

ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНВАЛИДНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА И РАЗВИТИЕ СЛУЖБЫ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

И.А. Алимова.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, г. Фергана, Узбекистан.

Для цитирования: © Алимова И.А.

ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНВАЛИДНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА И РАЗВИТИЕ СЛУЖБЫ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ. ЖКМП.-2025.-Т.3.-№3.-С

Поступила: 10.07.2025

Одобрена: 07.08.2025

Принята к печати: 05.09.2025

Аннотация: в данном исследовании рассматриваются основные стратегии предупреждения инвалидности у детей раннего возраста группы риска путём раннего выявления и коррекции задержек развития или факторов риска. Особое внимание уделяется значению службы раннего вмешательства, которая работает в амбулаторных условиях, с целью поддержки развития ребёнка, улучшения его функционального состояния и снижения вероятности формирования инвалидности. Такие службы, как правило, включают мультидисциплинарные команды комплексных услуг в амбулаторных условиях, которые тесно сотрудничают с семьями, проводят мониторинг развития, предоставляют информационно-консалтинговую помощь и координируют индивидуальные программы поддержки.

Ключевые слова: Ранняя, комплексная служба всесторонней медико-педагогической помощи, социальная политика, поддержка детей с особыми потребностями, профилактика инвалидности, реабилитация, абилитация.

ERTA BOLALIK DAVRIDA NOGIRONLIKNING OLDINI OLISH ASOSLARI VA AMBULATOR SHAROITDA ERTA ARALASHUV XIZMATINING AHAMIYATI

I.A. Alimova.

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti, Farg'ona sh., O'zbekiston.

Izoh: © Alimova I.A.

ERTA BOLALIK DAVRIDA NOGIRONLIKNING OLDINI OLISH ASOSLARI VA AMBULATOR SHAROITDA ERTA ARALASHUV XIZMATINING AHAMIYATI. KPTJ.-2025-N.3.-№3.-M

Qabul qilindi: 10.07.2025

Ko'rib chiqildi: 07.08.2025

Nashrga tayyorlandi: 05.09.2025

Annotatsiya: Erta bolalik davrida bolalarda rivojlanishdagi kechikishlar yoki xavf omillarini erda aniqlash va ularni bartaraf etish orqali nogironlikning oldini olish bo'yicha asosiy strategiyalar ko'rib chiqiladi. Ayniqsa, bolani rivojlantirish, uning funksional holatini yaxshilash va nogironlik shakllanishi ehtimolini kamaytirishga qaratilgan ambulator sharoitda tashkil etiladigan erda aralashuv xizmatining ahamiyatiga alohida e'tibor beriladi. Bunday xizmatlar, odatda, oilalar bilan yaqindan hamkorlik qiladigan, rivojlanishni monitoring qilish, yordam ko'rsatish va kompleks, individual qo'llab-quvvatlash dasturlarini muvofiqlashtiradigan multidissiplinar yondashuvni o'z ichiga oladi.

Kalit so'zlar: Erta aralashuvi xizmati, nogironlik profilaktikasi, xavf guruxidagi bolalar, kompleks tibbiy-reabilitatsiya, pedagogic-psixologik va ijtimoiy yordam, reabilitatsiya, abilitatsiya.

BASICS OF DISABILITY PREVENTION IN EARLY CHILDHOOD AND THE ROLE OF EARLY INTERVENTION SERVICES IN OUTPATIENT SETTINGS

Alimova I.A.

Fergana Medical Institute of Public Health, Fergana, Uzbekistan.

For situation: © Alimova I.A.

BASICS OF DISABILITY PREVENTION IN EARLY CHILDHOOD AND THE ROLE OF EARLY INTERVENTION SERVICES IN OUTPATIENT SETTINGS. JCPM.-2025.P.3.№3.-A

Received: 10.07.2025

Revised: 07.08.2025

Accepted: 05.09.2025

Abstract: This topic covers fundamental strategies for preventing disability in young children by identifying and addressing developmental delays or risks as early as possible. It emphasizes the importance of early intervention services provided in outpatient settings to support children's development, improve functional outcomes, and reduce the likelihood of long-term disability. These services typically involve multidisciplinary teams that work closely with families to monitor growth, provide therapeutic support, and coordinate care tailored to each child's needs.

Keywords: Early intervention, comprehensive service of integrated medical and pedagogical support, social policy, support for children with special needs, disability prevention, rehabilitation, habilitation.

