1) медицинского персонала
- 2) менеджеров курортного дела

Медицинский персонал, оказывающий услуги на курорте, должен иметь соответствующую подготовку. Работа врача-курортologa отличается от работы врачей других специальностей, так как он занимается долечиванием, реабилитацией больных, перенесших те или иные заболевания. Этим объясняется тот факт, что подходы к лечению в СКУ существенно отличаются от методов, применяемых в поликлиниках и стационарах. На курортах на первый план выходит использование природных лечебных факторов. В связи с этим, подготовка врача-курортologa требует иной направленности, чем у других врачей. Врач-курортлог, наряду с использованием возможности климатических факторов, природных лечебных ресурсов и физических методов лечения должен уметь использовать их комплексно. Однако, к сожалению всё вышеперечисленное в санатории «Харангон» из-за ряда объективных и субъективных причин не имеется.

Выводы. Преимущества СКЛ заключается во многих внешних факторах, это прежде всего, возможность использования климатических факторов, благоприятное психологическое воздействие

и психологическая поддержка, изменение среды обитания пациента и, связанное с этим, хотя и временное, ограничение влияния отрицательных агентов, а также возможность выстраивания и реализации полноценного реабилитационного комплекса

Хотя критерии эффективности санаторно-курортного лечения должны оцениваться принципами доказательной медицины: сравнительной оценки объективных данных до и после лечения, субъективная оценка состояния больного также может учитываться при анализе качества работы. Так у многих отдыхающих отмечалось значительное уменьшение жалоб по заболеванию либо их отсутствие, повышение физической работоспособности на 25%, уменьшение доз принимаемых препаратов (особенно у больных с синдромом гипертензии). Лица приезжающие повторно отдыхать в санаторий «Харангон» часто говорили о стойком улучшении состояния: отсутствие жалоб или резкое их снижение, отсутствие обострений основного заболевания в течение 6 месяцев, стабилизация достигнутых улучшений функциональных показателей, отсутствие необходимости в стационарном лечении.

Рекомендации.

1. Разработка на научной основе системы организационных мероприятий на основе современных статистических данных, а также подготовка предложений по созданию оптимальной структуры системы оздоровления в республике с оптимизацией деятельности входящих в нее элементов, включающих все виды оздоровительных и санаторно-курортных организаций, а также, возможно новых, таких как клиники управления здоровьем, позволит здравоохранению функционировать более эффективно.

Важной составляющей этой работы должно быть расширение сети оздоровительных организаций за счет оптимизации функционирующих на сегодняшний день санаторно-курортных объектов (СКО). Лучшие из санаториев, особенно профильные и многопрофильные, с хорошей материально-технической базой, необходимо сохранить в прежнем статусе как лечебно-профилактические организации и, возможно, еще более укрепить в части кадрового, методического обеспечения и оснащения современным медицинским оборудованием.

Особенно важно, что указанная реорганизация будет эффективна в отношении оказания санаторно-курортной и реабилитационной помощи людям

престарелого возраста, и инвалидам различных категорий.

2. Деятельность оздоровительных организаций должна ориентироваться на решение задач не только отдыха граждан, но и грамотного проведения оздоровительных мероприятий по здоровью сбережению на профессиональном уровне. Это позволит в целом сместить в оптимальном варианте акценты с чисто медицинских, лечебных мероприятий на профилактические, оздоровительные, сделав в результате значимый вклад в общее дело сохранения и укрепления здоровья граждан.

3. Необходимо переосмыслить роль курортологии и восстановительной медицины в здоровьесбережении. В связи с чем необходимо определить оптимальную схему взаимодействия всех структурных элементов указанной системы между собой, а также с организациями системы здравоохранения. При этом важными элементами организационной составляющей должны стать решение вопросов кадрового, методического (разработка научно обоснованных стандартов и критериев оздоровительных технологий) и материального обеспечения системы оздоровления, разработка маршрутизации нуждающихся в оздоровлении категорий населе-

ния в целях достижения наиболее эффективного результата в здоровьесбережении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Здоровье здорового человека: научные основы организации здравоохранения, восстановительной и экологической медицины / Под ред. А.Н. Разумова, В.И. Стародубова, А.И. Вялкова и др. 3-е изд., перераб. и доп. Москва: АНО «Международный университет восстановительной медицины», 2016 416 с.
2. Курортология // под ред. А.Н.Разумова, Е.А. Туровой. Москва: Университетская книга, 2016, 640 с.
3. Разумов А.Н. Медико-социальное значение курортов в сохранении и восстановлении здоровья населения //Материалы 69-го Международного конгресса водолечения и климатолечения ФЕМТЕК. Ялта, 2016,С. 265–270.
4. Разумов А.Н. Научно-практическое обеспечение реализации стратегии здоровьесбережения населения в рамках выполнения Указа Президента России «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» //Материалы Всероссийского научно-практического форума «Здравница-2019». Алушта, 2019 С. 2–11.
5. Толоконин А.О. Мировые оздоровительные технологии в восстановительной медицине // под. ред. А.Н. Разумова. Москва: Медицина; Шико, 2007 321с.

РОЛЬ РАЗВИТИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОЦЕССЕ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ

Латинова Н.М., Абдухалилов А.А.

Национальный Университет Республики Узбекистан имени Мирзо Улугбека

В последние годы мировое сообщество уделяет огромное внимание повышению качества жизни лиц с инвалидностью, формированию равных возможностей, созданию инклюзивного общества. В свою очередь развитие информационных технологий является важным элементом повышения качества жизни лиц с инвалидностью, так как именно посредством развития информационных технологий наблюдается процесс формирования неотъемлемых ассистивных средств для людей с инвалидностью. Как сказано в статье 9 Конвенции ООН о правах инвалидов: «Чтобы наделить инвалидов возможностью вести независимый образ жизни и всесторонне участвовать во всех аспектах жизни, государства-участники принимают надлежащие меры для обеспечения инвалидам доступа наравне с другими к физическому окружению, к транспорту, к информации и связи, включая информационно-коммуникационные технологии и

системы, а также к другим объектам и услугам, открытым или предоставляемым для населения, как в городских, так и в сельских районах. Эти меры, которые включают выявление и устранение препятствий и барьеров, мешающих доступности, должны распространяться, в частности:

а) на здания, дороги, транспорт и другие внутренние и внешние объекты, включая школы, жилые дома, медицинские учреждения и рабочие места;

б) на информационные, коммуникационные и другие службы, включая электронные службы и экстренные службы».

Необходимо отметить, что повышение качества жизни людей с инвалидностью является важнейшим показателем развитости общества в целом, поскольку повышение качества жизни лиц с инвалидностью свидетельствует не только о гуманности того или иного общества, но и о

степени развитости социальной инфраструктуры в той или иной стране. Исходя из этого необходимо отметить, что в последние годы в Узбекистане большое внимание уделяется повышению качества жизни лиц с инвалидностью. Свидетельством этого является принятие Указа Президента Республики Узбекистан «О мерах по кардинальному совершенствованию системы государственной поддержки лиц с инвалидностью» от 01.12.2017г. за №УП-5270, принятие Закона «О правах лиц с инвалидностью», вступивший в силу с января 2021 года, а также ратификация Конвенции ООН о правах инвалидов.

С позиции подхода качества жизни, благосостояние населения понимается как способность использования индивидуумом различных ресурсов (деньги, здоровье, образование, гражданские права) для управления собственной жизнью, расширения и выбора возможностей и действий. На наш взгляд именно наличие выбора в процессе расширения своих возможностей, своего потенциала отличает «качество жизни» от понятия «уровень жизни». В свою очередь информационные технологии позволяют людям с инвалидностью не только интегрироваться в социальное пространство, но и в какой-то мере выбирать сферу расширения своих возможностей.

Сегодня создаются новейшие адаптивные технологии, усиливающие альтернативные способы общения. В зависимости от вида и степени инвалидности промышленность предлагает специальные технические средства, тактильные аудио-дисплеи для незрячих пользователей, мониторы и принтеры Брайля, различные модификации клавиатуры и манипуляторов для людей с нарушением функции опорно-двигательной системы, специализированные мыши для людей с нарушением слуха и речи, специальные программные обеспечения синтеза речи, позволяющие инвалидам по зрению использовать глобальную сеть интернет в повседневной жизни. Для слабовидящих людей инженеры-разработчики создают специфические устройства, например, новые технологии Raikon, которые позволяют работать на компьютере движением глаз. Важным изобретением Университета Кинки явилось устройство управления курсором мыши на экране компьютера посредством дыхания человека в виде специальной трубки. Специальное устройство анализирует силу, длительность вдоха и выдоха, позиционируя указатель мыши. В Индии создан мобильный телефон для незрячих людей, который переводит текст в Брайль. Экран

такого телефона состоит из микроигл, которые, поднимаясь и опускаясь, формируют осязаемый рельеф. Людям с инвалидностью стали доступны и аддитивные технологии, 3D-печать активно используется в тифлотехнике, предлагая, например, подготовку рельефных фотоальбомов и создание брайлевских текстов с помощью 3D-принтера. Производители программного обеспечения делают также акцент на функциях, предназначенных для людей с инвалидностью, например, приложение GoogleGesture, переводящее язык жестов на обычный язык в режиме реального времени. При фиксации на руках специальных устройств в виде небольших ремешков путем электромиографии речь подвергается анализу, полученная информация передается в смартфон абонента. Наиболее распространенным программным обеспечением для людей с нарушением зрения является программа экранного доступа с увеличением шрифта и наиболее известными из них являются GeForce и Nvidia. Получив физическую возможность работать с компьютерной техникой, а также мобильными телефонами, люди с инвалидностью стали активно использовать глобальные сети, позволяющие реализовать особенные потребности, возникающие у всех категорий лиц с инвалидностью. С помощью информационных технологий люди с инвалидностью могут не только участвовать в процессах коммуникации, но и реализовывать свои потребности в диагностике, лечении, получать информацию о новых технических средствах реабилитации.

Всё чаще вопросы трудоустройства лиц с инвалидностью решаются посредством глобальных сетей. На рынке труда человек с инвалидностью будет востребован при условии постоянных своих конкурентных преимуществ, профессиональных знаний, опыта, личностных качеств и социальных компетенций. С возникновением новейших сетевых инструментов бизнеса, например, краудсорсинга, открываются дополнительные возможности трудоустройства инвалидов при домашней форме работы, а специализированные интернет-сообщества объединяют работодателей и сотрудников, готовых к взаимодействию на удаленной основе. Человек с особыми потребностями в профессиональных обстоятельствах может быть не менее, а даже более успешным, чем остальные. Сегодня работодатели проводят конкурсы для соискателей с инвалидностью, например, творческие лаборатории.

Важную функцию в процессе интеграции и социализации лиц с инвалидностью сегодня выполняют социальные сети. Ежегодно повышается интернет-сообщество интегрированного образования, инклюзивного воспитания, профессионального общения. Социальные сети способствуют психологическому сопровождению людей с инвалидностью, формируя адекватное отношение к своим и чужим ошибкам, принятие своих особенностей, самоуважение, оценивание своих возможностей, уверенность в своих силах, общение на равных¹.

Вместе с тем, как отмечают сами люди с инвалидностью, развитие информационных технологий приводит лиц с инвалидностью к дистанцированию от реальности. Многие молодые люди с инвалидностью предпочитают за место реальной интеграции с ее сложными проблемами и барьерами, непониманием общества виртуальную интеграцию, в которой они могут создавать любые желаемые ими образы. В свою очередь, отход от реальности и приближение к виртуальному миру может привести к возникновению новых форм изоляции лиц с инвалидностью. Для выявления проблем и перспектив в сфере использования информационных технологий нами было проведено 20 фокус-интервью среди экспертов по вопросам инвалидности. Интервьюированные эксперты – это члены общественных организаций, которые также являются людьми с инвалидностью. В процессе интервью применялся принцип «кросс-инвалидности». Так, в интервью приняли участие 5 лиц с проблемами опорно-двигательного аппарата, 5 лиц с нарушением зрения, 5 с лиц нарушением слуха и 5 лиц без инвалидности, осуществляющих свою деятельность по работе с людьми с интеллектуальной инвалидностью. В ходе интервью было выявлено, что несмотря на процессы совершенствования законодательства в сфере инвалидности в Узбекистане, существует ряд проблем, которые препятствуют развитию и внедрению информационных технологий в жизнь лиц с инвалидностью. Эксперты отмечают, что к этим проблемам относятся:

1. Отсутствие в законодательстве таких фундаментальных понятий Конвенции ООН о правах инвалидов, как универсальный дизайн, разумные приспособления, мобильность, ассистивные технологии и т.д.

2. Недостаточность льгот для производителей ассистивных технологий для лиц с инвалидностью.

Также экспертами отмечается, что в Узбеки-

стане на сегодняшний день низкая правоприменительная практика по защите интересов и прав лиц с инвалидностью. Опрошенные нами эксперты оценивают доступность к информационным технологиям лиц с инвалидностью как неудовлетворительную. Это связано со следующими факторами:

1. Наличие ярко выраженной дифференциации по доступу к интернету среди жителей села и города.

2. Отсутствие программного обеспечения на узбекском языке.

3. Недоступность для лиц с инвалидностью брайлевских принтеров, дисплеев.

4. В Узбекистане практически нет компаний, осуществляющих свою деятельность по производству информационных технологий для лиц с инвалидностью.

5. В школах, университетах практически отсутствуют информационные технологии для лиц с инвалидностью.

Основными востребованными технологиями, по мнению опрошенных нами экспертов, являются синтезаторы речи на узбекском языке, звуковые светофоры, программное обеспечение, осуществляющее сурдоперевод, программное обеспечение, направленное на воспитание детей с инвалидностью. Для развития информационных технологий для людей с инвалидностью необходимо обратить внимание на следующие механизмы:

1. Внедрение в законодательство и правовую практику нашей страны таких фундаментальных понятий Конвенции ООН о правах инвалидов, как универсальный дизайн, разумные приспособления, мобильность, ассистивные технологии и т.д.

2. Стимулирование разработчиков информационных технологий на деятельность, направленную на повышение качества жизни лиц с инвалидностью путем государственного заказа, грантов, привлечения зарубежных партнеров.

3. Вовлечение лиц с инвалидностью в процессы разработки информационных технологий. Лица с инвалидностью должны быть основными экспертами в процессе разработки тех или иных услуг.

4. Проведение мониторинга органами государственной власти в партнерстве с общественными организациями по вопросам правоприменительной практики.

Думается, что данные меры, впоследствии, будут способствовать повышению качества жизни лиц с инвалидностью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Конвенция ООН о правах инвалидов от 13 декабря 2006г. – С.6.
2. Указ Президента Республики Узбекистан «О мерах по кардинальному совершенствованию системы государственной поддержки лиц с инвалидностью» от 01.12.2017г. за №УП-5270.
3. Закон Республики Узбекистан «О правах лиц с

инвалидностью» от 15.10.2020г. за №ЗРУ-641.

4. Лаврентьева И.П., Кузнецов В.В., Григорьев В.В. Управление в социальной сфере. – У.: УлГТУ, 2009г. – С.10.

5. Бухтиярова И.Н. Информационные технологии как фактор формирования современного инклюзивного общества // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. №6-1. 2015г. – С.122-125.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ (COVID-19)

Магзумова Ф.П.¹, Азизов З.А.¹, Азизова Н.Н.².

¹ГУ «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» МЗ СЗН РТ

²ГОУ «Республиканский медицинский колледж»

Актуальность. Пандемия COVID-19 поставило перед специалистами здравоохранения задачи, связанные с быстрой диагностикой инфекции, оказанием специализированной медицинской помощи, реабилитацией и вторичной профилактикой. Коронавирусная инфекция наиболее чаще клинически проявляется в виде двусторонней пневмонии и в 3–4% случаев у больных регистрируется развитие острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) [1, 3].

В настоящий момент достоверной профессиональной информации об оказании помощи по медицинской реабилитации пациентам с COVID-19 недостаточно. Известно, что основной мишенью инфекции являются альвеолярные клетки II типа (AT2) легких. Однако при COVID-19 может развиваться катаральный гастроэнтероколит. При болезни также поражаются сосуды, миокард, почки и головной мозг. Изменение обоняния (аносмия) у больных на ранней стадии заболевания свидетельствует о поражении центральной нервной системы вирусом, проникающим через обонятельный нерв при вирусном поражении слизистой оболочки носа [2, 4].

У 80% пациентов заболевание протекает в легкой форме острой респираторной вирусной инфекции. У 20% больных болезнь протекает в тяжелой форме. Тяжелые формы чаще протекают у больных старше 60 лет, особенно имеющие сопутствующие заболевания, как сахарный диабет, артериальная гипертензия и другие сердечно-сосудистые заболевания [4].

Рекомендуется начинать мероприятия по медицинской реабилитации пациентов с коронавирусной пневмонией в условиях отделений

интенсивной терапии при достижении стабилизации состояния пациента и продолжать их после завершения лечения в стационаре в домашних условиях [3]. Мероприятия по медицинской реабилитации пациентов с коронавирусной пневмонией или респираторную реабилитацию рекомендовано проводить силами специалистов мультидисциплинарной бригады (лечащий врач, врач ЛФК, врач-физиотерапевт, инструктор-методист по ЛФК, медицинская сестра и другие специалисты), прошедших специальную подготовку в рамках специальных программ дополнительного профессионального образования (ДПО). Реабилитационные мероприятия должны быть направлены на восстановление функций внешнего дыхания, транспорта и утилизации кислорода тканями, органами и системами, толерантности к нагрузкам, психоэмоциональной стабильности, повседневной активности и участия [4, 5].

В терапевтическом отделении мероприятия по медицинской реабилитации пациентов с COVID-19 должны быть направлены на восстановление функционирования пациента, в частности:

- на улучшение вентиляции легких, газообмена и бронхиального клиренса;
- продолжение нутритивной поддержки;
- повышение общей физической выносливости пациентов;
- коррекцию мышечной слабости;
- повышение мобильности;
- преодоление стресса, беспокойства или депрессии;
- коррекцию нарушений сна [2, 4].

У всех пациентов с COVID-19 должны быть оценены нутритивный статус и индекс массы тела.

Наиболее перспективными для респираторной реабилитации являются первые два месяца после острого периода коронавирусной инфекции - период терапевтического окна [4].

Материалы и методы исследования. В клинике ГУ «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» с целью реабилитации находились 36 пациентов перенесших новую коронавирусную инфекцию. Из них 12 перенесли болезнь в тяжелой и 24 в средне-тяжелой степени. Возраст пациентов составил 43-68 лет. Среди пациентов 24 (66,6%) составили мужчины, 12 (33,4%) женщины. С целью оценки общего состояния и составление реабилитационной программы всем пациентам проведены клиничко-инструментальные и лабораторные обследования: электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ); оценка функции внешнего дыхания методом спирографии, оценка уровня SpO₂ сатурации крови кислородом методом пульсоксиметрии; клинический анализ крови с определением скорости оседания эритроцитов, оценкой числа тромбоцитов, коагулограммы, биохимический анализ крови с определением уровней калия и натрия крови, трансаминаз, общего белка, креатинина, а также общий анализ мочи.

Для оценки переносимости физической нагрузки всем пациентам применены тест шести минутной ходьбы, кардиопульмональное нагрузочное тестирование на беговой дорожке или велоэргометре с использованием рамп-протокола со ступенчато нарастающей нагрузкой от 10 до 30 ватт/мин с предварительным расчетом прироста мощности с учетом возраста, роста, веса и пола пациентов. Оценка переносимости физической нагрузки изучены по шкале Борга.

Для улучшения вентиляции и отхождения мокроты применены ингаляции муколитиков с использованием индивидуального компрессорного ингалятора, дренажных положений и дренажных дыхательных упражнений с удлиненным форсированным выдохом в зависимости от состояния пациента.

С целью улучшения аэрации легких, эластичности легочной ткани и бронхов использованы элементы дыхательной гимнастики.

Лечебные гимнастики применены в соответствии функциональным возможностям пациента.

Симптомы одышки, которые сохранялись в постковидном периоде мешали пациентам выполнять аэробные упражнения. В связи с этим таким пациентам применены упражнения ограниченные

во времени и физической нагрузки.

По показаниям больным применены аппаратные методы физиотерапии – гальванизация и лекарственный электрофорез, УВЧ, УФО терапия, Инфракрасное лазерное излучение и другие методы.

С целью улучшения настроения пациентов, суточных ритмов и качества сна пациентам назначены гипнотики, антидепрессанты, транквилизаторы и бензодиазепины.

Больные, имеющие сопутствующие патологии были проконсультированы специалистами – кардиологами, пульмонологами, эндокринологами. На основании рекомендации специалистов больным назначены соответствующее лечение.

Средняя продолжительность реабилитационных мероприятий продолжались 7-12 дней.

Результаты исследования. Перед выпиской проведена оценка общего состояния пациентов и лабораторных показателей (табл. 1).

Показатели	При поступлении	При выписке
Уровень SpO ₂	90-94	94-98
Гемоглобин	98-116 г/л	110-150 г/л
Общий белок	55-65 г/л	68-75 г/л
Индекс массы тела	14-18	19-24
Шкала Борга	5-8	2-5

Как видно из таблицы по окончании курса реабилитации у пациентов отмечалось улучшение общего состояния, лабораторных показателей и физической работоспособности.

Пациентам после выписки рекомендованы продолжение реабилитационных мероприятий в условиях центров здоровья и дома под контролем семейного врача.