Цель исследования: Рост и высокая распространённость детской инвалидности обуславливают необходимость совершенствования профилактики на основе изучения и целенаправленного воздействия на основные факторы риска, ее формирующие и программ реабилитации с раннего возраста. По статистике по Узбекистану перинатальные заболевания возросли с 2019 года, увеличившись с 945 случаев на 100 000 детей, до 1402 случаев в 2022 году. В Узбекистане насчитывается 142300 детей с инвалидностью в возрасте до 18 лет [1-4].

Основная задача здравоохранения в области профилактики инвалидности у детей состоит в предупреждении рождения детей, имеющих врожденные пороки развития, уменьшении риска воздействия отрицательных факторов на период беременности. Это может быть достигнуто путем осуществления на современном уровне перинатальной диагностики и охвата ее всех беременных женщин. Но если ребёнок рождается не смотря на все риски и факт патологии подтверждается, современная медицина не всегда может предоставить услуги по предупреждению и профилактике последствий и вторичных осложнений [3,4].

Несмотря на политику государства по внедрению программ и становлению систем по предупреждению инвалидности и поддержки детей, имеющие инвалидность численность таких детей, к сожалению, не уменьшается [5-7].

В мировой практике развитие и становление системы поддержки детей проводится не одно десятилетие. Ухудшение экологии, высокий уровень заболевания матерей во время беременности, социально-экономические, психолого-педагогические проблемы не уменьшают количества детей с ограниченными возможностями, делая эту проблему особенно актуальной [2-4].

Во многих странах ближнего и дальнего зарубежья направление деятельности, получившее название Early intervention (раннее вмешательство), приобрело характер крупнейших социальных проектов,

целью которого являлось спасение детей, имеющих проблемы развития в раннем возрасте [8,9,14,16].

Особенностью состояния мозга новорождённых является онтогенетическая «незрелость» его морфофункциональных систем. Нарушенные в своём развитии функции мозга в этот момент, и его пластичность определяют большие потенциальные возможности, которые поддаются активной коррекции [19,20].

Ранняя комплексная профессиональная помощь ребёнку позволяет более эффективно компенсировать нарушения в психофизическом развитии и тем самым смягчить, а возможно, предупредить вторичное отклонение [8,9].

К сожалению, чаще всего, педагогическая, психологическая и социальная помощь детям с особыми потребностями и их родителям остаётся за стенами медицинского учреждения [21,22].

В раннем возрасте теряется драгоценное время, необходимое для развития ребёнка.

Материалы и методы: Информационно-консалтинговая служба (ИКС) Ферганского филиала республиканского центра социальной адаптации детей, при которой функционирует с 2013 года медико-психологическая, педагогическая комиссия (МППК), с 2014 года служба раннего вмешательства (СРВ), оказывается помощь детям группы риска здоровья и их семьям с раннего возраста и применяются методики медико-реабилитационной и психолого-педагогической диагностики психофизического развития детей. Ведётся командный комплексный подход по раннему вмешательству и дальнейшее сопровождение детей, в состав которого входят: педиатр, невропатолог, психоневролог, дефектолог-специальный педагог, психолог, инструктор ЛФК, массажист и социальный работник. Это может быть консультирование, составление планов индивидуальных, групповых занятий, командное обсуждение дальнейших индивидуальных планов по реабилитации и мероприятий по обучению родителей.

Педиатр проводит первичный приём, оценивает физическое и

психическое состояние здоровья ребёнка. Проводит скрининг слуха и зрения. Участвует в междисциплинарном обсуждении, дефектолог формирует познавательную деятельность, навыки предметно-игровых действий, развивает общую и мелкую моторику, консультирует по вопросам формирования навыков самообслуживания, слуховое восприятие, речевое дыхание, обогащает импрессивный словарь, развивает речь. Психолог осуществляет коррекцию психического и эмоционально-личностного развития, консультирует по вопросам воспитания ребёнка в семье, помогает и родителям по преодолению трудностей при воспитании особого ребёнка. Невропатолог оказывает консультационную помощь родителям, информирует специалистов о вопросах заболеваемости ребёнка и с учётом этого вносит коррективы в организацию работы с ним. Инструктор лечебной физкультуры и массажа занимаются с детьми для восстановления двигательной активности [23].

Динамика нервно-психического развития детей исследовалась путем клинической оценки уровня развития, включая подробный анализ жалоб со стороны родителей, до и после проведения реабилитационных программ по комплексной, индивидуальной программы развития (КИПР).