Заключение. Всем больным, перенесшим коронавирусную инфекцию (Covid - 19) рекомендуется проходить курсы реабилитации с целью улучшения общего состояния, восстановления физической и психологической работоспособности. Реабилитационные курсы бесспорно улучшают физическую и психологическую работоспособность пациентов и позволяют раннему их восстановлению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 6 (28.04.2020)» (утв. Минздравом России).
2. Белкин А.А. Реабилитация в интенсивной тера-

пии. Клинические рекомендации / А.А. Белкин, И.А. Авдюнина, Н.А. Варако и др // Вестник восстановительной медицины. 2017. № 2. - С. 139-143.

3. Ватутин Н.Т. Лечебная реабилитация в комплексном лечении пациентов с хронической обструктивной болезнью легких: место глубокого йоговского дыхания / Р.Т. Ватутин, А.С. Смирнова, Г.Г. Тарадин, Е.С. Гасендич // Вестник восстановительной медицины. 2016.- № 2.- С. 62-68.

4. Иванова Г.Е., Баландина И.Н., Бахтина И.С. и др.

Медицинская реабилитация при новой коронавирусной инфекции (COVID-19). / Г.Е. Иванова, И.Н. Баландина, И.С. Бахтина и др //Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация.2020;2(2):140–189. DOI: <https://doi.org/10.36425/rehab34231>

5. Yang X, Yu Y, Xu J, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a singlecentered, retrospective, observational study. Lancet Respir Med. 2020;8(5):475–481. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30079-5.

НОВЫЕ ОРИЕНТИРЫ ПО ОКАЗАНИЮ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ И ИНВАЛИДАМ НА УРОВНЕ ОБЩИН В РАМКАХ ДЕСЯТИЛЕТИЯ ЗДОРОВОГО СТАРЕНИЯ (2021-2030 гг.)

Мунавварова У.М.

Филиал Ассоциации Каритас Германия в Таджикистане

Актуальность. Население во всем мире стареет более быстрыми темпами, чем раньше. Уже сейчас насчитывается более 1 миллиарда человек в возрасте 60 лет и старше, большинство из которых проживает в странах с низким и средним уровнем доходов. Многие пожилые люди не имеют доступа даже к основным ресурсам, необходимым для жизни, полной смысла и достоинства. Другие сталкиваются с множеством препятствий, мешающих их полноценному участию в жизни общества [1].

Государственная поддержка пожилых людей и инвалидов и развитие системы социальной защиты и социальных гарантий являются одними из приоритетных направлений социальной политики Республики Таджикистан. Это обусловлено Конституцией, провозглашающей Республику Таджикистан социальным государством, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека.

Большинство людей с инвалидностью и пожилых граждан нуждаются в широком спектре медико-социальных услуг. Поэтому основным направлением деятельности учреждений медицинского и социального обслуживания становится улучшение межведомственного взаимодействия и качества обслуживания пожилых граждан и инвалидов с учетом индивидуальных потребностей. За последние годы сфера социального обслуживания в Таджикистане претерпела значительные изменения. Об этом свидетельствует стандартизация социальных услуг с внедрением механизма государственного социального заказа и привлечения негосударственного сектора оказания социальных услуг, разработка проекта «Государственной про-

граммы социальной поддержки пожилых людей на период до 2030 года» и т. д. Все эти меры направлены на повышение качества, эффективности и доступности социального обслуживания для пожилых и инвалидов.

Цель данной работы - рассмотреть новые подходы и ориентиры в целях повышения качества медико-социального обслуживания пожилых граждан и инвалидов, расширения спектра предоставляемых социальных услуг и внедрения инновационных технологий, форм, методик работы с данной категорией граждан с учётом рекомендаций Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в рамках Десятилетия здорового старения ООН (2021-2030гг).

Десятилетие здорового старения Организации Объединенных Наций (2021-2030 гг.)

Организация Объединенных Наций объявила 2021–2030 годы Десятилетием здорового старения. Это глобальное сотрудничество ООН, согласованное с последними десятью годами достижения Целей в области устойчивого развития (ЦУР), которое объединяет правительства, гражданское общество, международные агентства, профессионалов, академические круги, средства массовой информации и частный сектор для улучшения жизни пожилых людей, их семей и сообществ, в которых они живут. Десятилетие здорового старения открывает возможность для согласованных и непрерывных действий, инвестиций и других инициатив, нацеленных на поддержку здорового старения и обеспечения того, чтобы пожилые люди могли реализовать свой потенциал в условиях достоинства и равенства и в здоровой окружающей среде. Десятилетия здорового старения призвано

изменить способ взаимодействия лиц, определяющих политику, и различных поставщиков услуг с пожилыми людьми [2].

ВОЗ отводится лидирующая роль в организации международных инициатив, нацеленных на повышение качества жизни людей старшего возраста, их семей и сообществ. Согласно Базовому отчету ВОЗ для Десятилетия здорового старения по крайней мере 14% всех людей в возрасте 60 лет и старше - более 142 миллионов человек - в настоящее время не могут удовлетворить все свои основные повседневные потребности [3].

ВОЗ определяет «здоровое старение» как процесс развития и поддержания функциональных способностей, обеспечивающих благополучие в пожилом возрасте, «индивидуальную жизнеспособность» как сочетание всех физических и психических способностей человека, а «функциональные способности» – как сочетание и взаимодействие индивидуальной жизнеспособности с условиями жизни человека

Оптимизация «функциональных способностей» - это цель Десятилетия здорового старения, которое направлено на рассмотрение пяти взаимосвязанных способностей, которыми должны обладать все пожилые люди:

- способность удовлетворять основные потребности;
- продолжать учиться и принимать решения;
- быть мобильным;
- строить и поддерживать отношения;
- внести свой вклад в общество.

Здоровье играет ключевую роль в нашем опыте пожилых людей и в тех возможностях, которые открывает нам старение. Инициативы, в рамках Десятилетия, направлены на достижение следующих целей:

- изменить наше мышление, отношение и действия, касающиеся старости и старения;
- способствовать созданию таких сообществ, которые будут развивать потенциал людей старшего возраста, способствовать способности пожилых людей участвовать в жизни своих сообществ и общества и вносить в свой вклад;
- предоставлять комплексную помощь, включая услуги первичной медико-санитарной помощи, с учетом особых потребностей людей старшего возраста
- обеспечить доступ к долгосрочному уходу для пожилых людей, которые в нём нуждаются.

Люди старшего возраста и COVID-19. Пандемия COVID-19 высветила существующие пробелы в политике, системах и услугах во всех странах. Люди среднего и старшего возраста несут на себе основное бремя пандемии COVID-19, которая наглядно демонстрирует недостатки и слабые места самых разных систем, в том числе систем здравоохранения, долгосрочной помощи и поддержки, социальной защиты, финансов и распространения информации. Несмотря на то, что риск инфицирования COVID-19 распространяется на все возрастные группы, у пожилых людей велика вероятность развития тяжелой формы заболевания в связи с возрастными физиологическими изменениями и сопутствующими заболеваниями.

Области действий Десятилетия здорового старения ООН

Чтобы способствовать здоровому старению и улучшить жизнь пожилых людей, их семей и сообществ, потребуются фундаментальные изменения не только в наших действиях, но и в том, как мы думаем о возрасте и старении. Десятилетие предусматривает действия в четырехприоритетных направлениях [2]:

Благоприятная для пожилых людей среда. Физическая, социальная и экономическая среда являются важными детерминантами здорового старения и сильно влияют на опыт старения и возможности, которые открывает старение. Благоприятная для пожилых людей среда - лучшее место для роста, жизни, работы, игр и старения. Они создаются путем устранения физических и социальных барьеров и внедрения политики, систем, услуг, продуктов и технологий, направленных на социальные детерминанты здорового старения и позволяющих людям, даже когда они теряют способность, продолжать делать то, что они ценят.

Борьба с эйджизмом. Несмотря на большой вклад пожилых людей в жизнь общества и их широкое разнообразие, негативное отношение к пожилым людям широко распространено в обществе и редко подвергается сомнению. Стереотипы (как мы думаем), предрассудки (как мы себя чувствуем) и дискриминация (как мы действуем) по отношению к людям на основании их возраста, эйджизма затрагивают людей всех возрастов, но особенно пагубно влияют на здоровье и благополучие пожилых людей.

Комплексный уход. Пожилым людям необходим недискриминационный доступ к высококачественным основным медицинским услугам, включая профилактику; продвижение; лечебная,

реабилитационная, паллиативная помощь и помощь в конце жизни; безопасные, доступные, эффективные и качественные основные лекарственные средства и вакцины; стоматологическая помощь, а также медицинские и вспомогательные технологии, гарантируя, что использование этих услуг не вызовет финансовых затруднений у пользователя

Длительный (долговременный) уход. Значительное снижение физических и умственных способностей может ограничить способность пожилых людей заботиться о себе и участвовать в жизни общества. Доступ к реабилитации, вспомогательным технологиям и поддерживающей инклюзивной среде может улучшить ситуацию; однако многие люди достигают в своей жизни точки, когда они больше не могут заботиться о себе без поддержки и помощи. Доступ к качественному долгосрочному уходу необходим таким людям для сохранения своих функциональных способностей, соблюдения основных прав человека и достойной жизни.

Факторы, способствующие Десятилетию здорового старения

Голос и взаимодействие. Взаимодействие с самими пожилыми людьми будет иметь решающее значение для каждой из сфер деятельности, поскольку они являются проводниками перемен, а также бенефициарами услуг. Их голоса должны быть услышаны, их неотъемлемое достоинство и личная автономия должны уважаться, а их право человека на полноценное участие в жизни общества должно поощряться и защищаться.

Лидерство и наращивание потенциала. Содействие здоровому старению и сокращение неравенства требуют эффективного управления и руководства для разработки соответствующих законов, политики, национальных рамок, финансовых ресурсов и механизмов подотчетности во всех секторах и на всех административных уровнях. Наращивание потенциала может помочь различным заинтересованным сторонам в развитии соответствующих компетенций и обеспечении того, чтобы пожилые люди чувствовали себя здоровыми и благополучными и пользовались своими правами человека.

Подключение заинтересованных сторон. Чем больше заинтересованных сторон связано между секторами и дисциплинами, тем больше у них возможностей для использования ресурсов, обмена знаниями и опытом, поддержки распространения политики и конкретных действий.

Десятилетие будет способствовать установлению контактов между заинтересованными сторонами для обучения, обмена и согласования действий.

Укрепление исследований, данных и инноваций. Пожилые люди не являются однородной группой, и данные необходимо дезагрегировать, чтобы лучше понимать проблемы, влияющие на их здоровье и благополучие. Десятилетие укрепит данные и исследования, чтобы помочь информировать и побудить к действиям на национальном и местном уровнях, которые способствуют здоровому старению.

Исходя из вышеуказанных приоритетных направлений ВОЗ разработала «Рекомендации по оказанию помощи при снижении естественных способностей у пожилых людей» для систем здравоохранения и социальной защиты на уровне общин [4, 5].

Эти рекомендации были сформулированы на основе консенсуса группой по разработке руководящих принципов, организованной ВОЗ. В своих решениях группа опиралась на обобщение ряда систематических обзоров и фактических данных по наиболее значимым секторам для оказания помощи пожилым людям на уровне общин. Полный текст рекомендаций представлен на веб-сайте ВОЗ, включая сводки фактических данных, подготовленные по результатам систематических обзоров¹.

Почему необходимы Рекомендации по оказанию комплексной помощи пожилым людям?

Всеобщий охват услугами здравоохранения лежит в основе достижения Цели в области устойчивого развития 3 (ЦУР 3) ООН в отношении здоровья и благополучия. ЦУР 3 невозможно достичь, не принимая во внимание потребности постоянно увеличивающегося числа пожилых людей в услугах здравоохранения и социальной помощи.

В настоящее время системы здравоохранения лучше приспособлены к реагированию на эпизодические потребности в медицинской помощи, чем к удовлетворению более сложных, хронических потребностей, которые обычно возникают с возрастом. Существует потребность в разработке и применении комплексных скоординированных подходов к оказанию первичной медицинской помощи, с помощью которых можно предотвращать, замедлять или обращать вспять снижение индивидуальной жизнеспособности, а в тех случаях, когда такое снижение неизбежно, помогать пожилым людям компенсировать его таким образом, чтобы они могли максимально использовать свои функциональные способности.

Подходы, ориентированные на оказание комплексной помощи, должны применяться по месту жительства, исходить из потребностей пожилых людей, а не поставщиков услуг, и обеспечивать эффективную координацию с системами долгосрочной помощи.

Что представляют собой «Рекомендации по оказанию комплексной помощи пожилым людям»?

Рекомендации по оказанию комплексной помощи пожилым людям содержат научно обоснованные руководящие указания по следующим вопросам:

- комплексная оценка состояния здоровья пожилых людей
- оказание комплексной медицинской помощи, позволяющей пожилым людям сохранять их физические и психические способности и/или замедлять либо обращать вспять любое снижение таких способностей
- оказание поддержки лицам, осуществляющим уход.

Как следует оказывать комплексную помощь пожилым людям?

Услуги должны быть ориентированы на потребности пожилых людей, а не на потребности служб, оказывающих такие услуги. Кроме того, услуги должны отвечать разнообразию потребностей пожилых людей – от тех, кто сохраняет высокий и стабильный уровень индивидуальной жизнеспособности, и тех, чьи способности снижаются, до тех, чьи способности ухудшились настолько, что возникает потребность в уходе и поддержке со стороны других людей. Для оказания комплексной помощи пожилым людям потребуется преобразование структуры и деятельности служб здравоохранения и социальной защиты. К важным элементам комплексной помощи на уровне общин относятся следующие:

- комплексная оценка и план оказания помощи, информация о которых предоставляется всем поставщикам услуг;
- единые для всех поставщиков услуг цели ухода и лечения;
- информационно-разъяснительная работа в общинах и мероприятия на дому;
- поддержка способности к самообслуживанию
- комплексные процессы мониторинга и направления к специалистам;
- привлечение к участию общин и оказание поддержки людям, осуществляющим уход.

Комплексная помощь пожилым людям на уровне общин должна охватывать следующие области, которые обеспечивают индивидуальную жизнеспособность и поддерживают функциональные способности:

Улучшение опорно-двигательных функций, повышение подвижности и бодрости

1. Пожилым людям со снижающимися физическими способностями, которые оцениваются с помощью измерения скорости ходьбы, силы мышц и других показателей физической выносливости, следует рекомендовать комбинированные физические упражнения, в том числе силовые тренировки с постепенным увеличением нагрузки и другие элементы физической подготовки (тренировка равновесия, гибкости и аэробные упражнения).

2. Пожилым людям, страдающим от истощения, необходимо рекомендовать дополнительное питание и советы по питанию.

Потеря мышечной массы и силы, снижение гибкости и проблемы с равновесием могут приводить к ослаблению подвижности и мобильности. Состояние питания может ухудшаться из-за физиологических изменений, нередко сопровождающих старение, и, в свою очередь, отрицательно воздействовать на бодрость и подвижность. Мероприятия по улучшению питания и стимулированию физической активности, включенные в планы оказания помощи и осуществляемые на комплексной основе, способны замедлить, остановить или обратить вспять снижение индивидуальной жизнеспособности.

Сохранение сенсорных способностей

1. Пожилым людям необходимо обеспечивать регулярный скрининг в центрах оказания первичной помощи для выявления нарушений зрения, а также своевременную комплексную офтальмологическую помощь

2. В целях своевременного выявления и помощи при потере слуха пожилым людям следует обеспечивать скрининг слуха с последующим предоставлением слуховых аппаратов

Старение часто сопровождается потерей слуха и/или зрения, которая ограничивает подвижность, социальное взаимодействие и участие в жизни общества и может повышать риск падений. Сенсорные проблемы легко решаются с помощью простых и экономичных стратегий, таких как предоставление корректирующих очков и слуховых аппаратов, хирургическое лечение катаракты и адаптация окружающей среды.

Профилактика тяжелых когнитивных на-

рушений и содействие психологическому благополучию

1. Пожилым людям с когнитивными нарушениями, вне зависимости от того, был ли им официально поставлен диагноз «деменция», может быть предложена когнитивная стимуляция.

2. Пожилым людям, испытывающим симптомы депрессии, могут быть предложены краткосрочные меры психологической помощи с четкой структурой в соответствии с Руководящими указаниями по мерам вмешательства Программы ВОЗ по заполнению пробелов в области охраны психического здоровья, которые должны осуществляться специалистами здравоохранения, хорошо знакомыми с оказанием психиатрической помощи пожилым людям

Когнитивные нарушения и психологические трудности очень часто сопровождают друг друга. Они негативно влияют на способность человека организовывать свою повседневную жизнь, например, управлять финансами и совершать покупки, а также на социальное функционирование. Когнитивная стимулирующая терапия, которая представляет собой программу мероприятий различной тематики, а также краткосрочная психологическая помощь играют критически важную роль в профилактике значительной утраты умственных способностей и предотвращении зависимости от ухода в пожилом возрасте.

Помощь при состояниях, связанных с возрастом, таких как недержание мочи

1. В качестве решения проблемы недержания мочи пожилым людям с когнитивными нарушениями может быть предложено индуцированное мочеиспускание.

2. Пожилым женщинам с недержанием мочи (ургентным, стрессовым или смешанным) следует рекомендовать упражнения для укрепления мышц тазового дна, отдельно или в сочетании со стратегиями контроля мочевого пузыря и самомониторингом.

Недержание мочи – непроизвольное мочеиспускание – встречается приблизительно у трети пожилых людей во всем мире. Психосоциальные последствия недержания мочи включают в себя утрату чувства собственного достоинства, ограничение социальной и сексуальной жизни и депрессию. Упражнения для мышц тазового дна укрепляют мышцы, поддерживающие уретру, способствуют ее более плотному закрытию и являются эффективным средством против ургентного мочеиспускания.

Профилактика падений

Пожилым людям, подвергающимся риску падений, может быть рекомендован пересмотр медикаментозного лечения и отказ от него (если речь идет о ненужных или вредных лекарственных средствах).

1. Пожилым людям, подвергающимся риску падений, следует рекомендовать комбинированные физические упражнения (тренировку равновесия, гибкости, силовые упражнения и функциональные тренировки)

2. Пожилым людям, подвергающимся риску падений, необходимо рекомендовать устранение опасных элементов, т. е. по результатам оценки, проведенной специалистами, произвести изменения в доме, с тем чтобы устранить опасные элементы, которые могут создавать условия для падения

3. Для снижения риска или частоты падений у пожилых людей можно рекомендовать меры вмешательства, учитывающие разные факторы, которые включают в себя оценку и индивидуально подобранные меры.

Падения являются ведущей причиной госпитализации и связанных с травматизмом случаев смерти у пожилых людей. Падения происходят из-за сочетания факторов окружающей среды (незакрепленные ковры, беспорядок, плохое освещение и т. п.) и индивидуальных факторов (системные нарушения контроля положения тела). К факторам, снижающим риск падений среди пожилых людей, относятся упражнения, физическая терапия, оценка опасностей, имеющихся в доме, и соответствующее приспособление жилой среды, а также, при необходимости, отказ от психотропных средств.

Оказание поддержки людям, осуществляющим уход

1. Членам семьи и другим лицам, осуществляющим неофициальный уход за пожилыми людьми, зависящими от помощи, должны предоставляться психологическая помощь, обучение и поддержка, особенно (хотя и не исключительно) в тех случаях, когда потребности в уходе отличаются сложностью и разнообразием или у лица, осуществляющего уход, наблюдается значительное переутомление.

Люди, осуществляющие уход за пациентами с тяжелой утратой естественных способностей, подвержены более высокому риску психологического стресса и депрессии. Стресс или бремя, связанные с осуществлением ухода, оказывают глубокое негативное воздействие на физическое, эмоциональное состояние и экономическое положение женщин и

других людей, осуществляющих неоплачиваемый уход. Людям, осуществляющим уход и переживающим стресс, необходимо обеспечивать оценку их потребностей и доступ к психологической помощи и обучению.

Таким образом, Рекомендации по оказанию комплексной помощи пожилым людям:

- призваны помочь специалистам здравоохранения и социальной защиты выявлять снижение физических и психических способностей и осуществлять эффективные мероприятия, направленные на профилактику и замедление ухудшений.
- будут полезны в том числе при разработке национальных руководящих принципов.
- могут служить руководством для включения мероприятий, содействующих здоровому старению, в базовый пакет услуг в рамках усилий по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения и социальной защиты.

Выводы. Десятилетие здорового старения служит напоминанием о необходимости принимать во внимание особые потребности людей старшего возраста и о возможностях, которые открывает старший возраст, при разработке различных мероприятий в рамках Государственной программы социальной поддержки пожилых людей в РТ, которая должна учитывать следующие аспекты:

- обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения и социальной защиты требует учета аспектов старения и особых потребностей людей старшего возраста;
- обеспечение более оптимальной защиты при чрезвычайных ситуациях, в том числе и в области здравоохранения (такие как пандемия COVID -19), требует, чтобы люди старшего возраста, равно как и другие потенциально уязвимые категории людей, не были оставлены без внимания;
- многие меры общественного здравоохранения и социальной защиты, которые обеспечивают здоровую жизнь и благополучие для каждого человека в любом возрасте, высоко эффективны применительно даже к самым старшим группам населения.
- старение населения влияет не только на системы здравоохранения и социальной защиты, но также и на многие другие аспекты жизни и общества, включая рынок труда и финансовые рынки, а также спрос на товары и услуги, такие как образование, жилье

и информация.

Рекомендации для разработки национальных руководящих принципов по здоровому старению в Таджикистане:

- Инициативы в рамках Десятилетия здорового старения должны проходить с полноценным участием людей старшего возраста, которым отводится центральная роль.
- Если мы хотим добиться успеха в обеспечении изменений, предусмотренных в рамках Десятилетия, нам нужны новые методы и технологии работы с пожилыми людьми.
- Необходимо развивать межсекторальный подход, охватывающий все аспекты жизни. Таким подходом является программа ВОЗ Инклюзивное развитие на уровне общин или Реабилитация на уровне общин (РУО), который достаточно эффективно внедряется и поддерживается в Таджикистане.
- Пересмотреть существующие стандарты социальных услуг для пожилых людей с учётом глобальных стандартов и рекомендаций ВОЗ.
- Внедрить Международную классификацию функционирования (МКФ) для оценки уровня ограничений жизнедеятельности и инвалидности и разработки плана комплексной помощи людям пожилого возраста и инвалидам.
- Улучшить сбор данных о получателях социальных услуг и развивать систему направлений на другие услуги.
- Включить социальные услуги на уровне общин для пожилых людей в список услуг, претендующих на Государственный социальный заказ.
- Развивать и поддерживать социальную работу в стране и профессию социального работника, а также улучшить систему подготовки кадров для социальных служб по работе с пожилыми людьми, включая подготовку специалистов по социальному обслуживанию, физических терапевтов, эрготерапевтов, специалистов по реабилитации, специалистов по трудоустройству, персональных ассистентов, сиделок, реабилитационных работников на уровне сообществ и др.
- Повысить имидж и престиж социальной работы, как очень востребованной и нужной профессии и всячески поощрять развитие профессиональных сообществ.

- Развивать глобальное взаимодействие и сотрудничество специалистов по вопросам здорового старения на уровне стран СНГ, Центральной Азии и Азиатского региона в целом с целью обмена передовыми социальными практиками и технологиями по работе с пожилыми людьми и инвалидами.

«Пандемия COVID-19 совершенно очевидным образом продемонстрировала, насколько уязвимы пожилые люди, особенно наиболее маргинализованные, часто сталкивающиеся одновременно с дискриминацией и различными препятствиями просто потому, что эти люди бедны, имеют инвалидность, являются одинокими или принадлежат к меньшинствам, — сказала Наталия Канем, Исполнительный директор Фонда ООН в области народонаселения. Давайте сделаем так, чтобы этот кризис стал поворотным моментом в том, как мы относимся к пожилым людям, обращаемся с ними и удовлетворяем их потребности, чтобы вместе мы смогли построить мир здоровья, благополучия и

достоинства для людей всех возрастов, — мир, в котором все мы хотим жить».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. План действий Десятилетия здорового старения <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing/>
2. Десятилетие здорового старения ООН (2021–2030). Области действия десятилетия <https://www.who.int/ru/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>
3. Десятилетие здорового старения на период 2020–2030 гг. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-ru.pdf?sfvrsn=64fd27ba_6
4. Комплексная помощь пожилым людям. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 г. (<https://www.who.int/ageing/health-systems/icope/en/>, по состоянию на ноябрь 2019 г.).
5. Руководство ВОЗ. Рекомендации по реализации мероприятий на уровне местных сообществ для контроля снижения индивидуальной жизнеспособности. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258981>

ИНТЕГРАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

¹Назармамадова С., ²Ашрапова С.Т., ³Саидов Х.М. ³Ходжаева Ш.А.

ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»¹

ГОУ «Таджикский национальный университет»²

ГУ «НИИ профилактической медицины Таджикистана»³

Актуальность. Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) важная часть функционирования любой национальной системы здравоохранения. Она должна быть ориентирована на нужды общины, при соответствующем первичном обслуживании, основанном на определении приоритетов [1, 4].

Общепризнанно, что сильная система ПМСП дает лучшие показатели здоровья населения при меньших затратах и более высокой общественной удовлетворенности медицинской и социальной помощью [2]. Оптимизация системы здравоохранения, доступность и качество медико-санитарной помощи – важнейшая задача социальной политики государства [5].

Многие проблемы социальной сферы могут быть решены при создании устойчивой системы ПМСП. Поэтому во всем мире продолжается процесс совершенствования и укрепления этой службы, главным направлением которого является ориентация на нужды населения в целом и

каждой семьи по отдельности [2, 6]. Реализация социально-ориентированной модели медицинского обслуживания заставляет совершенно по иному взглянуть на сущность и принципы организации амбулаторно-поликлинических учреждений [1].

Более 70% населения, обращающегося за медицинской помощью, начинают и заканчивают обследование и лечение на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ), в которых решается большинство медико-социальных проблем. От состояния амбулаторно-поликлинической помощи во многом зависит эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения [4].

В условиях роста числа социальных заболеваний возникла потребность решения взаимосвязанных задач медицинского и социального характера на качественно новом уровне. Эту задачу можно решить только с помощью интегрированных механизмов, форм и методов охраны здоровья населения [5].

В мировой практике в структуре медицинских

организаций имеются социальные службы, что является нормой деятельности системы здравоохранения [6]. Принимая во внимание опыт ряда развитых стран и стремление к улучшению состояния здоровья членов сообщества, входящего в сферу обслуживания ПМСП, государство приняло решение о расширении спектра предоставляемых услуг за счет категорий, которые традиционно не включались в сферу семейной медицины.

Первым шагом на этом пути становится вовлечение социальных работников по совместной деятельности на первичном уровне медико-санитарного и социального обслуживания населения.

Целью исследования—изучить ход интеграции и оценить деятельность социальных работников в учреждениях ПМСП Республики Таджикистан.

Материалы и методы исследования. Изучены отчеты о деятельности социальных работников, интегрированных в учреждений ПМСП в период 2016-2018 гг., а также данные Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан. В целях изучения деятельности социальных работников в учреждениях первичного звена здравоохранения проведен анализ промежуточных индикаторов, количество социальных работников по регионам, спектр и объем оказанных услуг, лица оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в т.ч. подвергшихся насилию и жестокому обращению, особенно женщин и подростки. В целевые группы входили 650 больных и (65,5% мужчин и 34,5% женщин), инвалидов, лиц без определенного места жительства жителей различных городов и регионов страны. Исследование проведено с использованием метода экспертных оценок.

Результаты и обсуждение. Следует отметить, что целостный подход к охране здоровья в разных организационных формах осуществляется в ряде стран ближнего и дальнего зарубежья. В Таджикистане созданы правовые, экономические и организационные условия предоставления медико-санитарной помощи, которая соответствует современным требованиям, в т.ч. уровню медицинской науки и ресурсам, имеющимся у государства и граждан.

В учреждениях ПМСП основной комплекс медико-санитарных, лечебных и профилактических мер выполняется медицинским персоналом. Что же касается социальных работников, то они выполняют функцию вспомогательного звена, разгружают медицинский персонал от несвойственной ему профессиональной деятельности. При этом, определяется объем социально-медицинских, со-

циально-психологических, социально-правовых, социально-педагогических, социально-бытовых, социально-культурных и социально-экономических услуг конкретному лицу или семье.

Одним из подразделений местного исполнительного органа является отделение социальной помощи на дому, которое предоставляет нуждающимся помощь в сложных жизненных ситуациях и параллельно проводит профилактическую работу среди уязвимых групп населения.

Деятельность социального работника в сфере здравоохранения регламентирована приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 20 декабря 2015 года, №7 «Об утверждении методических рекомендаций по организации деятельности социального работника в сфере здравоохранения и социальной защиты населения», в котором обозначены основные функциональные обязанности социальных работников, а также условия для формирования целевых групп, из лиц (в семье, общине) находящихся в трудной жизненной ситуации (ТЖС). Это неблагополучные (конфликтные, кризисные, проблемные); малообеспеченные и бедные семьи, безработные с низким уровнем установленного прожиточного минимума одинокие, пожилые люди старше 70 лет, в т.ч. лица, неспособные к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом и последствий болезни и другие.

При этом, мониторинг и оценка деятельности социальных работников проводится по промежуточным индикаторы процесса и индикаторам результата в соответствии с распоряжениями Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 30 сентября 2014 года №03 «Об утверждении стандарта оказания специальных социальных услуг в области здравоохранения социальной защиты населения» и Закона Республики Таджикистан “О государственных социальных стандартах” от 19 мая 2009 г., №528.

При численности населения Республики Таджикистан более 8 млн. в 2017 году доля нуждающихся в специальных социальных услугах (ССУ) составила 12876 человек (6,2%), а в 2018 году составило 18532 (9,0%) согласно представленным отчетам, проведен анализ деятельности социальных работников и численности целевых групп в разрезе областей городов и районов Республики Таджикистан. Количество лиц в целевых группах, оказавшихся в тяжелой жизненной ситуации, в

целом за 2018 год составило 204850 человек.¹

Наибольшее количество лиц, нуждающихся в ССУ (65,2%), по данным отчета за 2016 год зарегистрировано в Согдийской (21,4%) и Хатлонской (18,1%), РРП (15,8). Наименьшая доля лиц целевых групп в ГБАО (4,9%), и в г.Душанбе (5,0%). Высокий процент лиц, 9,0% оказавшихся в тяжелых жизненных ситуациях (ТЖС) в таких областях как Согд (СО) и ГБАО можно объяснить преобладанием лиц пожилого возраста, бедностью и низкой активностью социально-профилактической деятельности учреждений первичной медико-санитарной помощи.

Пожилые люди являются небольшой целевой группой в социальной сфере деятельности учреждений ПМСП, что соответствует численности их, равной более чем 5,3% в целом по стране.

Подобная ситуация может свидетельствовать о неправильном формировании целевых групп, по причине слабых знаний нормативных документов по социальной работе в области здравоохранения или обычных приписках и других должностных подлогах.

В 2018 году отделами социально-профилактической помощи ПМСП зарегистрировано 9553 лиц, подвергшимся бытовому насилию и жестокому обращению. Третью часть этой целевой группы составляют жители Хатлонской области 3082 (32,2%) человек, причем 60,5% из них дети и подростки. В связи с этим социальным работникам данного региона следует усилить взаимодействие с отделами по правам ребенка (ОПР), органами внутренних дел и комиссиями по делам несовершеннолетних, привлекая к своей сфере деятельности неправительственные организации. Также есть необходимость установить единые измеряемые критерии для отнесения лица (семьи), оказавшейся в ТЖС к той или иной целевой группе, что даст возможность исключить предоставление некорректных отчетных данных.

Число суицидальных попыток и завершенных суицидов среди женщин, подростков и молодежи задва истекших года составило по Республики Таджикистан более 1000 случаев. Оценить их в динамике не представляется возможным ввиду отсутствия официальных данных за прошлые годы. Среди индикаторов процесса наиболее значимым является количество консультаций социальных работников со специалистами других организаций и ведомств, составившее 2433 встречи.

Этот показатель свидетельствует о положительном стороне в работе социальных служб в направлении межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны здоровья граждан и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия в рамках реализации государственных программ.

На постоянной основе социальные работники и психологи ведут прием как в самой учреждении ПМСП, так и при посещении пациентов на дому (патронажные). Всего таких случаев по республике за 2017-2018 гг. составило 10811. При этом 43,0% случаев составили приемы в организациях и учреждениях ПМСП, в 57,0% - на дому.

Как отмечено выше, индикатором деятельности специалистов работающих на участках и социальных работников ПМСП является «количество обращений пациентов старше 70 лет с хроническими и тяжелыми формами заболеваний, а также лица находящихся на диспансерных учетах на станцию скорой и неотложной медицинской помощи в часы работы организаций амбулаторно-поликлинических учреждений».

Важнейшим фактором, обуславливающим рост потребности в экстренной медицинской помощи, является ослабление лечебно-профилактической деятельности, приводящее к хронизации и повышению частоты обострения заболеваний. Более 5,0% хронических больных в течение года потребляют 25,0% объемов услуг скорой медицинской помощи; ежегодно каждый четвертый житель обращается в «скорую», а каждый 10-й госпитализируется по экстренным показаниям.

В 2018 году по вышеуказанному индикатору зарегистрировано по республике 6424 обращений. В настоящее время этот вопрос остается проблемным как для организаций скорой и неотложной помощи, так и для ПМСП. С внедрением программы реформирования здравоохранения и усилением роли ПМСП запланировано уменьшить количество обращений за скорой и неотложной помощью в период с 8 до 18 часов, тем самым снизив нагрузку на учреждения скорой и неотложной помощи.

Один из важных индикаторов результата работы социальных служб является количество первичных и повторных обращений к их работнику. Данный показатель характеризует эффективность работы, через правильно организованный график, координацию и активное взаимодействие с врачами, медицинскими сестрами для выявления пациентов, нуждающихся в медико-социальной

1. Предварительные данные за 2018 г.

помощи.

На таких соответствующих приемах социальный работник информирует население о факторах риска, профилактике и последствиях социально-значимых заболеваний, а также об основных нормативных документах, регулирующих права человека, обсуждают вопросы социальной защиты пациентов и членов их семей. Кроме того решаются вопросы социальной поддержки пациента, при необходимости-оказывается содействие в трудоустройстве, в устройстве несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации и т.д.

По республике социальными службами было удовлетворено 5383 обращений населения. Из них 52,0% приходится на первичные обращения и соответственно в 30,0% случаев на повторные. Данное соотношение свидетельствует о том, что большинство населения обращается повторно к социальным службам, проявляя некоторое доверие и ощущение поддержки и разрешении некоторых социальных вопросов.

Таким образом, необходимость проведения социальной работы в сфере здравоохранения обусловлена ухудшением здоровья населения и социально-экономического состояния отдельных слоев населения, а также решением проблем медико-социального характера на качественно новом уровне. Социальным работникам ПМСП необходимо активизировать работу в своем участке по выявлению лиц, оказавшихся в ТЖС.

Заключение. Проанализировав деятельность социальных служб за 2016-2018 годы можно заключить, что их работа способствует достижению эффективности учреждений ПМСП в трех аспектах: медицинском, социальном и экономической. При этом отражается своевременность выявления социально-значимых заболеваний через информирование и активное участие социальных работников в организации скрининговых осмотров, к тому же через организацию и проведение совместно с

медицинскими работниками санитарно-просветительной работы, пропагандируется ведение здорового образа жизни.

Социальная служба выявляет и непосредственно работает с целевыми группами, которые нуждаются в специальных услугах. Правильно организованная служба, несомненно, будет способствовать развитию и улучшению благополучия населения. Ежегодный контроль промежуточных индикаторов и результатов деятельности социальных служб и постепенное улучшение данных показателей будет способствовать достижению социальной эффективности ПМСП. Тем самым разгружается медицинский персонал, при решении социальных вопросов. В результате интеграции деятельности социальных работников и развитии социальной работы должно улучшаться здоровье населения и снизиться уровень социально значимых заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абзалова Р.А. Роль социального работника в здравоохранении. Методические рекомендации. – Астана, 2005. – 51с.
2. Беляевский А.И. Организационно-методические и технологические аспекты экспертизы временной не трудоспособности / А.И. Беляевский, Г.И. Чеченин. – Ульяновск, 2005. – 138 с.
3. Бушуева Г.А. Ползик Е.В. Тюков Ю.А. Некоторые подходы к оценке эффективности экономической деятельности лечебно-профилактических учреждений // Экономика здравоохранения. - 2000. -№7. – (46). - С.39-44.
4. Гусева С.Л. автореферат диссертации канд. мед. наук. Реформирование системы управления многопрофильной поликлиникой. - Москва, 2012.
5. Исмагулова Г.Г. Социальная работа в здравоохранении: проблемы и решения.//Клиническая медицина Казахстана №2(21).2011.С.104-105
6. Каримова М.Т., Муминова Ф.М., Бахирова С.С. Организация социальной работы в Таджикистане. – Изд.-во «Ирфон», 2011.- 186 с.

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ИНВАЛИДОВ

¹Норов З.Ш., ²Одинаева Н.В., ²Олимова М., ²Галчабекова М.

¹Городской центр здоровья г. Гиссар

²ГУ НИИ Медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов

Актуальность. Понятие качества жизни включает: удовлетворенность человека своим физическим, психическим и социальным благополучием; способность индивидуума (больного) функционировать в обществе соответственно своему по-

ложению и получать удовлетворение от жизни во всех ее аспектах; оно определяется тем, насколько болезнь не позволяет пациенту жить так, как он хотел бы.

«Качество жизни» (КЖ) - понятие, в широ-

ком смысле слова, охватывающее многие стороны жизни человека, связанные не только с состоянием его здоровья, но и условиями жизни, профессиональными способностями, работой, учебой, домашней обстановкой. Медицинские аспекты качества жизни включают влияние самого заболевания (его симптомов и признаков) и наступающего в результате болезни ограничения функциональной способности, а также влияние лечения на повседневную жизнедеятельность больного. Собственно «качество жизни» определяется, прежде всего, жалобами больного, его функциональными возможностями, восприятием больным жизненных изменений, связанных с заболеванием, уровнем общего благополучия, общей удовлетворенностью жизнью. Это понятие также включает способность сосредотачиваться, принимать решения, память, живость восприятия, сексуальную функцию, душевный комфорт.

Цель исследования. Изучение субъективной оценки качества жизни инвалидов контексте оказываемого реабилитационного воздействия.

Материал и методы исследования. Нами была разработана экспресс-методика, направленная на выявление у пациентов эффекта реабилитации, а также активизация различных видов деятельности, присутствующих в повседневной жизни испытуемых, в первую очередь, как доступность реабилитационных услуг и освоенность разнообразных и регулярных видов жизнедеятельности (умения, досуг, социально-бытовые навыки, субъективное чувство удовлетворенности, успешности и др.). Результаты исследования и их обсуждение. В НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов в течение двух лет находились на реабилитации 450 больных у которых на различных этапах лечения оценивалось качество жизни. Одной из методик по оценке качества жизни явилась методика P.Y. Hugenholtz and R.A.M. Erdman, 1995. Эта удобная экспресс-методика для оценки качества жизни позволяет быстро выявить как сам «больной» оценивает различные стороны своей жизни, в какой степени имеющиеся ограничения нарушают его функционирование, связанное с различными аспектами его жизнедеятельности. Для облегчения восприятия полученных показателей использован перевод их в проценты. У человека с сохранными функциями, довольного всеми сторонами своей жизни интегральный показатель качества жизни равен 100% или приближается к этому уровню. Незначительное снижение качества жизни - до 75%, умеренное - до 50%, значительное - до 25%,

резко выраженное - менее 25%. Интегральный показатель качества жизни имеет шесть составляющих: физическая мобильность, эмоциональное состояние, сексуальная функция, социальное состояние, познавательная функция, экономическое состояние. Применение экспресс-методики оценки качества жизни у больных инвалидов позволит: оптимизировать проведение реабилитационных мероприятий; проводить более адекватную коррекцию нарушений, значимо снижающих качество жизни; оценивать эффективность различных форм восстановительного лечения; уменьшить вероятность экспертной ошибки; снизить стойкую утрату трудоспособности. Обычно для оценки эффективности реабилитации больных принимали во внимание преимущественно показатели физической работоспособности больного (например, с сердечно-сосудистой патологией), частоту осложнений, летальность. При этом часто упускают из вида, что для больного не меньшее значение имеет ощущение своего жизненного благополучия не только в физическом, но и в психическом смысле, так как именно психологические факторы определяют их социальную активность и потерю трудоспособности.

При чрезмерно продолжительном пребывании в стационаре у больных часто формируются синдромы, затрудняющие их дальнейшую реабилитацию (например, ипохондрический, кардиофобический - у больного после инфаркта миокарда) и тем самым, в дальнейшем снижающие качество жизни. Ранняя же активизация больных, выписка из стационара в оптимальный, не затянувшийся срок, благоприятно влияют на психологический статус и показатели качества жизни. В качестве примера использования показателей качества жизни рассмотрим оценку эффективности реабилитации больных неврологического профиля (последствия мозгового инсульта) на стационарном и амбулаторно-поликлиническом этапах реабилитации. Положительный эффект реабилитации, достигнутый в стационаре, проявился и в повышении уровня качества жизни больных с мозговым инсультом. Этот эффект сохранился и на амбулаторно-поликлиническом этапе, через пол года после стационарного лечения, когда больные приобрели навыки правильного поведения, физических тренировок и получили индивидуальные реабилитационные рекомендации. Данные зарубежных публикаций и опыт отечественной медицины свидетельствуют о том, что «пессимистический» взгляд больного на жизнь существенно снижает качество жизни,

достоверно увеличивает, например, риск развития инфаркта миокарда и смерти. Основным инструментом для измерения качества жизни обычно являются опросники. Все опросники содержат главный вопрос «Каково Ваше качество жизни?». В них определены различные области. Эти области включают физическое функционирование (мобильность, физическое самочувствие), эмоциональное самочувствие (депрессия, беспокойство или душевное самочувствие), взаимоотношения с семьей, на работе, ожидания и отношения между отношениями и ожиданиями, социальные последствия заболевания. Некоторые исследователи детально оценивают состояние какой-либо одной области качества жизни и ее взаимосвязи с другими областями. Но чаще измерения в этих различных областях уравниваются, а затем суммируются.