В информационно консалтинговой службе (ИКС) филиала в исследовании участвовало 172 детей основной группы в возрасте от 2 до 36 месяцев. 1-я подгруппа включала 110 детей (70 мальчиков и 40 девочек): в нее вошли дети, прошедшие реабилитацию по технологии раннего вмешательства. 2-я подгруппа состояла из 62 ребенка (38 мальчиков и 24 девочек): в нее вошли дети контрольной группы, прошедшие реабилитацию по стандартным программам [24,25].

Выбор программ реабилитации определялся родителями. В процессе диагностики ребенка и обсуждения выявленных проблем родителям предлагались варианты программ помощи – реабилитация по программе раннего вмешательства или реабилитация по стандартным программам в соответствии с перечнем государственных гарантированных услуг, которые может получить ребенок раннего возраста в условиях поликлиники согласно стандартам оказания медицинской помощи.

Большинство жалоб, которые предъявляли родители детей обеих подгрупп, приходились на задержку речевого развития у детей вто-

рого-третьего годов жизни и составили 57,4% в 1-й подгруппе и 77,4% во 2-й подгруппе [15-18].

Как видно из данных таблиц 1.1 после проведенной реабилитации жалобы на речевое развитие сохранялись у 30,1% родителей детей 1-й подгруппы и у 66,7% родителей детей 2-й подгруппы. Продолжало беспокоить родителей поведение детей 2-й подгруппы в 16,1% случаев, а среди родителей детей 1-й подгруппы – лишь 9,1%. У родителей 2-й подгруппы сохранялось беспокойство по поводу низкой двигательной активности и отсутствия развития самостоятельных двигательных навыков (16,1%), в то же время у родителей 1-й подгруппы после реабилитации эта проблема исчезла. (Таблица 1),

Таблица 1. Динамика жалоб родителей на развитие детей в 1-й и 2-й подгруппе до и после реабилитации (в %).

Показатели	До реабилитации и абилитации (N=110)	После реабилитации и абилитации (N=110)	До реабилитации и абилитации (N=62)	После реабилитации и абилитации (N=62)
Отсутствие самостоятельных двигательных навыков	9,1	0	16,1	16,1
Задержка речевого развития	57,4	30,1	77,4	66,7
Выраженная эмоциональная реакция	53,7	10,1	68,7	57,1
Гиперактивность	35,5	11,9	38,7	31,3
Нарушение сна	22,8	0	29,0	0
Нарушение аппетита	13,7	6,5	16,1	3,2

Примечания: различия достоверны по всем показателям ($p < 0,05$).

N – количество детей, получивших абилитацию.

После реабилитации снизилась гиперактивность у 23,6% детей 1-й подгруппы и лишь у 7,4% детей 2-й подгруппы. Улучшение аппетита наблюдалось у 12,9% детей 2-й подгруппы и лишь у 7,2% детей 1-й подгруппы. Полностью восстановился сон у всех детей обеих подгрупп [10-13,26-28].

Перед проведением реабилитации диагностика уровня развития показала, что между показателями развития детей первой и второй подгрупп достоверных различий не установлено (таблица 2), а после проведения реабилитации отмечены достоверные различия.

Таблица 2. Сравнение показателей нарушений развития детей 1-й и 2-й подгрупп до реабилитации (в %).

Показатели	Первая подгруппа (N=110)	Вторая подгруппа (N=62)
Задержка сенсорного развития	91,7	92,5
Задержка речевого развития	95,4	92,5
Задержка двигательного развития	71,9	65,5
Задержка социального развития	88,3	91,3
Задержка развития навыков и умения	82,8	88,1

Примечания: различия недостоверны по всем показателям ($p > 0,05$).

N – количество детей соответствующих подгрупп.

После проведения реабилитации достоверное улучшение в развитии речевых навыков отмечено у 67,3% детей 1-й подгруппы ($p < 0,001$), во 2-й же подгруппе имелось нарастание задержки речевого развития у 3,3% детей ($p < 0,05$). Сенсорные навыки сформировались у 72,5% детей 1-й подгруппы ($p < 0,001$) и у 10,9% детей во 2-й подгруппе ($p < 0,05$).