Из огромного множества переменных, характеризующих КЖ больных и анализируемых в работах европейских ученых, наиболее значимыми оказались следующие:

- физическая мобильность;
- эмоциональное состояние;
- сексуальная функция;
- социальный статус;
- познавательная функция;
- экономическое состояние.

Методы получения информации у больных были следующие:

1. Устное интервью врачом.
2. Самостоятельное заполнение опросников больным.
3. Телефонный опрос больных.
4. Письменное анкетирование.

Первый метод более трудоемкий, однако, позволяет получить высокий уровень комплаенса, значительно снижает возможность ошибок, практически отсутствуют пропущенные разделы. Второй метод менее дорог, но включает множество пропущенных вопросов и тем в опроснике. Компромисс между этими двумя подходами – заполнение опросников с супервизором (медицинским или социальным работником). Еще один компромисс – взятие интервью по телефону, что позволяет исключить ряд ошибок, есть возможность уточнений, но структура опросника в этом случае должна быть предельно проста. Интересные катamnестические данные можно получать при помощи письменного анкетирования, – когда в простой, доступной форме опросник рассылается в письмах. Перспективно компьютерное тестирование, но это не может быть пока общепринятым

подходом.

Результаты анкетирования можно получать как от самих больных, так и используя результаты, полученные от суррогатных респондентов, а не от самих больных. Например в случаях, когда пациенты были слишком тяжело больны, чтобы отвечать на вопросы, оценка КЖ и профиль болезни составлялись на основании данных обслуживающего персонала и членов семьи. Качество жизни – понятие скорее субъективное, чем объективное. Однако эти субъективные элементы заслуживают большего внимания при решении вопроса о здоровье пациента по сравнению с традиционно используемым биомедицинскими показателями: такими как заболеваемость, смертность, частота осложнений и др.

Выводы. Субъективное восприятие КЖ пациента является чувствительным показателем эффективности медицинского вмешательства при условии его научной оценки. Оценивать здоровье и его влияние на качество жизни очень важно для пациентов, особенно в случае хронических заболеваний. Физиологические исследования позволяют врачу располагать некоторой информацией, которая, однако, обычно ограничивает интересы пациента; часто эти данные плохо коррелируют с показателями физической работоспособности и ощущением хорошего самочувствия – областью наиболее интересной и близкой (волнующей) для пациента. Данные, полученные в условиях нагрузочного тестирования, часто очень слабо коррелируют с работоспособностью пациентов в обычной жизни. Это является одной из причин, по которой требуется измерять качество жизни.

ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гориславская Н.М., Савченко Т.Н. Подходы к изучению субъективного качества жизни // Прикладная юридическая психология. 2011. № 2.
2. Практикум по возрастной и педагогической психологии / Автор-сост. Е.Е. Данилова; под ред. И.В. Дубровиной. М., 1999.
3. Российская социологическая энциклопедия/ Под ред. Г.В. Осипова. М., 1998.
4. Щербакова А.М. Качество жизни людей с интеллектуальной недостаточностью – от концепции к технологии // Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья: Научное издание /Отв.ред. А.М. Щербакова. М., 2011.
5. Щербакова А.М., Шеманов А.А. Дискуссионные вопросы развития личности ребенка с интеллектуальной недостаточностью//Психологическая наука и образова-

ние. 2010. № 2.

6. Calman K.C. Quality of life in cancer patients – a hypothesis// J. Med. Ethics. 1984. № 10.

7. Longman // Dictionary Of Contemporary English:

5th Ed. England, 2009. Режим доступа: http://www.ldo-online.com/dictionary/quality_1 8. Walls M., D'Eath M., Hodgins M., Cronin M. Quality of Life of Young People with Intellectual Disability in Ireland.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ ПО ВОПРОСАМ ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА (ГИПЕРЕМИИ ПУЛЬПЫ)

Постников М.А., Гайли К.П.,¹ Чигарина С.Е.,¹ Костионова-Овод И.А.,¹ Магсумова О.А.,¹ Якубова З.Х.²

¹*Кафедра терапевтической стоматологии, Самарский государственный медицинский университет, Самара, Российская Федерация*

²*Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Душанбе, Республика Таджикистан*

Актуальность. Широкая распространённость глубокого кариеса зубов (гиперемии пульпы) диктует необходимость постоянного совершенствования методов их лечения. Кариес зубов остаётся сложной проблемой современной стоматологии, так как его распространённость и интенсивность во всех регионах России не имеет тенденции к снижению [1, 4, 6]. В последние годы достигнуты определенные успехи в терапевтической стоматологии, однако до сих пор остается не решенной проблема гарантированного качества лечения глубокого кариеса. Проблемам улучшения качества и обеспечения доступности лечения глубокого кариеса посвящены работы многих авторов, однако анализ качества лечения глубокого кариеса в Самарской области в зависимости от материально-технического обеспечения лечебно-диагностического процесса в государственной и частной клиниках, степени осведомленности врачей о критериях качества выполнения лечения, до настоящего времени не проводился.

Цель исследования. Сравнительный анализ лечения глубокого кариеса в государственных и частных медицинских учреждениях стоматологического профиля.

Материалы и методы исследования. С этой целью проведено анонимное анкетирование врачей стоматологов-терапевтов и врачей-стоматологов общей практики на базах бюджетных и внебюджетных организаций Самарской области. Анкеты содержали 20 вопросов, которые позволяли получить информацию об уровне профессиональной подготовки специалистов, степени их осведомленности о критериях и стандартах качества, использовании современных технологий и адекватного выполнения каждого этапа лечения глубокого кариеса.

Всего проанкетировано 220 специалистов, из них 186 врачей государственных медицинских организаций (1 группа респондентов) и 34 - врачей частной практики (2 группа респондентов). Статистический анализ данных выполняли в среде пакета SPSS 25.0 (IBM Corporation, Armonk, New York, USA). Выполняли анализ таблиц сопряженности с использованием критерия хи-квадрат Пирсона и при необходимости поправки Йейтса. Статистически значимыми считались различия между группами при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты анкетирования показали, что вне зависимости от стажа врача, в опросе принимали участие врачи со стажем от 1 до 30 лет, процент осложнений после лечения глубокого кариеса - высок, и составляет 88% в государственных поликлиниках. Ввиду постоянного совершенствования методов диагностики при лечении глубокого кариеса, одним из пунктов анкеты был вопрос, какие тесты на витальность пульпы используют стоматологи, который включал в себя электроодонтодиагностику (ЭОД), температурные пробы и другие варианты ответа. Одной из причин развития осложнений после лечения кариеса дентина являются ошибки, допускаемые при диагностике состояния дентина и пульпы. С этой целью используют метод электроодонтодиагностики (ЭОД), которая позволяет оценить состояние пульпы при кариесе, выбрать наиболее рациональный метод лечения, контролировать его эффективность. Результаты анкетирования показали, что 25% стоматологов государственных учреждений используют метод диагностики ЭОД «всегда», и 51,32% врачей выбрали вариант «иногда», 7,14% врачей стоматологов частных клиник выбрали ответ «всегда» и 25,0% ответили, что используют ЭОД «иногда».

гда». Большинство врачей, как государственных, так и частных клиник предпочитают определять витальность пульпы с помощью температурных проб 51,32% врачей государственных учреждений, 67,86% врачей частных клиник.

Одним из условий успешного лечения глубокого кариеса, является надежная изоляция зуба от ротовой жидкости [2, 3, 5, 13]. Результаты анкетирования показали, что 57,89% врачей государственных учреждений используют метод изоляции ватными валиками и лишь 17,11% используют систему коффердам, 19,74% процента опрошенных используют в качестве изоляции рабочего поля Optagate, тогда как только 25,0% врачей частных клиник используют для изоляции ватные валики, 39,29% применяют Optagate и 32,14% опрошенных отдают предпочтение системе изоляции коффердам.

Успех лечения глубокого кариеса определяется выбором тактики пломбирования зубов, выбором материала для пломбирования полостей при глубоком кариесе, поэтому следующий раздел анкеты посвящен изучению этих вопросов. Лечение глубокого кариеса заключается в тщательном удалении разрушенных и инфицированных зубных тканей и создании реставрации с восстановлением морфологических и эстетических характеристик [2, 7, 8, 12].

Клинически при приближении бактерий к пульпе, но сохранении дентинного барьера, даже выраженное воспаление пульпы при полном удалении инфицированного дентина, может регрессировать [9-11]. На вопрос проводите ли вы некрэктомию в полном объеме ответили утвердительно 73,68% врачей государственных клиник и 71,43% врачей частных клиник.

Результаты анкетирования врачей-стоматологов по поводу применения лечебных прокладок, показали разницу между тактикой лечения врачей государственных и частных клиник, в государственных стоматологиях врачи применяют лечебную прокладку 92,11%, в частных 71,44% опрошенных врачей, 28,56% врачей, ведущих прием в частных клиниках, не используют лечебную прокладку совсем. По данным опроса 71% врачей государственных учреждений отдают предпочтение, при лечении глубокого кариеса, кальций содержащим лечебным прокладкам самотвердеющим, а в частных учреждениях 80% врачей чаще выбирают кальций содержащие прокладки светового отверждения. На вопрос о тактике выбора лечебной прокладки при лечении глубокого

кариеса в государственных учреждениях большинство врачей стоматологов выбрали вариант ответа «в зависимости от свойств лечебной прокладки» 59%, врачи частных клиник чаще выбирали ответ «в зависимости от состояния дна дентина» 40%. Врачи как частной, так и государственных клиник используют лечебные прокладки при случайном вскрытии полости зуба, в государственных 50% опрошенных, в частных 55% респондентов.

Анализ вопроса анкеты о том какую адгезивную систему выбирают врачи, показал, что 60,53% врачей государственных и 75,00% врачей частных учреждений выбирают адгезивы 5-ого поколения, адгезивами 4-ого поколения чаще пользуются стоматологи государственных поликлиник- 32,89% врачей, в частных 14,29% опрошенных выбирают адгезивы 4-ого поколения и 21,43% врачей частных клиник используют самопротравливающие адгезивные системы, в отличии от 9,21% специалистов в государственных учреждениях.

Выводы. 1. Протоколы лечения глубокого кариеса врачей государственных и частных учреждений не имеет существенной разницы в практике врачей государственных и негосударственных организаций.

2. Врачи государственных лечебных учреждений на 17,86% чаще используют метод диагностики ЭОД, в отличии от врачей частных стоматологий.

3. Врачи частных клиник используют для изоляции зуба коффердам и Optagate (32,14%, 39,29%), врачи государственных клиник чаще используют метод изоляции ватными валиками (57,89%)

4. При выборе лечебной прокладки большая часть врачей государственных клиник выбирают кальцийсодержащие самотвердеющие прокладки (71%), а в частных стоматологиях отдают предпочтение кальцийсодержащим прокладкам светового отверждения (80%).

ЛИТЕРАТУРА:

1. Балов А. Х., Балкаров А. О., Тхазаплизева М. Т., Балова З. М. Некоторые аспекты лечения глубокого кариеса с применением лечебных прокладок. *Стоматология для всех*. 2016; № 2:26-28.
2. Бежанишвили Г.Г., Ширшикова А.А., Алыхова Н.Д. [и др.]. Особенности лечения среднего и глубокого кариеса. *Международный студенческий научный вестник*. 2018; № 1:19.
3. Гажва С.И., Демин Я.Д. Новый уровень знаний в области адгезивных систем-Реальный успех в практической стоматологии. *Современные проблемы науки*

и образования. 2017; № 6: 13-13.

4. Искакова М.К., Курмангалиева Г. А., Хаджиев Р.А., Шмидер М.К. Опыт применения гидроокиси кальция при лечении кариеса зубов. *Национальная Ассоциация Ученых*. 2015; № 5-4: 46-47.

5. Леонтьев В.К., Цимбалистов А.В., Борозенцева В.А., Мишина Н.С., Борозенцев В.Ю. 2019. Электропроводность эмали интактных зубов и краевая проницаемость пломб при лечении кариеса. *Научные ведомости Белгородского государственного университета*. 2019; 42 (3): 342-348.

6. Македонова Ю.А., Поройский С.В., Гаврикова Л.М., Венскель Е.В. Клинико-лабораторный анализ эффективности лечения глубокого кариеса кальций-содержащими прокладками. *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета*. 2020; № 2 (74): 67-71.

7. Schmidt J., Krohn S., Kallies R. [et al.]. Antibacterial effect of a brominated self-etch adhesive on carious dentin

- an in vivo study. *J Dent*. 2021; 105.

8. Bjorndal L. Stepwise excavation. Bjorndal L. *Monogr Oral Sci*. 2018; 27:68-81

9. Crespo-Gallardo I., Hay-Levytska O., Martín-González J. [et al.]. Criteria and treatment decisions in the management of deep caries lesions: Is there endodontic overtreatment. *J Clin Exp Dent*. 2018;10: № 8.

10. Lin LM, Ricucci D, Saoud TM, Sigurdsson A, Kahler B. Vital pulp therapy of mature permanent teeth with irreversible pulpitis from the perspective of pulp biology. *Aust Endod J*. 2020;154-166.

11. Parolia A., Kundabala M., Rao N. N. [et al.]. A comparative histological analysis of human pulp following direct pulp capping with propolis, mineral trioxide aggregate and dycal. *Aust Dent J*. 2010;5: № 1.

12. S. Kusumvalli, Diwan A., Pasha S. [et al.]. Clinical evaluation of biodentine: its efficacy in the management of deep dental caries. *Indian J Dent Res*. 2019; 30, № 2:191-195.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Пулатов К.Дж., Абдуалимов А.А., Махмудова Р.И., Бобозода Р.Ф.

ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»

В настоящее время остается напряженная эпидемиологическая ситуация, связанная с ростом числа социально-значимых заболеваний. Ввиду широкой распространенности, эти заболевания представляет собой одну из самых больших угроз для здоровья населения. При этом существенным образом снижается качество жизни. Все это создает новые экономические проблемы, сдерживает меры по укреплению благосостояния народа, в особенности по части борьбы с бедностью, тормозит процесс повышения благосостояния народа. Прогноз бремени болезней остается неблагоприятным. Эпидемиологические наблюдения послужили основанием для составления перечня социально значимых заболеваний, в которой вошли: сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, злокачественные новообразования, ВИЧ-инфекция, туберкулез и психические расстройства.

Согласно мировой статистике, в структуре общей заболеваемости неинфекционные заболевания составляют 98,4%, оставаясь основной причиной инвалидизации и преждевременной смертности населения.

Социально значимые заболевания представляют собой колоссальный ущерб для общества, связанный с потерей временной и стойкой трудоспособности. В целом во всем мире ту или иную степень инвалидности имеют почти 15% населения

(т. е. более 1 млрд человек, из них 110-190 млн. человек имеют значительную степень ограничения в различных сферах жизни).

Большинство социально значимых болезней связаны друг с другом и возникновение одной из них предрасполагает к развитию других. Все перечисленные социально значимые заболевания имеют факторы риска (ФР), знание которых сыграет большую роль в осуществлении её профилактики. Следовательно, основополагающей задачей практического здравоохранения по предотвращению социально значимых заболеваний является борьба с ФР их развития. Следует отметить, что очень велик вклад ФР в развитие сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), распространение которых приняло характер эпидемии. ССЗ - одна из самых актуальных проблем научной медицины и практического здравоохранения. По данным популяционных исследований, значительная часть взрослого населения имеют повышенное артериальное давление (АД). Повышенный уровень АД является независимым фактором риска развития ССЗ - ишемической болезни сердца (ИБС), инфаркта миокарда (ИМ), хронической сердечной недостаточности, мозгового инсульта и их неблагоприятных исходов. Показана линейная зависимость между уровнем АД и частотой развития осложнений, причем снижение АД в результате лечения со-

проводится пропорциональным снижением ССЗ и смертности независимо от исходного уровня АД. Наибольший удельный вес в структуре смертности от неинфекционных заболеваний вносят сердечно-сосудистые заболевания, чья доля характеризуется ежегодной потерей до 1 млн. 200 тыс. человек, что составляет около 55% общей смертности.

По данным статистики сердечно-сосудистые заболевания во всех регионах Таджикистана среди других патологий занимают лидирующее место, которая обусловлена его высоким уровнем распространенности основных факторов риска.

В структуре общей смертности населения Таджикистана большой удельный вес занимает ИБС, который среди мужчин в возрасте 25-64 лет составляет 194,4 на 100 тысяч мужчин соответствующего возраста. Этот показатель в 2,8 раза выше, чем в Великобритании, в 3,5 раза выше, чем в Германии и в 6,8 раза выше, чем во Франции.

ССЗ составляют 18,8% в общей структуре заболеваний, занимая первое место. Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы, являющихся причинами смерти, основными остаются ИБС, в том числе инфаркт миокарда, цереброваскулярные и гипертонические болезни. Общее количество первично-выявленных БСК в 2012 году составила в пределах 16408, а смертность от них достигла до 212,9 случаев на 100 тыс. взрослого населения. Особенно велика летальность при инфаркте миокарда - в пределах до 18%. Более того, показатели смертности среди мужчин превышают уровень смертности среди женщин от БСК, в целом в 2,4 раза, от ИБС - в 4,7, от инфаркта миокарда - в 6,1 и от цереброваскулярных болезней - в 1,6 раза. ССЗ существенно ухудшают качество жизни и приводят к инвалидности, являясь одной из ее основных причин. Так, среди людей в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами, 39,5% получили инвалидность именно в связи с ССЗ.

Выявлена межрегиональная неоднородность показателей соответствующей смертности в зависимости от уровня дохода, качества жизни населения и др., которые настоятельно требуют внедрения мониторинга факторов риска, особенно в ГБАО, Хатлонской области и районах республиканского подчинения (РРП).

До 60% НИЗ, таких, как БСК, сахарный диабет, новообразования имеют зависимость от управляемых факторов риска, к которым относятся имеющие широкую распространенность артериальная

гипертония, нарушения углеводного и липидного обмена, ожирение, курение, чрезмерное употребление алкоголя, несоблюдение здорового образа жизни.

Сахарный диабет (СД) - чрезвычайно опасное заболевание, распространенность которого в настоящее время приняла масштабы всемирной эпидемии. Так, по данным Международной диабетологической федерации, в 47 европейских странах проживает 52,8 млн. человек, больных СД, в возрасте от 20 до 79 лет. В Таджикистане последние 20 лет отмечается рост заболеваемости сахарным диабетом (СД), на долю которого приходится 5-6% населения страны обуславливая повышение уровня его инвалидизации и смертности. Общее количество пораженных СД составляет 23093 человек (в 2010 г. - 16741), среди них первично выявленными больными оказались 4432 человека (в 2010 г. - 1349). Кроме того, установлена инсулинозависимость 2045 человек, в т.ч. 174 - в детском возрасте. Учитывая сложившуюся ситуацию Правительством РТ принята национальная программа «Профилактика, диагностика и лечение сахарного диабета на 2012-2017 гг.». Ситуацию усугубляет и тот факт, что в 90% случаев СД 2-го типа сочетается с ожирением. Ожирение I степени увеличивает риск развития СД 2-го типа в - 3 раза, II степени - в - 5 раз и III степени - в - 10 раз. По определению ВОЗ, эти две патологии отнесены к неинфекционным эпидемиям нашего времени в связи с их широкой распространенностью.

Онкологическая патология, уступая смертности лишь после ССЗ, остается одно из ведущих социально значимых заболеваний рост которого, тем не менее, неуклонно нарастает. В 2014 году в Республике Таджикистан число впервые выявленных злокачественных новообразований составило - 2927 или 36,9% от всех случаев. При этом 665 больных (22,7%) относились к I-II группам инвалидности. В целом, преимущественно выявлялись: рак матки и ее придатков - в 483 (16%) и молочной железы - в 355 (12%), далее у женщин диагностировались рак кожи - в 325 (11%), желудка - в 311 (11%) случаев. Смертность от злокачественных образований составила 14% от общих причин смертности, при этом у мужчин основными причинами смерти были рак желудка. По частоте регистраций заболевания, наиболее из часто встречающихся регионов больных с злокачественными новообразованиями среди регионов лидировали г. Душанбе, Хатлонская область и районы республиканского подчинения (РРП). Это обуславливает неуклонный

рост доли людей, получивших инвалидность в связи со злокачественными новообразованиями (до 20,5%). ВОЗ называет основные факторы риска развития злокачественных опухолей: урбанизация, ухудшение экологии и нездоровый образ жизни, в частности нерациональное питание. Достоверно известно, что избыточная масса тела и алиментарный фактор являются ФР развития рака молочной железы, желудка и кишечника.

Следует отметить, что эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Таджикистане остается в стадии концентрации. К 2016 г. в республике зарегистрировано 7709 случаев ВИЧ-инфекции, из них 2433 составляют женщины. При этом следует отметить, что среди последних детородного возраста в последние годы возросла роль полового пути передачи ее возбудителя, наряду с другими инфекциями, прежде всего, такими, как вирусный гепатит С, сифилис и других большинство так называемых инфекций, передающихся половым путем (ИППП). В этих обстоятельствах ВИЧ-инфекция, в основном, регистрировалась в 42,2% случаев среди женщин в возрастной группе 21-29 лет. Пораженность ВИЧ-инфекций женского населения в целом по Республике Таджикистан находится в зависимости от региона в пределах от 2,1 до 15,5 на 100 тыс. населения. При этом наибольшие показатели, как среди женского, так и среди всего населения регистрируются в г. Душанбе, Согдийской и Хатлонской областях. К настоящему времени в Таджикистане принят ряд целенаправленных долгосрочных программ по развитию и реформированию системы здравоохранения «Перспективы профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма на 2013-2023 гг».

Успешная профилактика социально значимых заболеваний невозможна без широкого проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни можно выделить следующие основные

направления в деятельности по формированию здорового образа жизни:

Повышение уровня знаний населения о негативном влиянии ФР на здоровье— текущая повседневная информация, лекции, беседы, занятия в школе для больных с АГ.

Обучение здоровью: создание мотивации для ведения здорового образа жизни, формирование навыков укрепления здоровья, личная гигиена, рациональное питание;

Оптимальное сочетание работы и отдыха; двигательная активность; закаливание; отказ от вредных привычек (курение, употребление алкоголя, употребление наркотиков).

Таким образом, современные подходы к пространственности социально-значимых заболеваний требует проведения целевых профилактических мероприятий, важнейшими из которых являются медико-санитарное и гигиеническое обучение, воспитание и просвещение населения с целью формирования здорового образа жизни. Эффективная профилактика и укрепление здоровья требует вложения определенных ресурсов, взаимодействия различных секторов общества и, нередко, перераспределению ресурсов, в т.ч. финансовых в системе здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Сборник «Здоровья населения и деятельность медицинских учреждений за 2018 год», г.Душанбе.
2. Заборовская Ю.М. Право на охрану здоровья инвалидов, пожилых лиц и лиц, страдающих социально значимыми заболеваниями, осужденных к лишению свободы//Социальное и пенсионное право, 2020, №1.
3. Пузин С.Н. Медико-социальные аспекты здоровья населения. Современные подходы к профилактике социально значимых заболеваний /Экспертиза и реабилитация // ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, 123995, г. Москва.

УДК 614.2; 616.9

ИНТЕГРАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УСЛУГ ПО ВИЧ/СПИД ИНФЕКЦИИ В СЕТИ УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Рузиев М.М., Джуракулова Ф.М.

НИИ профилактической медицины МЗ СЗН РТ

Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины

Актуальность. Развитие эпидемического процесса ВИЧ-инфекции по всему миру находится

в концентрированной стадии эпидемии. Одной из основных проблем общественного здоровья

планеты является ВИЧ-инфекция. Распространения ВИЧ-инфекции наблюдается в основном среди уязвимых слоев населения, таких как: люди употребляющие инъекционные наркотики, работники секса, а также заключенных. Согласно статистике в Таджикистане за последние 10 лет ВИЧ-инфицированные увеличился более 25%, среди них около 80% приходится к лицам репродуктивного возраста.

В последнее десятилетие в Таджикистане многое проводится по развитию и совершенствованию эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией, но однако еще данный отрасль нуждается в совершенствовании. Распространенность инфекции среди населения в республике составляет 0,6%, естественно прогноз дальнейшего развития эпидемии неутешительный (Рузиев М.М., 2018). В начале 90-х годов ВИЧ-инфекция стало активно распространяться по всему миру (А.М. Арингазина, 2019 г.), Таджикистан не стал исключением. В республике разработаны и внедрены в практику здравоохранения законодательные, нормативно-правовые, инструктивные и методические документы, регламентирующие организационно-методические основы противодействия ВИЧ/СПИД – инфекции в Республике Таджикистан, как, Закон Республики Таджикистан от 28.12.2005 года, №28 “О противодействии вирусу иммунодефицита человека и синдрому приобретенного иммунодефицита” с внесение изменениями в данном Законе 2008 и 2014 годы. А так же Закон РТ от 3.12.2008 года, №1078 “О принятии и введении в действие Кодекса РТ об административных правонарушениях”. В 2007 и в дальнейшем в 2010 году были утверждены Постановлением Правительства Республики Таджикистан Программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД за определенные годы. Так же Постановлением Правительства был утвержден “Порядок медицинского освидетельствования с целью выявления заражения вирусом иммунодефицита человека, учета, медицинского обследования ВИЧ-инфицированных и профилактического наблюдения за ними” а другие нормативно-правовые акты (Рузиев М.М. 2018г).

Во внедрение и исполнение данных регламентирующих документов в республике занимается Центры по профилактике и борьбе со СПИДом, а также неправительственные организации, принимающие участие в профилактических мероприятиях, а также начали работать общественные организации граждан, живущих с ВИЧ, которые своей деятельностью способствуют повышению привер-

женности к лечению, обеспечивают социальную поддержку.

Так как несмотря на это в республике данный вопрос остается актуальным, необходимо интегрировать службы профилактики и борьба со СПИДом со службой первичной медико-санитарной помощи.

Цель исследования. Изучение влияния интеграционных процессов оказания лечебно-профилактических услуг по ВИЧ/СПИД инфекции в учреждениях ПМСП Республики Таджикистан.

Материалы и методами исследования: современные социально-гигиенические, эпидемиологические, клинические, микробиологические, серологические и статистические. Сеть учреждений ПМСП, центры СПИД, семейные врачи, люди живущие с ВИЧ в городе Душанбе и районов республиканского подчинения (г.Турсунзаде, г. Вахдат, р.Рудаки). Изучение ход выполнения Законы Республики Таджикистан, постановления Правительства Республики Таджикистан, Национальные программы, стратегии, документы информационные и аналитические обзоры, официальные статистические данные и отчеты, справки, донесения министерств, агентств, служб государственной статистики, центра медицинской статистики и информации.

Результаты исследования и их обсуждение. Нами было проведено анкетирование среди семейных врачей, анализирована отчеты центров по профилактике и борьбе с СПИДом в республике, изучено ход выполнения нормативно-правовые документы, который регламентирует деятельность учреждений принимающие участие в профилактических мероприятиях, которые своей деятельностью способствуют повышению приверженности к лечению.

Результаты исследование показал, что в ВИЧ-инфекции всё чаще оказываются лица молодого трудоспособного возраста (20 – 39 лет) – 77,9%, беременные женщины – 14%-25,0%, жёны трудовых мигрантов (6,2%-9,1%) и заключённые – 6,2%-14%. С целью снижения инфицированности ВИЧ-инфекции в Таджикистане необходимо повышение уровень осведомлённости населения по вопросам ВИЧ/СПИДа, вовлечение в профилактические мероприятия всех слоёв населения, а также специалистов учреждений первичного уровня, т.е. ПМСП.

Основной путь заражения ВИЧ-инфекции является инъекционный путь, затем половой и трансфузионный. В Республике Таджикистан ча-

стота выявления ВИЧ среди ПИН и лиц, лишённых свободы, превысила 5% и, соответственно составляет не менее 17,6% и 7,8%, а среди женщин, занимающихся коммерческим сексом - 2,8%. Из 7 млн. общего населения, преимущественно мужчин в возрасте 15 – 30 лет, 1/4 которого, в целом, относятся к бедным социальным слоям, таджикская семья в определённой степени связана с этим явлением, имеющим не только большое медико-социальное, но и экономическое значение.

Следует отметить, что в Республике Таджикистан за последние 10 лет показатель распространённости ВИЧ увеличился более чем на 25%. Количество людей, живущих с ВИЧ/СПИД (ЛЖВ) в республике, составляет 7645 человек и уже в ближайшее время центры СПИД могут не справиться с увеличивающейся нагрузкой. Статистические показатели указывают на то, что в республике жители города больше подвергаются инфицированию данной инфекцией (табл.1).

Анализируя имеющаяся ситуация с ВИЧ/СПИД инфекцией в республике является достаточно напряжённой и пока имеет тенденцию по её устойчивому развитию [3, 5, 7]. В республике в 2016 году ВИЧ-инфицированных лиц в ГБАО составлял - 29,7% от общего числа населения, такая напряжённая ситуация наблюдалась в город Душанбе 24,7%, г. Вахдат - 17,5%, район Рудаки- 17,2%. Ситуация в 2019 году в этих же регионах остается плачевной: г.Душанбе - 29,0%, Вахдат - 18,2%, Рудаки – 18,0% и в ГБАО - 16,2%. Ситуация по СПИДу требует особого внимания в Согдийской области (4,3%), ГБАО (3,2%) и г. Вахдат (2,8%).

Мировой опыт по борьбе с ВИЧ/СПИДом свидетельствует, что эффективные меры по противодействию его распространения могут стать обеспеченным при наличии следующих основных инструментов, законодательная база, национальные целевые программы, тесное сотрудничество с общественными и международными организациями по борьбе и профилактике с этой инфекцией. Все перечисленные инструменты в достаточной мере применяются во всех странах, включая Таджикистан [6, 7]. Начиная с 2004 года, уже отмечалась тенденция к увеличению числа ВИЧ/СПИД инфицированных лиц, и его уже нельзя было считать благоприятным. Количество зарегистрированных людей с ВИЧ/СПИД в последующие годы стало увеличиваться в разы, что уже свидетельствовало о очень быстром развитии эпидемии. И по состоянию на 31.12.2015г. в Таджикистане общее количество ВИЧ/СПИД инфицированных людей

уже составило 4674 человека [7].

ВИЧ/СПИД - инфекция стала выходить за пределы традиционных ключевых групп населения (потребители внутривенных инъекционных наркотиков, коммерческих работников секса, мужчин применяющих секс с мужчинами). Заражение стало часто происходить уже и гетеросексуальным путём. ВИЧ/СПИД – инфекцией стала диагностироваться среди беременных женщин, жён трудовых мигрантов и заключённых [6, 7].

Наркомания в стране стала основной причиной увеличения регистрации ВИЧ/СПИД - инфекции, и к 2010г. она среди потребителей внутривенных инъекционных наркотиков составляла - 17,6%. Причём, главным путем распространения ВИЧ/СПИД - инфекции стало совместное использование наркоманами инъекционных инструментов для употребления наркотических средств. Во многих странах мира, в том числе и в республике подавляющее число инфицированных ВИЧ/СПИД (78-80%) составляют люди 20-39 лет. Эпидемиологические исследования обозначили группы с повышенным риском заражения: первую и самую большую составили наркоманы, использующие внутривенные инъекционные наркотики; вторую группу проститутки и третью группу трудовые мигранты [3-5, 7].

Разъяснительная информация по снижению вреда среди ВИЧ/СПИД инфицированных является основным фактором для успешного проведения профилактических мероприятий. Профилактика ВИЧ-инфекции должна основываться, во-первых, на выявлении больных, во-вторых, на их лечении, и в третьих в противодействии по распространению вируса ВИЧ/СПИД путём воздействия на население различными методами. Основываясь на эти обстоятельства, проведение профилактики ВИЧ/СПИД - инфекции в основном фокусируется по выявлению инфицированных, проведению их лечения, и на предотвращение дальнейшего распространения инфекции путём воздействия на население. На сегодня решить проблему по снижению восприимчивости человека с помощью специфической профилактики этой инфекции, вакцинацией пока невозможно. Важным направлением противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД - инфекции, поэтому становится проведение неспецифической профилактики.

По данным анкетного опроса, 20% респондентов почти не знают про опасность внутривенного введения наркотиков, около 15% об опасности смены половых партнеров и необходимых мерах по

Таблица 1

Статистика зарегистрированных ВИЧ-инфицированных людей
(на 100000 населения)

	Количество ВИЧ-инфицированных				Количество СПИД			
	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
ш.Душанбе	200/24,7	219/26,6	244/29,1	248/29,0	18/2,2	29/3,5	23/2,7	14/1,6
РРП	240/12,0	288/14,1	294/14,0	286/13,3	22/1,1	39/1,9	33/1,6	33/1,6
г.Рагун	2/4,8	1/2,4	2/4,6	3/6,8	0	0	0	0
р.Варзоб	3/4,0	7/9,0	10/12,6	5/6,1	0	1/1,3	0	0
р.Рашт	9/7,6	25/20,7	6/4,8	12/9,5	0	4/3,3	0	3/2,4
г.Гисар	33/11,6	38/13,1	48/16,1	44/14,4	0	8/2,8	4/1,3	10/3,3
р.Ляхш	2/3,2	0/0	4/6,2	1/6,2	0	0	1/1,6	0
р.Нурабад	9/12,0	6/7,8	6/7,6	4/4,9	0	1/1,3	1/1,3	1/1,2
г.Вахдат	56/17,5	60/18,3	82/24,6	62/18,2	9/2,8	5/1,5	7/2,1	2/0,6
р.Рудаки	81/17,2	83/17,2	85/17,1	92/18,0	10/2,1	12/2,5	10/2,0	11/2,2
р.Сангвор	1/4,6	0/0	0/0	3/13,0	0	0	0	0
р.Таджикабад	4/9,4	10/23,0	4/9,0	5/11,0	0	0	0	0
г.Турсунзаде	27/9,8	34/12,0	26/9,0	38/12,9	3/1,1	6/2,1	7/2,4	2/0,7
р.Файзабад	6/6,3	12/12,3	12/12,0	10/9,8	0	0	0	2/2,5
р.Шахринав	7/6,2	12/10,3	9/7,6	7/5,7	0	2/1,7	3/2,5	2/1,6
Согдийский обл.	219/8,6	309/12,0	389/14,8	372/13,9	109/4,3	44/1,7	47/1,8	29/1,1
Хатлонский обл.	316/10,2	344/10,9	437/13,5	377/11,4	44/1,4	61/1,9	55/1,7	26/0,8
ГБАО	65/29,7	47/21,2	58/25,8	37/16,2	7/3,2	7/3,2	4/1,8	6/2,6
по Республике	1040/12,0	1207/13,7	1422/15,7	1320/14,3	200/2,3	180/2,0	162/1,8	108/1,2

защите от многих инфекций, которые передаются при сексе [7].

То есть проблема ВИЧ/СПИД инфекции это проблема поведения населения, однозначно она в первую очередь является социальной проблемой и лишь потом – медицинской.

Однако уровень развития сети учреждений ПМСП в настоящее время и его взаимодействие с другими звеньями по оказанию медицинской помощи ЛЖВ остается пока низким, связанной с неподготовленностью медицинских кадров, его низкой мотивацией, страхом, стигмой и дискриминацией. Необходимо отметить также недостаточное финансирование, материально-техническое и кадровое обеспечение.

Профилактическая направленность сети учреждений ПМСП определяет общий уровень состояния здоровья населения, объем необходимой помощи и географическую доступность услуг здравоохранения, в первую очередь сельскому населению, так как в сельской местности проживают более 75% населения страны.

Именно поэтому кардинальным направлением развития системы здравоохранения республики в течение последних 20 лет в качестве основы ПМСП становится внедрение модели семейной

медицины, наиболее доступной для жителей сельской местности.

Выводы. Дальнейшее развитие сети учреждений ПМСП в Республике Таджикистан по принципу семейной медицины предполагает интегрирование оказания ряда услуг представляемые специализированными центрами, в частности центрами по профилактике и борьбе со СПИДом (Центры СПИДа), связанного с непрерывным характером течения ВИЧ-инфекции оказанием услуг по уходу, лечению и поддержке людей, живущих с ВИЧ/СПИД.

Для снижения частоты ВИЧ-инфекции в Таджикистане нужна массовая пропаганда населения с целью повышения их осведомлённости по вопросам ВИЧ/ СПИДа, вовлечение в профилактические мероприятия всех слоёв населения.

ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Демографический ежегодник Республики Таджикистан: 25 лет государственной независимости// Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан. Душанбе, 2016, с.22-25;
2. Арингазина А.М. Интеграция первичной медикл-санитарной помощи и службы по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД /А.М. Арингазина, Н.Б. Есимов,

Н.Т. Измаилова //Вестник КазНМУ, Алматы.-2019.- №1.-С.532-536;

3. Профилактика ВИЧ-инфекции в рамках первичной медико-санитарной помощи (Методические рекомендации).- Алматы: 2014. –С.-52;

4. Каримов С.С. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции

в Таджикистане в контексте выявления новых случаев ВИЧ-инфекции в некоторых уязвимых группах населения /С.С. Каримов, Н.А. Абдухамедов, М.М. Рузиев // Сб. тезисов VI международная Конференция по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии,- Москва, 2018. - С.46-47

СТАРЕНИЕ КОЖИ: МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ И СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ

Сохибова З.Н.¹, Ибодзода С.Т.², Мухамадиева К.М.³

Кафедра гистологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино

²Кафедра анатомии человека и медицинской латинской терминологии им. Рахимова Я.А. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»³Кафедра дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Актуальность. Кожа непосредственно подвержена внешним влияниям, наиболее значимым из которых является ультрафиолетовое излучение (УФИ) [2, 3]. В настоящее время в связи с прогрессирующим разрушением озонового слоя стратосферы резко увеличился на Землю поток ультрафиолетовой радиации. Именно УФИ ответственно за регрессивные изменения в эпидермисе и дерме, развивающиеся раньше, чем в других органах (нередко в молодом возрасте) [1, 4, 5]. Выявление таких изменений представляется актуальным и перспективным для более глубокого понимания патогенеза ассоциированных со старением дерматозов и совершенствования методов профилактики преждевременной или ускоренной инволюции кожи.

Цель исследования. Исследовать влияние УФИ на барьерную функцию кожи и темп старения организма у пациентов разного возраста.

Материал и методы исследования. Для гистологического исследования кусочки кожи фиксировали в 10% нейтральном формалине (рН 7,2),

срезы окрашивали гематоксилином и эозином, на эластиду по Вейгерту с докраской пикрофуксином по Ван-Гизону на коллагеновые волокна. Морфометрическое исследование в каждом препарате включало подсчет индекса митотической активности (количество митозов на 100 клеток базального слоя эпидермиса) и количества макрофагов на 100 эпидермоцитов.

Формирование исследуемых групп пациенток произведено на основании классификации возрастных периодов человека в соответствии с рекомендациями ВОЗ, при этом у пациенток учитывали фазы их репродуктивной жизни по анамнестической анкете. Все пациентки были разделены на три группы. В первую группу вошли женщины (30-45 лет), у которых климактерические симптомы отсутствовали (группа 1). Вторую группу наблюдений (46-55 лет) составили пациентки, находящиеся в перименопаузе (группа 2). Третью (60-66 лет) – в постменопаузе (группа 3).

На время исследования все пациентки имели обычный режим труда и отдыха, типичное пи-



Рис. №1. Изменения строения кожи в 1-й группе.

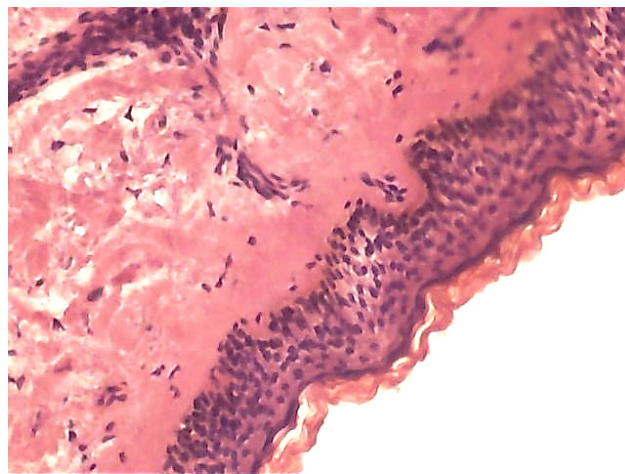


Рис. №2. Изменения строения кожи во 2-й группе.

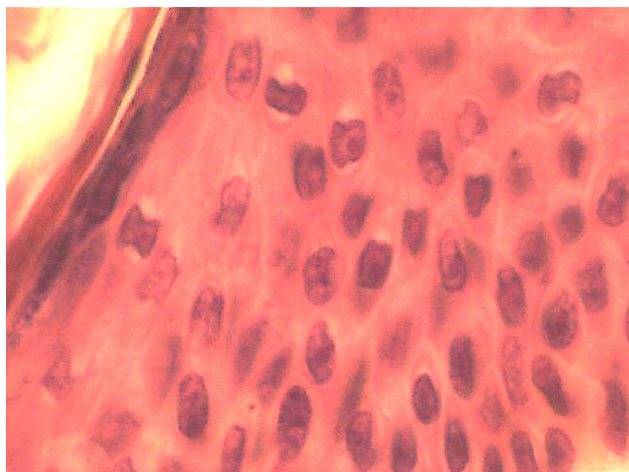


Рис. №3. Изменения строения кожи в 3-й группе.

тание. Не подвергались стрессам, использовали обычные косметические средства по уходу за кожей. К исследованию не привлекли пациенток с тяжелыми заболеваниями (недостаточность органов и систем, в фазе обострения любой патологии, недавно перенесших тяжелые психические и физические травмы, оперативные вмешательства). Кроме того, исследовали операционный материал – кожу параорбитальной области, полученную от 21 женщины, давших согласие на блефаропластику.

Результаты исследования и их обсуждение.

Гистологическое исследование кожи пациенток разного возраста выявило особенности ее строения при хронологическом старении. Морфометрический анализ показал, что индекс митотической активности снижается с возрастом более чем на 51,9% ($p<0,05$) у пациенток группы 3 по сравнению с группой 1, а количество макрофагов, при сравнении с группой №1, уменьшилось на 38,6% на 100 клеток эпидермиса кожи пациенток группы 3 ($p<0,05$).

В препарате определяется периваскулярные воспалительные инфильтраты и отек во всех слоях кожи.