Формирование двигательных навыков наблюдалось у 51,1% детей 1-й подгруппы ($p < 0,001$) и у 18,2% детей 2-й подгруппы ($p < 0,05$). В развитии социальных навыков также преобладало количество детей 1-й подгруппы (80,2%, $p < 0,001$) в отличие от 2-ой подгруппы (24,6% $p < 0,05$). Достоверное улучшение у детей 2-й подгруппы отмечено по показателю задержка развития навыков и умений (с 88,1% до реабилитации против 60,3% после реабилитации) (таблица 3).

Данные физического развития не изменились как в первой, так и во второй подгруппах.

Результаты качественно-количественной оценки развития детей до и после реабилитации показатели высокую эффективность реабилитационных мероприятий в 1-й подгруппе. Если до реабили-

тации в 70,9% случаев наблюдалось преобладание детей со средней степенью задержки развития (на 2 цикла 4-недельных реабилитационных мероприятий), то после реабилитации выявлено преобладание детей с легкой степенью задержки (на 1 цикл) (16,4%). Также после реабилитации нивелировалось количество детей с тяжелой степенью задержки развития (на 3 цикла реабилитационных мероприятий и более) с 10,9% случаев до нулевого значения. У детей 2-й подгруппы до реабилитации отмечено преобладание средней степени задержки развития – 74,2%, увеличение количества детей с легкой степенью задержки развития после реабилитации (с 9,7% до 41,9%), а также отсутствие тенденции к уменьшению числа детей, имевших тяжелую степень задержки развития – 16,1% до и после реабилитации.

Таблица 3. Сравнение показателей развития детей 1-й подгруппы до и после реабилитации (в %) (N=110 и N=62).

Показатели	До реабилитации N=110	После реабилитации N=110	До реабилитации N=62	После реабилитации N=62
Задержка сенсорного развития	91,7	19,2	92,5	81,6
Задержка речевого развития	95,4	28,1	92,5	95,8
Задержка двигательного развития	71,9	20,8	65,5	47,3
Задержка социального развития	88,3	8,1	91,3*	66,7
Задержка развития навыков и умений	82,8	8,1	88,1*	60,3

Примечания: различия достоверны по всем показателям ($p < 0,001$).

N – количество детей 1-й подгруппы.

Анализ показал, что у детей 1-й подгруппы, прошедших реабилитацию по программе раннего вмешательства (таблица 4), восстановление нервно-психического развития происходило эффективнее ($p < 0,001$) по сравнению с детьми, прошедшими реабилитацию по стандартной программе (таблица 5).

В подгруппе детей, которым проведена реабилитация по технологии раннего вмешательства, установлено достоверное снижение отставания в развитии, а в возрастной группе до 12 месяцев – полное его выравнивание.

Таблица 4. Средние значения отставания по цикловым срокам у детей до и после реабилитации по методу раннего вмешательства (в абсолютных значениях – мес., М±т).

Отставание в развитии, мес.	Возраст на момент обследования, мес.			Итоговая средняя
	1-й год жизни	2-й год жизни	3-й год жизни	
До реабилитации	2,22±0,08	5,27±0,37	7,34±0,33	4,39±0,32
После реабилитации	0	2,75±0,63	3,93±0,82	1,81±0,36

Таблица 5. Средние значения отставания по цикловым срокам у детей до и после реабилитации по стандартным методикам (в абсолютных значениях – мес., М±ш).

Отставание в развитии, мес.	Возраст на момент обследования, мес.			Итоговая средняя
	1-й год жизни	2-й год жизни	3-й год жизни	
До реабилитации	2,7±0,23	6,13±0,22	7,35±0,35	5,94±0,34
После реабилитации	4,9±0,81	6,78±0,78	7,92±0,54	6,87±0,47
P	p<0,05	p>0,1	p>0,1	p<0,05

Примечания: различия достоверны по всем значениям ($p < 0,001$).

Среди детей, которым проводилась реабилитация по стандартным методикам, наблюдалась отрицательная динамика, т.е. некоторое (недостовверное в возрастных группах от 13 до 36 месяцев) нарастание отставания в развитии [27].

Выводы: Развитие ранней медико-реабилитационной, педагогической, психологической службы. Создание мультидисциплинарные команды и комплексный, индивидуальный подход службы раннего вмешательства для детей с особыми потребностями, с риском на инвалидность, в составе: врача педиатра, детского невропатолога, детского психолога, дефектолога-логопеда, инструктора ЛФК, массажиста, социального работника даёт возможность снизить риск возникновения вторичных патологий.