Изменение иммунной активности кожи отражает фундаментальные процессы, происходящие при хронологическом старении всего организма.

После УФО в коже пациенток вне зависимости от возраста отмечался отек всех слоев кожи. В дерме, преимущественно периваскулярно, определялись мононуклеарные воспалительные инфильтраты. В сосудах – пристеночное стояние лейкоцитов. Это связано с экспрессированием кератиноцитами антигена HLA-DR и продуцированием цитокинов (эпидермально-клеточный фактор, интерлейкин-1, интерферона и гранулоцитарно-макрофагальный

колониестимулирующий фактор), стимулирующих хемотаксис лейкоцитов. Морфометрический анализ показал, что в реактивной стадии УФО статистически значимо увеличилось количество митозов.

В препарате отмечаются все слои кожи, наблюдается отек дермы и эпидермиса. Местами пролиферация меланоцитов. Отчетливо виден сосочковый слой дермы.

У пациенток группы №3 индекс митотической активности увеличился с $4,6\pm 1,49$ на 68,6% и составил $14,7\pm 0,93$ ($p<0,05$). У пациенток группы 2 увеличение было менее выражено: с $2,3\pm 0,07$ до $5,2\pm 1,05$ ($p<0,05$). Также наблюдалось преимущественное увеличение количества макрофагов в группе 1. Так, число клеток у пациенток группы 1 возросло на 65,5% с $6,0\pm 0,40$ до $17,4\pm 0,77$ клеток. В группе 2 увеличение составило 28% до $6,3\pm 1,05$ клеток на 100 исследованных клеток кожи ($p<0,05$).

В препарате определяется увеличение количества митоза и макрофагов

Выводы. Таким образом, показатели барьерной функции кожи имеют возрастные особенности, что свидетельствует о регрессивном влиянии УФИ и об участии эндокринной системы в процессах изменения барьерной функции кожи при старении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кононов А.В., Городилов Р.В., Мантурова Н.Е. Старение кожи: механизмы формирования и структурные изменения // *Анналы пласт., реконстр. и эстет. хир.* 2010. №1. С. 88-92.
2. Королькова Т.Н., Шепилова И.А., Калмыкова Н.В. Влияние химических пилингов с ретиноидами на иммуногистохимические параметры кожи. *Клиническая дерматология и венерология*, 2019.-N 2.-С.210-216.
3. Круглова Л.С., Иконникова Е.В. Гиперпигментации кожи: современные взгляды на этиологию и патогенез. *Российский журнал кожных и венерических болезней.* - 2017.-Том 20, № 3, С.178-183
4. Обаджи З.Э. Искусство оздоровления кожи: восстановление и омоложение. Научные основы клинической практики./Зейн Э.Обаджи; [пер. с англ. А.А. Полянской, О.В.Стафиновой]. М.: Практическая медицина, 2016.-300 с.: с ил.- Доп. титл.англ.
5. Murad H. The effect of an oral supplement containing glucosamine, amino acids, minerals, and antioxidants on cutaneous aging: a preliminary study / H. Murad, M.P. Tabibian // *J. Dermatolog. Treat.* 2011. - № 1. - Р. 47-51.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА КОЖИ ЧЕЛОВЕКА В ПРОЦЕССЕ СТАРЕНИЯ

Сохибова З.Н.¹, Мухамадиева К.М.², Ибодзода С.Т.³

¹ *Кафедра гистологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»*

² *кафедра дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»*

³ *кафедра анатомии человека и медицинской латинской терминологии им. Рахимова Я.А.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»*

Актуальность. Исследование микроциркуляции крови является одной из важнейших проблем экспериментальной и клинической медицины. Актуальность этой темы можно объяснить тем, что система микроциркуляции крови является конечным пунктом, в котором реализуется транспортная функция сердечно-сосудистой системы и обеспечивается транкапиллярный обмен, создающий необходимый для жизни тканевый гомеостаз. Поэтому нормальное функционирование органов и организма в целом, в конечном счете, определяется состоянием отдельных звеньев микроциркуляторного русла и его регуляторных систем [1, 2, 4, 5].

Известно, что с возрастом происходят функциональные и структурные изменения в сердечно-сосудистой системе. Изменения, развивающиеся в процессе старения в сосудах мелкого и среднего калибра, достаточно хорошо изучены. Однако возрастные особенности функционирования микроциркуляторной системы до сих пор остаются малоисследованными [6,8].

Цель исследования. Выявить возрастные особенности функционирования отдельных звеньев микроциркуляторного русла и систем его регуляции в состоянии покоя у условно здоровых испытуемых.

Материал и методы исследования. В исследовании принимали участие 124 условно здоровых добровольца в возрасте от 20 до 92 лет. Испытуемые были разделены на 3 возрастные группы

(табл. 1).

Неинвазивное исследование осуществляли при помощи одноканального лазерного анализатора капиллярного кровотока ЛАКК-01 (НПП «Лазма», Москва), позволяющего проводить исследование периферического кровотока в видимой красной области спектра (длина волны 630 нм) в объеме 1 мм³. Регистрируемая характеристика капиллярного кровотока представляет собой показатель микроциркуляции (ПМ), который отражает объемную скорость эритроцитов в единицу времени.

Исследования проводили в изолированном помещении при комнатной температуре 22-24°C. Испытуемый находился в положении лежа на спине. ЛДФ-зонд фиксировали над наружной поверхностью дистального конца правого предплечья вблизи лучезапястного сустава. Все измерения проводили через 10 минут после периода адаптации испытуемых, после чего регистрировали динамику ПМ в течение 10 минут в условиях покоя (ПМисх). Далее для выявления резервных возможностей микроциркуляторного русла в ответ на кратковременную ишемию выполняли окклюзионную пробу. Окклюзионная проба проводилась следующим образом: в течение 1 минуты регистрировался исходный ПМ, после чего в предварительно наложенной на плечо манжете сфигмоманометра нагнеталось давление до 250 мм рт. ст. Продолжительность окклюзии - 3 минуты. После прекращения окклюзии в течение 6 минут

Таблица 1

Основные характеристики здоровых испытуемых разных возрастных групп

Возрастные группы	мужчины / женщины	Средний возраст (года)	Систолическое артериальное давление (мм. рт. ст.)	Диастолическое артериальное давление (мм. рт. ст.)	Частота сердечных сокращений (уд/мин.)
1 (молодые)	61 17/44	26± 1 (20-35л)	114±1	74±9	69±1
2 (средний возраст)	49 12/37	48 ± 1 (36 - 64 г)	126 ±2	79±1	68±1
3 (старший возраст)	14 4/10	76±2 (65 - 92 г)	147 ±5	80±2	72±4

регистрировалась постокклюзионная реактивная гиперемия с последующим восстановлением кровотока. В ходе проведения окклюзионной пробы оценивали параметры, которые характеризуют кинетику процесса постокклюзионной реактивной гиперемии: ПМмакс - максимальное значение ПМ после снятия окклюзии; T1/2 - время полувосстановления кровотока, представляющее собой интервал времени от момента достижения ПМмакс до времени достижения половины величины разности ПМмакс - ПМисх.

Результаты исследования и их обсуждение.

При исследовании периферического кровотока в состоянии покоя показано отсутствие достоверных изменений величины ПМисх для всех возрастных групп ($p = 0,18$).

В ответ на кратковременную ишемию наблюдалось достоверное увеличение величины ПМмакс в 2,5 - 4 раза ($p < 0,001$) во всех возрастных группах по сравнению с величиной ПМисх. Увеличение кровотока в процессе развития постокклюзионной реактивной гиперемии обусловлено повышением концентрации продуктов анаэробного метаболизма, накопившихся во время ишемии, которые, в свою очередь, вызывают расслабление сфинктеров и, соответственно, открытие резервных (ранее нефункционирующих) капилляров. Кроме того, в процессе старения наблюдалось снижение максимальной величины ПМ после снятия окклюзии, которое наиболее выражено в старшей возрастной группе. В данной группе испытуемых величина ПМмакс достоверно уменьшалась на 39% ($p < 0,001$) и 31% ($p < 0,05$) относительно испытуемых молодого и среднего возраста соответственно. Достоверных отличий величины T1/2 для всех возрастных групп не выявлено ($p = 0,15$).

Известно, что старение сопровождается снижением плотности капилляров, в частности уменьшением количества функционирующих капилляров [9,10]. В процессе старения наблюдаются явления сосудистого разряжения, зоны полной облитерации сосудов, неравномерность калибра микрососудов, замедляются процессы ангиогенеза [3,7]. Перечисленные факторы можно рассматривать как возможные объяснения сниженного функционального ответа кожных микрососудов. Кроме того возрастное снижение потока крови через сеть капилляров может быть вызвано повышением вязкости крови и плазмы, увеличением агрегации эритроцитов и тромбоцитов [10].

Эти процессы должны были бы привести к существенному снижению перфузии кровью как

в условиях покоя (ПМисх), так и после снятия окклюзии (ПМмакс). Однако мы не обнаружили никаких достоверных изменений перфузии крови в покое и после снятия окклюзии до 65-ти лет. И лишь после 65-ти лет в ответ на кратковременную ишемию максимальная величина перфузии (ПМмакс) достоверно снижалась приблизительно на 30% ($p < 0,001$) по сравнению молодыми испытуемыми.

Мы полагаем, что наблюдаемые незначительные изменения перфузии как в условиях покоя, так и в ответ на кратковременную ишемию до 65-ти лет можно объяснить активным перераспределением кровотока в капиллярных сетях, а именно увеличением доли функционирующих капилляров из их общего пула, достаточного для поддержания постоянства перфузии кожи. После 65-ти лет происходит дальнейшее сокращение общего количества капилляров. И таким образом дополнительное открытие резервных капилляров уже не обеспечивает необходимый тканевый гомеостаз, что, в конечном счете, приводит к снижению кровотока кожи в группе испытуемых старшего возраста.

Выводы. Таким образом, в результате исследования возрастных особенностей периферического кровотока в коже человека было показано возрастное снижение максимальной величины перфузии кожи кровью у здоровых испытуемых после снятия окклюзии, обусловленное изменениями, которые происходят в сосудистом русле при старении. Данные, полученные в результате спектрального анализа колебаний кровотока, свидетельствуют о снижении пределов функционирования артериолярного и веноулярного звеньев микроциркуляторного русла и сокращении границ регуляции со стороны миогенной системы, а также об ослаблении регуляции кровотока со стороны эндотелиальной и нейрогенной систем.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аравийская Е.Р. Фотопротекция в современной дерматологии и косметологии: классические представления и новые сведения / Е.Р. Аравийская, Е.В. Соколовский // Вестник дерматологии и венерологии. – 2013. – № 3. – С. 114-118.
2. Ахтямов С.Н., Кягова А.Л. Клинико-морфологические особенности старения кожи // Вестн. дерматол. и венерол. 2005. №4. С. 60-65.
3. Губанова Е.И. Морщины: разнообразие топографии, анатомии, этиопатогенеза / Е.И. Губанова // Kosmetik international. – 2013. – № 5. – С. 8-17.
4. Дубинская В.А. Кожа человека: влагообмен и

старение // Клин. геронтол. 2007. №8. С. 22-26.

5. Кононов А.В., Городилов Р.В., Мантурова Н.Е. Старение кожи: механизмы формирования и структурные изменения // Анналы пласт., реконстр. и эстет. хир. 2010. №1. С. 88-92.

6. Круглова Л.С., Иконникова Е.В. Гиперпигментации кожи: современные взгляды на этиологию и патогенез. Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2017.-Том 20, № 3, С.178-183

7. Обаджи З.Э. Искусство оздоровления кожи: восстановление и омоложение. Научные основы клинической практики./Зейн Э.Обаджи; [пер. с англ. А.А. Полянской, О.В.Стафиновой]. М.: Практическая меди-

цина, 2016.-300 с.: с ил.- Доп.тит.л.англ.

8. Черныш, А. Современные методы неинвазивной диагностики в дерматологии / А. Черныш, Н.Е. Мантурова // Эстетическая медицина. – 2014. – Т. 13, № 2. – С. 303-311.

9. Шарова, А.А. Термостарение кожи – новая концепция развития инволюционных изменений / А.А. Шарова // Инъекционные методы в косметологии. – 2012. – № 1. – С. 96-99

10. Юсова Ж.Ю. Изменение микроциркуляторного русла и инволюционные изменения кожи / Ж.Ю. Юсова, В.Н. Баранов, Н.Н. Потекаев // Эстетическая медицина. – 2010. – Т. 9, № 4. – С. 423-428.

СЕМЕЙНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ТАДЖИКИСТАНА ПОСЛЕ ВЫХОДА НА ПЕНСИЮ, ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Шодихон Джамишед¹, Камалова С., Магзумова Ф.П.²

¹Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан,

²ГУ «Научно-исследовательский институт экспертизы и реабилитации инвалидов» МЗСЗН РТ

Актуальность. Все мировое сообщество, в настоящее время, поставлено перед фактом демографического старения населения, что привело к увеличению числа лиц пожилого возраста (60+) в общей структуре населения жителей планеты [7, 8]. В свою очередь, неуклонный рост числа лиц пожилого возраста сопряжен с возникновением целого ряда серьезных вызовов во всех сферах жизни, в том числе, состоянии здоровья и доступе к услугам здравоохранения,

Проведенные нами исследования показали, что процесс демографического старения и связанные с ним проблемы, коснулись и Республики Таджикистан. Отмечается неуклонный рост продолжительности жизни населения, о чем неоднократно было озвучено в Посланиях Президента страны Э. Рахмона к Парламенту в 2013, 2015 и 2018 годах [2, 3, 5]. Так, если средняя продолжительность жизни населения в 2000 году составляла 68,2 года, в 2011 году достигла 72,5 лет, а в 2015 году 74,3 лет, то в 2020 году она достигла 75 лет, что на 6,8 лет больше, по сравнению с 2000 годом. На 01.01.2020 г. число лиц старше 60 лет составило 563,4 тыс. человек (6,05%), что свидетельствует о том, что Таджикистан переступил порог старения [6, 7]. Учитывая актуальность назревающих проблем, связанных со старением населения, о чем свидетельствует опыт многих европейских государств, вопрос старения стал одним из приоритетных направлений развития в стране и был включен в Национальную стратегию развития

Республики Таджикистан до 2030г. [4], при этом, пожилые люди, в этом документе, представлены отдельной социальной группой: «Демографические процессы в силу своей взаимообусловленности с происходящими социальными и экономическими процессами имеют особое значение, для долгосрочного развития страны. Население республики будет неуклонно расти и в период до 2030 года может достигнуть 11,5 млн. человек. В разделе «основные направления действий в области институциональной модернизации системы социальной защиты особый уклон сделан на создание единой электронной базы данных получателей социальных пособий, создание и внедрение системы «единого окна» в процесс регистрации и ведения отдельных форм социальной защиты, разработка и внедрение оптимальных механизмов финансирования социальных услуг. В области обеспечения сочетания направлений действий защищающего и стимулирующего возможности характера в процессе социальной защиты уязвимых слоев населения особое внимание уделено развитию системы социальной защиты пожилых граждан через повышение качества и доступности социального обслуживания для лиц пожилого возраста; внедрение минимальных социальных стандартов социальных услуг, предоставляемых пожилым гражданам; создание и внедрение геронтологической службы для оказания медицинской помощи и других специализированных услуг людям пожилого возраста; формирование системы подушевого финансирования соци-

альных услуг, оказываемых пожилым гражданам в интернатных учреждениях; создание механизмов гибкой занятости пожилых граждан» [4].

Цель исследования. Получение объективной информации и конкретизация основных потребностей пожилых людей после выхода на пенсию, путем самооценки здоровья и доступа к медицинскими услугами.

Материал и методы исследования. Участниками исследования были пожилые люди, проживающие в семьях в г. Душанбе, ГБАО, РРП, Хатлонской и Согдийской областях. Всего проведено 14 фокус - групп, индивидуальных и глубинных интервью, в которых участвовало 165 респондентов в возрасте 60+, в том числе мужчин – 76, женщин – 89. Пенсионный возраст по законодательству Республики Таджикистан определен для мужчин - 63 года, для женщин – 58 лет [1]. Исследования проведены по специально разработанным нами вопросам, которые предоставили нам возможность получить необходимую информацию по интересующим нас вопросам, и осветить их впервые в данной публикации.

Результаты исследования и их обсуждение. Известно, что достижение пожилого возраста и выход на пенсию приводит, как отмечают психологи, к «шоку отставки» [7], причиной которого является потеря работы, своего привычного социума, замыканию в узком круге своих проблем, постепенной потере связи с внешним миром, попаданием в информационный вакуум. Пожилые люди становятся жертвой различных видов насилия, начинают чувствовать свою ненужность обществу,

чувствовать, что стали обузой семье, становятся зависимыми от окружения. При оценке качества жизни пожилых людей в целом по республике, после выхода на пенсию (табл. 1), установлено, что отношение детей в семье ухудшилось на 16,5%, окружающих на 14%, финансовое положение на 18,2%, а состояние здоровья стало хуже на 28,4%.

Одной из главных целей социальной защиты пожилого человека является обеспечение доступа к услугам здравоохранения. В данном исследовании, определенный интерес для нас представляла самооценка состояния здоровья, оценка услуг оказываемых в медицинских центрах и стационарах и отношение пожилых людей к качеству получаемых ими услуг. Самооценка здоровья пожилыми людьми, проведена по трем критериям: «хорошее», «среднее», «плохое», и представлена в табл. 2, где «хорошее» состояние здоровья отметили жители Согдийской области и ГБАО в 71,4% и 55,6% соответственно.

Состояние здоровья как «плохое» не было отмечено ни у одного жителя в регионах, за исключением жителей г. Душанбе, где в 11,4% случаев пожилые люди жаловались на плохое состояние здоровья. Также, у опрошенных жителей г. Душанбе «хорошее» состояние здоровья выявлено не было.

В Таджикистане, в настоящее время, не налажена служба оказания геронтологической помощи, и все пожилые жители республики пользуются услугами семейных врачей в центрах здоровья, стационарах общего профиля, а чаще всего на дому. Анализ получаемых услуг в центрах здоро-

Таблица 1

Качество жизни пожилого человека после выхода на пенсию, в %

Качество жизни	Отношение детей	Отношение окружающих	Финансовое положение	Состояние здоровья
Улучшились	20,7	18,2	9,1	9,8
не изменилось	62,8	67,8	72,7	61,8
Ухудшилось	16,5	14,0	18,2	28,4
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 2

Самооценка здоровья пожилыми людьми по регионам, в процентах

Критерии	ГБАО	Согд	Хатлон	Душанбе	РРП
Хорошее	55,6	71,4	7,69	0	4,0
Среднее	44,4	28,6	92,3	88,6	96,0
Плохое	0	0	0	11,4	0
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

вья показал (табл.3), что консультативную помощь и обследование получают все пожилые люди, если обращаются к семейному врачу.

Медикаментозную помощь, которая является важным компонентом услуг, и от которой зависит состояние здоровья пожилых людей, получали только 15% респондентов в городе Душанбе, и такая же картина отмечается в оказании диспансеризации. В других регионах республики ни медикаментозная помощь, ни диспансерное наблюдение не проводились.

Частота посещений центров здоровья респондентами является показателем характеризующим, доверие пациентов своему врачу и качеству оказываемых услуг. Оценка качества услуг проводилась

по трем критериям, «хорошее», «удовлетворительное» и «не удовлетворительное» (табл. 4), показала, что в ГБАО «хорошее» качество услуг отметили в 88,8% респондентов, в РРП, Хатлоне и Душанбе в 28, 15 и 2,9% респондентов соответственно.

В Согдийской области «хорошее» качество услуг ни одним респондентом не было отмечено. В целом, большая часть респондентов оценили качество оказываемых услуг в центрах здоровья, как «удовлетворительное». За последние годы сложилась тенденция непосещения пожилыми людьми центров здоровья. Причиной оказалось в 100% случаев дороговизна услуг и недоверие к врачам в 73,3% случаев в среднем. Недоверие к врачу общей практики в 73,3% случаев является серьезной

Таблица 3

Распределение пожилых людей по получаемым услугам, в центрах здоровья, по регионам, в %

Услуги	Консультации		Обследование		Медикаменты		Диспансеризация	
Регионы	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет
ГБАО	100,0	0,0	00,0	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
Согд.	100,0	0,0	00,0	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
Хатлон	100,0	0,0	00,0	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
Душанбе	100,0	0,0	00,0	0,0	15,0	85,0	15,0	85,0
РРП	100,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0

Таблица 4

Качество оказываемых амбулаторных услуг по регионам, в %

Критерии здоровья	ГБАО	Согд	Хатлон	Душанбе	РРП
Хорошее	88,8	0	15,4	2,9	28,0
удовлетв.	11,1	92,9	84,6	85,7	68,0
не удовлет	0	7,1	0	11,4	4,0
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

проблемой и диктует необходимость подготовки кадров врачей геронтологов в республике.

Качество оказания медицинской помощи на дому является важной составляющей социальной помощи пожилым людям в условиях рыночной экономики, которую пожилые люди оценили как «хорошее» в 10,7%, и неудовлетворительное в 7,14% случаях. Основная масса обследованных оценили услуги на дому как «удовлетворительное», и эта оценка составила 82,1% случаев.

Доступ к получению медицинской помощи в условиях стационаров так же является одним из критериев благосостояния пожилого человека в условиях рыночной экономики. Анализ доступности к стационарному лечению пожилых людей в зависимости от региона проживания (табл.7) составил в среднем 34,0%.

При дифференцированном анализе доступа к стационарному лечению по регионам установлено, что самый низкий показатель выявлен в Душанбе 14,3% и ГБАО -22,2%, в Хатлонском регионе он был равен 53,85, а в РРП - 44,0 процента. На наш взгляд, уменьшение возможности лечиться в условиях стационара является свидетельством дороговизны услуг и ухудшения материальных возможностей бенефициаров после выхода на пенсию. Это мнение подтвердилось ответами респондентов на вопросы о качестве стационарного лечения (табл.8), где все респонденты в 100% случаях ответили, что услуги очень дорогие, нет бесплатных медикаментов, плохие условия отметили в 62,2 и 16,7% случаях соответственно, нет специалистов – в 61,2% случаях.

Выводы. Таким образом, процесс старения

Таблица 5

Распределение пожилых людей по доступу к стационарному лечению по регионам, в %

Ответы	Регионы					
	ГБАО	Согд	Хатлон	Душанбе	РПП	Среднее в РТ
Да	22,2	35,7	53,8	14,3	44,0	34,0
Нет	77,8	64,3	46,2	85,7	56,0	66,0

Таблица 6

Оценка пожилыми людьми качества стационарного лечения по регионам, в %

Качество услуг	ГБАО	Согд	Хатлон	Душанбе	РПП	Итого
Дорого	100	100	100	100	100	100
Нет специалистов	100	50,0	61,5	20,0	78,0	61,9
Нет медикаментов	5,6	50,0	69,2	91,4	70,0	57,2
Плохие условия.	0,0	14,3	38,5	8,6	22,0	16,7
Плохое питание	5,6	50,0	30,8	34,3	85,0	41,1

коснулся и нашей республики став причиной не-которого ухудшения состояния здоровья пожилых людей, что повлиял на состояние их здоровья и качество жизни. После выхода на пенсию, отношение детей к пожилым родителям ухудшилось на 16,5%, окружающих на 14%, финансовое положение на 18,2%, а состояние здоровья стало хуже на 28,4% случаев. В связи с отсутствием геронтологической службы в Таджикистане, все пожилые жители республики пользуются лишь услугами семейных врачей в центрах здоровья, стационарах общего профиля, и чаще всего на дому. Медикаментозная помощь, которая является важным компонентом услуг, и от которой во многом зависит состояние здоровья пожилых людей, получали только 15% респондентов и только в городе Душанбе. Доступ к получению медицинской помощи в условиях стационаров является одним из критериев благосостояния пожилого человека и составил в среднем 34,0%. На дороговизну услуги недоверие к врачу высказались в среднем 100,0% и 73,3% респондентов соответственно, что является серьезной проблемой и диктует необходимость подготовки кадров врачей геронтологов в республике.

С этой целью главной задачей является разработка рекомендации по повышению эффективности оказываемых услуг намеченных в Национальной стратегии развития республики Таджикистан до 2030 года, приоритетных направлениях Мадридского международного плана действий по вопросам старения и Лиссабонской политической декларации 2017г., [7, 8], как индикаторов развития качественного долголетия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Закон «О пенсионном обеспечении граждан Республики Таджикистан» от 11.12.1999г., № 911 ст. 11.
2. Послание Президента Э. Рахмона Мачлиси Оли Республики Таджикистан, 24 апреля 2013 года
3. Послание Президента Э. Рахмона Мачлиси Оли Республики Таджикистан, 23 января 2015 года.
4. Постановление Правительства Республики Таджикистан «Национальная стратегия развития республики Таджикистан на период до 2030 года» от 1 октября 2016 года № 392
5. Послание Президента Э. Рахмона Мачлиси Оли Республики Таджикистан, 26 декабря 2018 года.
6. Демографический ежегодник Республики Таджикистан 2018 года
7. Мадридский международный план действий по проблемам старения 2002 года // Организация Объединенных Наций URL: http://www.un.org/ru/documents/declconv/declarations/ageing_program.shtml
8. A sustainable society for all ages, realizing the potential of living longer, UNECE Ministerial Conference on Ageing 2017, Lisbon, from the 20th to 22nd of September
9. Изучение и анализ вопросов, связанных со старением населения в Республике Таджикистан и выявление их проблем (Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 19.09.2018 г. за № 854).

АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Галчабекова М.А., Олимова М.М., Одинаева Н.В.

НИИ «Медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»

Цель исследования: анализ различных нарушений развития речи у детей с неврологическими заболеваниями для определения дальнейших шагов по улучшению логопедической помощи.

Материал и методы исследования. Истории болезни и амбулаторные карты детей-инвалидов, получившие комплексную медико-реабилитационную помощь, в том числе логопедическую в стационаре НИИ «Медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» с 2017 по 2018гг.

Результаты исследования и их обсуждение. За прошедший период в логопедическом кабинете получили лечение 562 ребенка от 5 до 18 лет (ср. возраст составил 11,5 лет). По нозологическим формам дети с детским церебральным параличом (ДЦП) составили 456 (81,1%) больных, причем мальчиков было 239 (42,5%) и девочек 217 (38,6%). При распределении по возрасту до 5 лет – 129 (22,9%) от 5 до 10 лет – 202 (35,9%) от 10 до 18 лет – 140 (24,9%). Дети с болезнью Дауна составили 50 (8,9%) человек, причем большую часть составили мальчики 47 (8,4%) соответственно, при этом данный контингент детей в основном был до 5 лет 39 (6,9%). На третьем месте были дети с синдромом заикания 42 (7,5%), мальчиков – 26 (4,6%) и девочек – 16 (2,8%) человек соответственно. В возрастном отношении дети с заиканием были распределены равномерно до 5 лет 15 (2,6%), от 5 до 10 лет 10 (1,8%) от 10 до 18 лет 17 (3,0%) человек соответственно. И на последнем месте оказались дети с аутизмом 14 (2,5%), при этом мальчики значительно преобладали над девочками 9 (1,6%) и до 5 лет их оказалось 10 (1,8%) человек.

Основные нарушения со стороны логопедии с которыми сталкиваются дети с ДЦП – это повышенное слюнотечение, нарушение жевательного и глотательного рефлексов. Так до 80% данные нарушения отмечаются у детей до 5 лет, до 60% у детей до 10 лет в случае отсутствия логопедической терапии и у детей с 10 до 18 лет в 10% случаев данные нарушения еще встречаются. Отмечается 100% нарушение звукопроизношения у детей до 5 лет (без проведенного логопедического лечения)

и чем младше ребенок и выше проявления ДЦП, тем более выражены эти изменения.

Логопедическая терапия включает в себя логопедический и артикуляционный массаж, постановку голоса с последующей постановкой звукопроизношения и постановкой слов. Курс лечения составляет занятия от 15 до 30 минут 10 дней.

Нами отмечено, что у детей с легким и средне выраженным поражением ДЦП после 2-3 курсов лечения на 100% исчезает слюнотечение, глотательный и жевательный рефлексы восстанавливаются на 80% к этому времени. У детей с тяжелой формой ДЦП через 2 года логопедического лечения отмечается 40% восстановление данных рефлексов.

Сто процентная постановка голоса с последующей постановкой звукопроизношения у детей с легким и средне выраженным поражением ДЦП происходит на 2-3 курсы логопедического лечения. Постановка произношения слов и отдельных фраз при логопедическом лечении в течение года лучше происходит у детей до 10 лет. У детей с болезнью Дауна в основном нарушено звукопроизношение. При этом постановка голоса с последующей постановкой звукопроизношения у них происходит на 2-3 курсы логопедического лечения. Постановка произношения слов и отдельных фраз при логопедическом лечении происходит в течение года.

Детям с заиканием применяется логопедический массаж и постановка дыхания при произношении слов и в зависимости от степени выраженности поражения курсовое лечение проводится до полного выздоровления. У детей с аутизмом лечение проводится в игровой форме в виде вопросов и ответов, при этом длительность лечения зависит от самого ребенка.

Выводы. В связи с выраженными логопедическими нарушениями у детей с ДЦП и полученными нами хорошими результатами от проведенной логопедической терапии необходимо более широко использовать данный метод лечения в комплексной терапии ДЦП. Назрела необходимость внедрения логопедической помощи в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Пулатов К.Дж.

ГУ «Комплекс здоровья Истиклол»,

НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

Цель исследования. Оценка результатов эндоскопической диагностики гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением у лиц пожилого и старшего возраста.

Материал и методы исследования. Анализу подвергли результаты лечения 89 больных старше 60 лет с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Больных в возрасте 61–70 лет было 29 человек, 71–80 лет – 53 человека, старше 80 лет – 7 человек. Сопутствующие заболевания у больных пожилого и старческого возраста с ЖКК были выявлены у 82% больных. У пациентов чаще всего встречались от одного до трех и более сопутствующих заболеваний. Интенсивность кровотечения оценивали по классификацию Forrest (F) (1974). Для определения тактики лечения использовали классификацию кровотечений по эндоскопической картине, предложенной J. Forrest (1976), согласно которой различают: FI – активное, продолжающееся кровотечение; FIA – пульсирующее кровотечение; FIB – кровотечение потоком; FII – признаки состоявшегося (недавнего) кровотечения; FIIa – видимый сосуд на дне язвы без кровотечения; FIIb – фиксированный тромб - сгусток; FIIC – язва с бурым налетом; FIIC – язва с чистым дном [3]. Исследование выполняли торцевым видеогастроскопом фирмы «Карл Шторц» (Германия) с рабочим каналом 2,8 мм в отделение реанимации. При первичном эндоскопическом исследовании устанавливали локализацию и размеры источника кровотечения, характер и интенсивность кровотечения, а также степень устойчивости гемостаза.

Результаты исследования и их обсуждение. Больные были распределены по возрасту и полу. При этом мужчин было 68 (76,4%), женщин 21 (23,6%). Средний возраст больных составил $76,2 \pm 6,24$ лет. Задачи эндоскопического исследования при кровотечении являлись: выявление локализации кровотечения, определение интенсивности кровотечения, степени риска рецидива, определить показания к эндоскопическому гемостазу.

Определить время наступления рецидива кровотечения крайне затруднительно, особенно у лиц старческого возраста и пациентов с высоким риском оперативного вмешательства. По

локализации источника кровотечения пациенты распределились следующим образом: эрозивно-язвенные поражения тела желудка – 6 (6,8%), антральный отдел желудка 12 (13,7%), пилорический отдел и привратник – 27 (31%) - луковица двенадцатиперстной кишки 38 (43,6%), кардиальный отдел желудка 4 (4,5%). При этом учитывались следующие критерии активности кровотечения: продолжающееся кровотечение струйное или потоком типа FIa и типа FIb, а также признаки недавнего или состоявшегося кровотечения - FIIa и тип FIIb.

По нашим наблюдениям высокий риск рецидива кровотечения при наличии таких стигм недавнего кровотечения как видимый некровоточащий сосуд и фиксированный тромб-сгусток - типа FIIa и тип FIIb имело место у 65 (87,3%) пациентов. Активное кровотечение на момент осмотра (FIa и тип FIb) было выявлено у 11 (12,6%) больных. При выборе эндоскопического гемостаза большое значение имело место локализация «зона интереса»: при легкой доступности к источнику кровотечения - эффективность гемостаза составила до 90%. В клинике мы использовали следующие методики эндоскопического гемостаза: орошение источника кровотечения, обкалывание раствором адреналина, склерозанта, моно- и биполярная диатермокоагуляция, а также их сочетание.

У 8 (9,1%) пациентов выявлено признаки низкой степени риска рецидива кровотечения (чистое дно язвы или плоское черное пятно в дне язвы – типы FIII и FIIC). Тактика введения таких больных было эндоскопически активно-выжидательным.

Первичное выявление источника кровотечения не дало результата у 3 пациентов, из-за неадекватной подготовки или выраженности интенсивности кровотечений во время выполнения процедуры ФЭГДС. У 32 пациентов после установления признаков состоявшегося кровотечения FIIb - риск рецидива сохранился в течение 24 суток мониторинга. Анализ приведенных наблюдений показывает, что в хирургическое отделение 53 (67,6%) больных доставлялись позже 12 часов с момента заболевания. Несвоевременная госпитализация больных была связана с поздней обращаемостью

их за медицинской помощью.

Вывод. При установлении источника кровотечения важными критериями оценки диагностики являются: локальность, интенсивность и определение степени риска рецидива кровотечения, а также наличие сопутствовавшей патологии. Наиболее высокий риск рецидива кровотечения является фиксированный тромб-сгусток - типа FIIa и тип FIIb, что определяет дальнейшую тактику введения больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Луцевич Э.В. Диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений /Э.В. Луцевич, И.В. Ярема, Б.Р. Бахшалиев // Хирургия. - 1991. - №9. - С. 55-60.
2. Хохлова Е.Е. Острое гастродуоденальное эрозивно-язвенное поражение у пожилых больных терапевтического и неврологического профиля / Е.Е. Хохлова [и др.] // Клиническая геронтология. - 2013. - №3-4. - С. 40-42.
3. Forrest J.A.N. Endoscopy in gastrointestinal bleeding / J.A.N. Forrest, N.D.L. Finlaysia, D.J.L. Shearman // Lancet. - 1974. - №11. - P. 395-397.

ЗДОРОВОЕ СТАРЕНИЕ – ПУТЬ К АКТИВНОМУ ДОЛГОЛЕТИЮ

Шакирбаева Ж.Ш.

*Кыргызская республика, дневной центр для пожилых людей «Ардагер» при
ОО «Баяжан.bayadjan@mail.ru»*

Народные представления подтверждены научными экспериментами. Учёные доказали, что люди старшего возраста, несмотря на общее снижение интеллектуальных способностей, обладают заметно большей мудростью по сравнению с молодыми.

В августе 2015 года на базе общественного объединения «Баяжан» в городе Каракол начал работу первый, как центр «Ардагер» дневного пребывания для пожилых людей. По проекту «Подари счастье пожилым», целью которого, было повышение качества жизни людей пожилого возраста посредством их вовлечения в активную социальную жизнь и создания безопасных условий в повседневной жизни. «Душевное и физическое состояние здоровья пожилого человека во многом определяется качеством его взаимодействия с окружающим миром. А нашему обществу, к сожалению, свойственно социально изолировать пожилых людей», - говорит к.м.н., психотерапевт Жибек Жолдасова, - им даже в семейном кругу может не хватать «своего» собеседника. Посещение центров дневного пребывания для пожилых людей - хорошее решение в борьбе с дефицитом общения и одиночеством в преклонном возрасте».

Решая поставленные цели и задачи проекта «Подари счастье пожилым», центр дневного пребывания пожилых людей «Ардагер» за эти годы увеличил охват бенефициаров социальными услугами ЛОВЗ и пожилых гражданот 20до 115человек.

На основе опыта работы по предыдущему проекту сделан анализ и вывод, что кроме оказания помощи в виде единовременной выдачи продуктов и материальной помощи остро стоит проблема создание и активное внедрение герон-

тологических услуг для пожилых граждан «55+», «60+» и выше, при этом особое внимание будет уделять качественной медик социальной помощи.

Таким образом, дневной центр пожилых «Ардагер» поставила перед собой социальную цель – заботу о здоровье пожилых людей города.

Работа в центре ведется согласно Постановлению Кыргызской Республики от 30 августа 2019 года №442 «Об утверждении плана мероприятий по повышению качества жизни пожилых граждан в Кыргызской Республике на 2019-2025 годы».

В целях повышения качества жизни пожилых граждан, в соответствии со ст. 4 Закона Кыргызской Республики «О пожилых гражданах в Кыргызской Республике», ст. 10 и 17 Конституционного Закона Кыргызской Республики «О Правительстве Кыргызской Республики». В соответствии с решениями Координационного совета по социальной защите населения и правам детей от 14 октября 2016 года и Правительства Кыргызской Республики от 28 ноября 2016 года был разработан «План мероприятий по повышению качества жизни пожилых граждан Кыргызской Республики на 2019-2025 годы».

В 2002 году Кыргызская Республика стала участником Международного Мадридского плана действий по проблемам старения, в соответствии с которым Кыргызстан взял обязательства по «обеспечению пожилого населения страны возможностью жить в безопасных и достойных условиях и продолжать участвовать в жизни общества в качестве полноправных граждан».

Международный Мадридский план действий по вопросам старения (далее - ММПД) был принят в апреле 2002 года представителями 159 стран

на Второй Всемирной Ассамблее по старению населения странами-членами ООН, в том числе и Кыргызской Республикой.

Цель ММПД состоит в обеспечении пожилых граждан всех стран мира возможности жить в безопасных и достойных условиях и продолжать участвовать в жизни общества в качестве полноправных граждан.

Основные направления Плана мероприятий по повышению качества жизни пожилых граждан Кыргызской Республики на 2019-2025 годы:

- равенство и не дискриминация. Меры по предотвращению жестокого обращения и насилия в отношении пожилых граждан;

- профилактика и укрепление здоровья, повышение доступа пожилых граждан к качественным медицинским услугам через совершенствование системы охраны здоровья и продвижение активного долголетия;

- обеспечение благополучия на всех этапах жизненного цикла пожилых граждан. Сокращение уровня бедности среди пожилых граждан;

- обеспечение доступности пожилых граждан к государственным и муниципальным услугам путем развития рынка социальных услуг и расширения форм поддержки негосударственного сектора.

Реализация обеспечит безопасную и достойную жизнь пожилых граждан в Кыргызской Республике, равноправно участвующих в политической, социальной, экономической и культурной сферах.

Главные задачи, предусмотренные планом:

- разработка мер, направленных на предупреждение жестокого обращения и насилия в отношении пожилых граждан;

- проведение исследования по вопросам геронтологии и гериатрии;

- разработка программы активного долголетия пожилых граждан;

- создание реабилитационных центров на местном уровне;

- формирование культуры добровольческой деятельности в формате межпоколенческого диалога и совместной деятельности.

Современная демографическая ситуация в мире характеризуется увеличением числа и доли пожилых людей в обществе. Причем в ближайшие десятилетия XXI в. как в развитых, так и в развивающихся странах будут усиливаться процессы старения населения.

Известно, с повышением средней продолжительности жизни (СПЖ) населения европейских и ряда иных экономически развитых странах по-

стоянно нарастает число людей, перешагнувших 65-летний возрастной рубеж. При этом медианный возраст населения в этих государствах является самым высоким в мире. В перспективе средний возраст населения и доля людей, достигших пенсионного возраста, будут стремительно расти даже в тех странах, где ожидаемая продолжительность жизни намного ниже, чем в среднем по Европе. Прогнозируется, к 2050 г. больше четверти (27%) населения будут составлять люди в возрасте 65 лет и старше.

Масштабные процессы демографического старения характерны и для стран Содружества независимых государств (СНГ). По мнению ряда экспертов, в течение менее чем двух-трех десятилетий III миллениума медианный возраст населения стран - участников СНГ увеличится на 10 лет.

Система здравоохранения и социальной защиты населения, как взаимодополняющие друг на друга социальные отрасли государства, должны быть в состоянии обеспечить лицам пожилого и старческого возраста своевременную, доступную, квалифицированную, безопасную и качественную медик социальную помощь. В связи с этим возрастает интерес к геронтологии. В «программе ООН по исследованиям старения в XXI в.» принятой ООН на Ассамблее по проблемам старения в 2002г., подчеркивается актуальность обеспечения активного, здорового и продуктивного долголетия человека. По прогнозам ООН число лиц пожилого, старческого возраста и долгожителей к 2025г. составит 1 млрд., или 15% всего населения планеты.

Проблемы пожилых людей существовали всегда, но в каждый исторический период проявлялись по-разному, особо они актуализируются в постсоветский период для Кыргызской Республики, и они рассматриваются в различных аспектах: социологическом, медицинском, демографическом с позиции геронтологии.

В период современной кыргызской государственности (1991г.) и по настоящее время в стране сформировалась непростая демографическая ситуация. К сожалению, средняя продолжительность жизни (СПЖ) кыргызстанцев возрастала медленно от 69,1 лет (2009г.) до 71,3 лет (2019г.), соответственно у мужчин: 65,2-67,4 лет, женщин: 73,1-75,6 лет, разница между ними колебалась от 7,9 до 8,2 лет. По данным показателям страна занимает 110-111 место среди 180 стран мира. В этот период, несмотря на снижение показателей общей смертности, все же она оставалась высокой по отдельным нозологиям. Особенно это касается

сердечно-сосудистых (594,0 на 100 тыс. населения) и онкологических заболеваний (114,2 на 100 тыс. населения) В целом смертность от неинфекционных заболеваний в Кыргызстане составляет 912,7 на 100 тыс. населения и находится практически в середине ранжированного ряда стран мира по этому показателю.

В настоящее время по сложившейся возрастной структуре населения Кыргызская Республика входит в группу молодых стран за счет этнического фактора, ведущего к демографическому омоложению, при медианном возрасте - 23,7 лет, и индекс старения - 21,2 (по данным 2009 г.). В целом для населения доля пожилых людей между 1989 и 1999 гг. и между 1999-2009 гг. имеет малую тенденцию к нарастанию. Эти закономерности прогностические в определенной степени сохраняются до следующего периода национальной переписи (2020г.). Особенно это характерно для городского населения, где удельный вес возраста 60 лет и старше составляет 51,5%.