Комплексные реабилитационные мероприятия лечебной физкультурой, массаж, занятия в бассейне совмещаются с занятиями психолога и дефектолога, и такие нетрадиционные методики как иппотерапия. Успешное включение детей в общео-

разовательную среду зависит от раннего выявления его состояния здоровья. Опыт работы специалистов филиала показывает, что раннее начало целенаправленной коррекционно-педагогической работы, определения оптимального содержания, методов обучения и воспитания в зависимости от резервных возможностей и индивидуальных особенностей ребенка, своевременного включения родителей в коррекционно-педагогический процесс даёт положительные результаты в изменении динамики. Всё это возможно только при обеспечении единства требований к специалистам: медикам, дефектологам, психологам и учителей к воспитанию и обучению ребенка, выбора правильных форм взаимодействия специалистов, участвующих в комплексной реабилитации ребенка с нарушениями в развитии.

В данное время остроте этой проблемы уделяется особенно много внимания со стороны государства. Если раньше работа с детьми осуществлялась в специальных интернатах изолированно от общества, то сейчас совместно с международными детскими фондами, негосударственными некоммерческими организациями, министерством здравоохранения, министерством образования сотрудничают над разрешением комплекса проблем детей со специфическими нуждами, развития инклюзивного образования в целях интегрирования их в общество.

Открываются специализированные дневные учреждения, оказывающие медицинскую, педагогическую, психологическую помощь детям с особыми потребностями, дабы родители имели возможность работать, развиваться и не сдавать детей в институциональные учреждения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Zakon Respubliki Uzbekistan "O pravakh lits s invalidnost'yu" №. ZRU-641 ot 15.10.2020 g.. [Lex.uz](#). 15 oktabr 2020. Qonunchilik hujjati. [LEX.UZ](#)
2. Umarbekova, Y. A., Bazarov, A. A., Latipova, N. M., Khusanova, D. G., & Muminova, L. R. (2016). *Alohida ehtiyojga ega bolalarga majmuaviy xizmatlar ko'rsatilişida mutaxassislar va ota-onalar-ning hamkorligi* (s. 18–21). Toshkent.
3. UNICEF. (2024, oktyabr). *Situatsionnyi analiz polozheniia detei i podrostkov v Uzbekistane*. Nashriyot sanasi: 8 oktabr 2024. [unicef.org+1UzDaily.uz](#)
4. United Nations (UN). (yil yo'q). *O'zbekistonda nogironligi bo'lgan bolalar va kattalar ahvolining tahlili*. UN O'zbekiston vakolatxonasi, elektron pochta: un.uzbekistan@one.un.org, veb-sayt: [un.uz](#).
5. Chicherina, Ya. E., & Isaeva, D. I. (2010). *Rannaia diagnostika i vmeshchatel'stvo* (s. 14–16). Toshkent: RCSAD.
6. Muminova, L. R., Chicherina, Ya. E., Nurkeldieva, D. A., Nazarova, E. N., et al. (2010). *Diagnostika psikhofizicheskogo razvitiia detei pervykh tryokh let zhizni. Metodicheskoe posobie* (s. 34–36). Toshkent: RCSAD.
7. Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi RUz, RCSAD, & UNICEF. (2009). *Kursy perepodgotovki po sotsial'noi rabote s detmi i sem'iami dlia praktikov sistemy sotsial'noi zashchity detei RUz*.
8. Dobrova-Krol, N. (t. y.). *Kliuchevye aspekty Rannogo vmeshchatel'stva*. [UNICEF]. (Matn);
9. Doman, G. (2015). *Put' k zdorov'iu* [Ilm-metodik nashr]. Toshkent: "Yangi asr avlodi". 48 s.
10. Bakk, A., & Grunewald, K. (2021). *Zabota i uhod*. Sankt-Peterburg: Institut, 2021.
11. Aukhadayev, E. I., Bodrova, R. A., & Iksanov, Kh. V. (2021). Ekologo-antropologicheskie kontseptsii reabilitatsii invalidov i vosstanovleniia zdorov'ia cheloveka. *Vestnik novykh med. tekhnologii*, (5).
12. Baranov, A. A., Namazova-Baranova, L. S., Terletskaia, R. N., & Antonova, E. V. (2017). Nekotorye faktory riska formirovaniia invalidnosti u detei. *Mediko-sots. ekspertiza i reabilitatsiya*, (2).
13. Baranov, A. A., Namazova-Baranova, L. S., Terletskaia, R. N., & Antonova, E. V. (2017). Problemy detskoï invalidnosti v sovremennoi Rossii. *Vestnik RAMN*, (4).
14. Baranov, A. A., & Terletskaia, R. N. (2018). O perspektivakh nauchnykh issledovaniï v oblasti profilaktiki detskoï invalidnosti. *VSP*, (6).
15. Dolotova, N. V., Fil'kina, O. M., Vorobieva, E. A., Malyshkina, A. I., Slabinskaia, T. V., & Malysheva, T. M. (2016). Invalidnost' detei 0–4 let i struktura po zabolevaniu v Ivanovskoi oblasti (2005–2014 gg.). *Sots. aspekty zdorov. nas.*, (1).
16. Zagoruichenko, A. A., Karpova, O. B., & Bashkueva, E. Yu. (2022). Analiz dinamicheskikh izmenenii invalidnosti detskogo naseleniia v RF. *Dal'nevost. med. zhurnal*, 33.
17. Zamaraeva, Z. P., & Serebriakova, V. Yu. (2023). Voprosy organizatsii rannei pomoshchi v sisteme profilaktiki detskoï invalidnosti: regional'nyi aspekt. *Vestn. PNIPU. Sots.-ekon. nauki*, (3).
18. Magomedova, S. A., & Musaeva, S. D. (2020). K voprosu o regional'nykh osobennostiakh formirovaniia detskoï invalidnosti. *RPPE*, 10(120).
19. Malghajdarova, B. S., & Kazbekova, G. K. (2021). Profilaktika rodovykh travm, zalog preduprezhdeniia invalidnosti detei. *EESJ*, 1-1(65).
20. Medvedeva, M. V., & Yarmamedov, D. M. (2017). Effektivnost' kompleksnogo podkhoda v profilaktike invalidizatsii detei s miopiey (Kurskaya oblast'). *Chelovek i ego zdorov'e*, (3).
21. Natsun, L. N. (2022). Osobennosti invalidnosti naseleniia Vologodskoi oblasti v 2017–2021 gg. *Probl. razvitiia territorii*, (1).
22. Odilova, G. R., & Nuritov, A. I. (2018). Analiz invalidnosti po zreniiu sredi detei Bukharskoï oblasti. *Dostizh. Nauki i obrazovaniia*, 11(33).
23. Samigullina, A. E., Maksutova, E. M., & Zhikhareva, V. V. (2017). Analiz detskoï invalidnosti pri vrozhdennykh anomaliiakh v Kyrgyzskoi Respublike. *Pediatrica im. G. N. Speranskogo*, (2).