В последние годы в Кыргызской Республике уделяется большое внимание развитию здравоохранения. Однако, несмотря на это, среди населения трудоспособного возраста, составляющего (57,9%) от общей структуры численности населения, смертность продолжает оставаться на высоком уровне. Причем среди мужчин эти показатели значительно выше, существенную роль играют болезни кровообращения – 49% всех смертельных случаев. По заболеваемости населения в стране сохраняется высокий уровень инфекционных болезней и распространенности болезней органов дыхания, мочеполовой системы и органов пищеварения. Необходимо отметить, что в последнее десятилетие на 100 тыс. населения происходит постепенное смещение приоритетов в сторону болезней системы кровообращения: 1999г. (684,3), 2009г. (1150,4), 2018 (1274,5). Новообразования, отмеченные в 2009 г.: особенно нарастают у лиц старших групп трудоспособного возраста 50-54 лет (243,7), 55-59 лет (364,6), 60–64 (490,0), 65 лет и выше (678,9) [«Пожилые люди в Кыргызской Республике» отчет статистического исследования - 2017г.].

Поэтому, отсутствие адекватных профилактических мер может привести впоследствии к росту инвалидизации населения, т.е. утрата трудоспособности вследствие болезни. Следовательно, особое внимание с позиций геронтологии требует изучение здоровья населения с учетом факторов риска пожилого возраста.

Ресурсный потенциал системы здравоохранения Кыргызской Республики в условиях рыночной и переходной экономики подвергался, серьезным организационно-функциональным изменениям предопределяя в известной мере показатели здоровья нации и качества уровня жизни населения.

Таким образом, оценка существующего ресурсного потенциала системы здравоохранения показывает отсутствие условий развития геронтологической службы в стране, в том числе врачебных и сестринских специальностей по геронтологии. Потребности населения пожилого и старческого возраста в недостаточной степени удовлетворяются в общей системе ПСМП и больничной сети.

Современная экономическая ситуация страны в условиях ограниченности ресурсов здравоохранения не позволяет в необходимом объеме реализовывать государственные программы для пожилых, т.е. медик социальное обслуживание пожилых людей не соответствует общемировым нормам и стандартам. Все это диктует необходимость формирования комплекса государственных и межгосударственных мероприятий по профилактике патологии старения. Разработана государственная комплексная программа «Повышение качества жизни пожилых людей в Кыргызской Республике», также создана Платформа «Активное долголетие кыргызстанцев» на 2020-2022 гг., инициированной Национальным комитетом парламентариев Кыргызской Республики для разработки национальной программы «Активное долголетие кыргызстанцев».

Таким образом, прогнозируемая медико-демографическая ситуация с учетом параметров социально-экономического развития в Кыргызской Республике на ближайшие 10 лет как объективно, так и субъективно предрасполагает к созданию потенциала развития геронтологической службы страны и реализации национального плана в соответствии со стратегией ВОЗ «Здоровое старение».

Главный внештатный геронтолог МЗиСР Кыргызской Республики, доктор медицинских наук, профессор Гульмира Баитова отметила: “Чтобы развивать и реализовывать эту программу должны активно участвовать как государственные секторы, в лице Правительства, Министерства здравоохранения и социального развития Кыргызской Республики, так и неправительственные гражданские секторы. В зарубежных странах есть пансионаты, которые существуют благодаря меценатам. Я считаю, что и мы должны привлекать бизнесменов для улучшения качества жизни пожилых людей

и открывать центры, где нуждающиеся в уходе могли бы получать помощь. Анализы анкетирования нашли такие пожелания, как открытие клуба для пожилых людей, где они могли бы общаться, обучаться компьютерной технологии, и, самое отрадное, они очень хотят путешествовать. Хочу выразить благодарность партнерам и тем людям, которым небезразлична проблема пожилых людей”.

Политика нашего государства направлена на сохранение здоровья пожилых людей, а главное оказание им качественной медицинской помощи. Так как многие пожилые люди продолжают вести активную жизнь, работать и приносить пользу государству.

У человека, вышедшего на пенсию, развивается депрессия, что приводит к соматическим, психосоматическим проблемам. Это может провоцировать самые разные заболевания и увеличивать риски сердечно-сосудистых заболеваний, даже онкологических, поэтому человеку необходима реализация в разных социальных ролях. Человек, адаптированный в социуме, имеет более крепкое здоровье.

Часто слышим слова «успешная старость». Что это значит? Это - один из этапов жизни человека, на котором он может иметь нормальное здоровье, социальную поддержку, хорошо выглядеть, иметь цель в жизни. То есть человек в этом возрасте узнает, познает, получает дополнительные навыки, знания, к чему-то стремится. Как все это останавливается - начинается старение. Есть счастливые люди, и в 80 лет, и в 90 лет физически сохранены и продолжают работать, они продолжают оставаться активными.

Поэтому здоровье пожилых людей, связанное с возрастом, требует особого внимания.

В связи с этим центр «Ардагер» согласно проекту «Возраст – здоровью не помеха» оказывает бесплатные медицинские услуги людям пожилого возраста продлить их активную жизнь, чтобы быть полезным обществу. В центре «Ардагер» работает врач высшей квалификационной категории. У нас можно получить качественную диагностику и подобрать оптимальное лечение. Также врач проводит выездные приемы пожилых людей на дому. Врач ведет прием пожилого человека, уделяя особое внимание, выясняя до подробностей состояние здоровья, условия жизни и только затем подбирает методы оптимального лечения.

Для поддержки и сохранения здоровья людям пожилого возраста в центре «Ардагер» регулярно проводятся медицинские осмотры, общей терапии.

Это определение сахара в крови с пульсоксиметрией, измерение артериального давления, а также ЭКГ среди людей группы риска для своевременного выявления проблем состояния здоровья и оказания им помощи.

Центр «Ардагер» работает в партнерстве с государственными организациями, одним из них является - Каракольское городское управление труда и социального развития отдела социальных услуг.

Для социальных работников этой организации центр «Ардагер» проводит образовательные тренинги по предоставлению социальных услуг для пожилых людей. Цель тренингов заключается в обучении социальных работников навыкам психологического сопровождения пожилых людей. Дать им соответствующие знания, как помочь пожилым людям отодвинуть старение и относиться к этому возрасту позитивно. Так как социальный работник является другом, помощником психологом для пожилого человека. Помогает справиться с проблемами и поддерживает в трудные ситуации.

Наш центр согласно проекту «Возраст – здоровью не помеха» оказывает поддержку наиболее уязвимым пожилым людям. С помощью социальных работников Каракольского городского управления труда и социального развития отдела социальных услуг составлен список пожилых людей бенефициаров особо нуждающихся в материальной помощи. И им оказывается материальная помощь (продуктами, лекарствами), а также психологические поддержки.

Одно из важных направлений проекта, которое реализуется наряду с организацией досуга и вовлечения граждан пожилого возраста в социальную жизнь - обеспечение возможности профессионального обучения граждан старшего поколения.

С 2021 года на базе центра «Ардагер», а также Иссык-Кульской областной библиотеки имени Т.Сыдыкбекова, которая является партнером, реализуются образовательные программы, которые предусматривают бесплатное обучение пенсионеров основам компьютерной грамотности, способствует преодолению социальной изоляции и одиночества, сохранению трудового и интеллектуального потенциала пожилых людей, восстановлению связи поколений. В план обучения включено не только ознакомление с основами работы в текстовых и табличных редакторах, но и пользование всемирной сетью «Интернет», электронной почтой, социальными сетями, программой SKYPE, ZOOM, порталом государственных услуг.

В 2015 году был запущен сайт (ardagerbayadjan).

wordpress.com), который работает и в настоящее время: www.ardager.kg по проекту об активном долголетье пожилых людей. На сайте можно найти полную информацию о деятельности нашего центра, о мероприятиях, проводимых за все эти годы работы, о клубах, созданных с учетом интересов пожилых граждан.

Центр «Ардагер» для пожилых людей стал единственным местом, где они могут расслабиться, снять стресс, завязать контакты с другими людьми и преодолеть одиночество. Проводить дневное время в безопасной среде под присмотром

специалистов и сохранения социальных связей, необходимых им для того, чтобы в полной мере реализовать свой потенциал и жить полноценной жизнью, достойно и самостоятельно в условиях равенства и уважения.

В заключение хотим отметить, что проблемы пожилых людей можно решить при внесении изменений в государственную политику в сфере пожилых людей, усилении активной государственной поддержке и совместном участии различных неправительственных организаций и гражданского общества.

СОЛМАНДИИ СОЛИМ – ОМИЛИ ДАРОЗУМРИИ ИНСОН

Шукурова Д.А.

МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Мухиммият. Замоне сухан аз бобати дарозумрӣ меравад, ҳамеша дарозумрии ғаёлол мадди назар, ки зимни он одам ақли расо, рағбат ба зиндагӣ, қобилият ва имконияти ҳисмонии қоршоямӣ дошта, дастҳои беминнати худ бошад. Дарозумр аз омилҳои бешумор - генетика, экология, ҷинсият, сатҳи дастрасии ёрии тиббӣ, тарзи зист, сатҳи ғаёлолнокии ҳисмонӣ, ғизои дуруст, набудани стресс ва ғ. вобастагӣ дорад. Ҳеч як омил ҳалқунанда шуда наметавонад. Дарқ қардани он зарур аст, ки ин мавқеи ҳаётист ва хоҳиши умри дароз дидану солим будан, ба худ боварӣ доштан ва ба ин хотир бо тамоми қувва саъй намудану ба қор бурдани тамоми имконоти мавҷуда лозим меояд.

Дар тамоми асрҳо одамон орзуи умри дароз дидану абадиятро доштанд, воситаҳои ғавқулӯда таъсирбахшро барои дароз қардани умр ҷустуҷӯ мекарданд. Оби «ҳаёт», «ҷой барои дарозумрӣ», «эликсир», «эликсири абадият» ва ҷӣ номҳое нагузоштаву аз ҷиҳое тайёр қарда намешуданд ин воситаҳои барои дароз қардани умр, вале ҳеч кадоми онҳо барои дароз қардани умр сабаби шуда наметавонист. Ба ҷиҳое - қиёми ғиёхҳо, решаи одамғиёҳи номдор, шири одам, бо шоҳи оҳу ва ғ. қўшиш нақардаанд, то организмро ҷавон созанд. Ҳар қас ҳаваси пир ва бемор нашуданро дорад ва агар марғ ногузир бошад, пас ба зудӣ ва осон фаро расад, то худ ва атрофиёро бо солҳои охири дилғирқунанда ва ғартуғиву бемориҳои нопадиданори пирӣ дар азоб монандан зарур нашавад.

Сабабҳои пирии муътадил ва пешазмуҳлат зиёданд. Пирии табиӣи физиологӣ тадричан фаро расида, бо қоҳиш ёфтани гормон дар тамоми функсияҳо, тағйироти атрофии мунтазам ин-

қишоғбанда бо қариб пурра ҳифз шудани қувваи қорӣ, зиндадилӣ ва рағбат ба дунё тавсиф меёбад. Гоҳо ҷунин одамон қиёсан ба синнашон ҷавонтар менамоянд. Пирии бо сабаби беморӣ, ё тавре ном мебаранд, пешазмуҳлат, бо барвақттар фаро расидани дигарғуниҳои пирӣ, ки боиси пеш аз муҳлат пайдо шудани заъф дар қувваи ҳисмонӣ ва ғаёлолияти ақлонӣ мегардад, тавсиф меёбад. Маъмулан, дигарғуниҳои синнусолиро бемориҳои гуногуни музмин вазнин сохта, сабаби суръат гирифтани ғартуғшавӣ мегарданд.

Дар организми зинда дар як вақт ду раванди ба ҳам муқобил - созандаву харобқунанда ҷараён мегирад, ки ба ҳам робитаи зич дораду на ҳамеша дар мувозинатанд. Созанда маҷмуи мураккаби равандҳои биохимиявӣ буда, дар организм ба амал меояд ва бо азхудқунии моддаҳои аз муҳити беруна воридшаванда, ҳосил шудани пайвастиҳои нисбатан мураккаби химиявӣ алоқамандӣ дорад. Зимнан барқароршавии моддаҳои ҳалалёфтаи сафеда, навшавии онҳо якҷоя бо онҳое ба амал меояд, ки дар организм ва тамоми қисмҳои алоҳидаи он инқишоф ва афзоиш меёбад. Раванди муқобили харобқунанда боиси таҷзияи сафедаҳои ҳуҷайра ва дигар пайвастиҳои мегардад. Дар марҳилаи инқишофу афзоиши организм бартариат ба ҷониби авалист, ҳангоми пирӣ сонавӣ афзалият пайдо мекунад.

Имрӯзҳо садҳо назария ва фарзияҳои мавҷуданд, ки қўшиши шарҳ додани механизми пиршавӣ қардаанд, аммо ҳеч қадом аз онҳо пурра, то ба охир ин равандро асоснок нақардаанд. Яке қисман механизми пиршавиро шарҳ медиҳад, назарияи дигар ҳамагӣ мақсади таърихро баён менамояд, савумиро ба хоҳири беасос будан рад қардаанд.

Муайян гардидааст, ки давомнокии умри мо аз омилҳои ирсӣ ва таъсири муҳите вобастагӣ дорад, ки дар он тарзи зист ва мақоми одам чараён мегирад.

Тағйир ёфтани мақоми солхӯрдагон бештар аз муносибат, дар маҷмӯъ ба одамони калонсол, ба худ ва ҳам муносибати ҷомеа ба онҳо вобастагӣ дорад.

Идома додани ғайриқонунии вобаста ба ихтисос, яъне кор ҳамчун усули зиндагии ғайриқонуни, ҳавасангезу пурмазмун, яке аз усулҳои ҳифзи намуҷаҳои ғайриқонуни дар миёнсолӣ ба ҳисоб меравад. Барои суғурӯ намуҷаҳои раванди пиршавӣ ва кам шудани ақл, ғайриқонунии зеҳнӣ нақши муҳим дорад. Он метавонад ҳудудҳои ё донишҳои таҷрибаӣ бошад. Ҳамин тавр дар бораи ҷӣ тавр кор кардан, нигоҳ доштани ҳавасмандкунии равандҳои ғайриқонуни идрок тасаввурот зиёд мешавад.

Таъсири пиршавӣ ба самараноки аз ихтисос алоқамандӣ дорад. Зимни ихтисосҳое, ки бештар аз қобилияти маърифатнокӣ вобастагӣ доранд, ба монанди илм, албатта ҷавонон бартарӣ доранд. Аммо дар қорҳои идоракунии, ки таҷриба омилҳои асосӣ махсус меёбад, маъмулан самаранокии қори қормандони миёнсол аз нишндихандаҳои ҳамқорони ҷавон бад нест. Қормандони миёнсол бештар ба донишу таҳассус ва малака, инчунин ба таҷрибаи умумии таҳассусӣ, ки дар чараёни ҳаёти меҳнатӣ ҷамъ шудааст, таъя мекунанд. Онҳо ба қор сифатҳои дақиқият, эътимоднокӣ ва қобилияти муошират бо мизочону ҳамқорон, устуворият ва кам қардани шумораи рӯзҳои ихтиёран ба қор наомадан, аз қор рафтани қаррҳо, риояи қонун дар ширкат ва ғ.-ро ворид менамояд. Тавре таҷрибаи амалӣ ва таҳқиқот нишон медиҳад, қормандони миёнсол, ки сари вазиғаанд, мувофиқ ба таҳассуси инфиродӣ самаранокии баланди қорро нишон медиҳанд.

Соҳтани ҷомеа барои одамони тамоми синусол шартӣ муҳимми ҳалли масъалаи имқонияти ба солхӯрдагон идома додани саҳми худ дар

рушди ҷомеаро дар бар мегирад. Иштирок дар ҳаёти иҷтимоӣ, иқтисодӣ, маданӣ ва ғайриқонунии ихтиёрий низ барои боло бурдани ҳифзи намуҷаҳои некуаҳволии қаррӣ мусоидат менамояд. Ҳар қас уҳдадор аст, ки тарзи ҳаёти солим пеш бигирад, дар ҳоле ки сотсиум шароити мусоид фароҳам меорад, то ҳифзи намуҷаҳои солимии ҳуб ва некуаҳволӣ то қухансолӣ ҳифзи шавад.

Ташкилоти миёнсолон барои таъмини иҷрои қорҳои иттилоотӣ-таблиғотӣ ва устувор намуҷаҳои робитаҳои миёни наслҳо воситаи беҳтарин буда, шартӣ мусоид барои иштироки онҳо дар соҳмони ҷомеаи рушдқарда махсус меёбад. Ётироф намуҷаҳои саҳми иҷтимоӣ, иқтисодӣ ва сиёсӣ таъминоти имқониятҳои, амалинамоии барномаҳои расонидани қумақҳои зарурӣ барои он ки миёнсолон дар ҳаёти маданӣ, иҷтимоӣ, иқтисодӣ ва сиёсӣ иштирок қарда тавонанд ё иштироки ҳудро идома диҳанд ва тавонанд, ки тӯли умр худ ба омӯзиш машғул шаванд. Таълим яке аз заминаҳои асосии ниҳоят муҳими ҳаёти ғайриқонунаву муқаммал ба шумор меравад.

Ҳулоса. Барои соҳтани ҷомеае, ки дар асоси дониш амал намоёда, таҳияи стратегияҳои зарур аст, ки инсон тӯли умраш ба омӯхтани омодагии қасбӣ дастрасӣ дошта бошад. Пурра ба қор бурдани тамоми иқтидор ва дониши махсус дар ашхоси тамоми синусол дар асоси асноде, ки таҷриба бо гузашти умр ҳосил мешавад, имқонпазир мегардад. Ба миёнсолон имқонияти идома додани меҳнати даромаднок то қомоне пешниҳод қардад, ки дар онҳо хоҳиши қор қардан ва қобилияти меҳнати самаранок ҳифзи шуда бошанд.

Таҳия ва ба таври васеъ тарғиб намуҷаҳои принципҳои сиёсии пешбиниқунандаи масъулияти инфиродиву гурӯҳӣ дар ётироф намуҷаҳои саҳми гузаштани имрӯзаи солхӯрдагон ба мақсади зиддият нишон додан ва решақан қардани ақоиди дар шуур нақшбаста, дар алоқамандӣ бо муносибати эҳтиромона ва миннатдорӣ ба солхӯрдагон, эътибор ва таваҷҷуҳ зоҳир мегардад.

УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ Г. ДУШАНБЕ

Якубова З.Х.¹, Гурезов Х.М.¹, Постников М.А.²

¹*Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Душанбе, Республика Таджикистан.*

²*Кафедра терапевтической стоматологии, Самарский государственный медицинский университет, Самара, Российская Федерация*

Цель исследования. Оценка знаний о профилактике стоматологических заболеваний у лиц по-

жилого возраста путём анонимного анкетирования.

Материал и методы исследования. Сотруд-

никами кафедры на базе ГУ «Научно-клинического института Стоматологии и ЧЛХ» было проведено анонимное анкетирование 89 пациентов в возрасте от 60 до 82 лет. Анкеты включали 4 блока из 17 вопросов. 1 блок состоял из паспортных данных. 2 блок касался вопросов причины обращения к стоматологу. 3 блок включал вопросы индивидуальных средств гигиены полости рта. 4 блок касался вопросов питания. У всех анкетированных было получено информированное согласие на исследование.

Результаты исследования и их обсуждение.

На вопрос «Сколько раз в течении года Вы обращались к стоматологу?» 52,8% не обращались, 31,5% - обращались 1 раз, 11,24% - 2 раза и 4,5% 3 раза. На вопрос о цели последнего обращения к стоматологу преобладал ответ «лечение дёсен» (39%), «проблемы с протезами различных конструкций» (32%), «удаление зуба» (17%), «лечение кариеса» (12%). На вопрос «Как Вы оцениваете состояние Ваших зубов?» ответы расположились следующим образом: хорошее (20%), удовлетворительное (31,5%), неудовлетворительное (48,5%).

На вопросы о применении средств для индивидуальной гигиены полости рта более 78 человек ответили, что используют только основные средства гигиены полости рта, причём цена для

них играет решающее значение. Так, около 90% опрошенных указали, что применяют зубную пасту «Nasim», так как она дешёвая. Остальные указали зубную пасту Колгейт. 67,4% респондентов не смогли ответить на вопрос за счёт каких свойств они применяли те или иные зубные пасты. В то время как 28% хорошо разбирались в свойствах применяемых ими паст. Один раз в день чистят зубы 44,9%, два раза 33,7%, а 21,4% не чистят зубы каждый день. Только 11 человек (12,4%) использовали ополаскиватели полости рта («Лесной бальзам», «Чистая линия» «Colgate») и флоссы.

Из продуктов питания основная масса респондентов 78,7% отметила, что каждый день употребляют чай с сахаром, несколько раз в неделю варенье или мёд, несколько раз в месяц конфеты и редко свежие фрукты. Вместе с тем, был проведён опрос о наличии вредных привычек. Курили 22,5%, употребляли алкоголь 5,6%.

Выводы. Таким образом, полученные данные показывают о низком качестве знаний по поддержанию стоматологического здоровья среди лиц пожилого возраста. Среди данного контингента пациентов необходимо уделить особое внимание санитарно-просветительной работе, подбору адекватных состоянию средств гигиены полости рта, коррекции гигиенических навыков и питания.