24. Abdullahi, A., Wong, T. W. L., & Ng, S. S. M. (2022, 4 noyabr). Establishing childhood disability clinics may help reduce the prevalence of disability among children in Africa: A viewpoint. *Frontiers in Public Health*, 10, 1010437. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1010437>
25. Armstrong, M., Morris, C., Abraham, C., Ukoumunne, O. C., & Tarrant, M. (2016). Children's contact with people with disabilities and their attitudes towards disability: a cross-sectional study. *Disability and Rehabilitation*, 38(9), 879–888. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1074727>
26. Baranov, A. A., Namazova-Baranova, L. S., Albitckii, V. I., & Terletckaia, R. N. (2019). The prevention of disability as a leading priority of caring of mother and child health. *Probl Sotsialnoi Gig Zdravookhranennia i Istor Med*, 27(3), 216–221. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-3-216-221>
27. Bielikova, I. V., Pluzhnikova, T. V., Krasnova, O. I., Zviagolska, I. N., & Derev'yanko, T. V. (2020). Analysis of morbidity and disability among children in the city of Poltava. *Wiadomosci Lekarskie*, 73(6), 1296–1298. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32723972/> (PMID: 32723972)
28. Carbone, P. S., Smith, P. J., Lewis, C., & LeBlanc, C. (2021, 1de dekabr). Promoting the Participation of Children and Adolescents With Disabilities in Sports, Recreation, and Physical Activity. *Pediatrics*, 148(6), e2021054664. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-054664>

Информация об авторах:

© АЛИМОВА И.А. - Ассистент кафедры Педиатрии Ферганского медицинского института общественного здоровья, г. Фергана, Узбекистан.

Muallif haqida ma'lumot:

© ALIMOVA I.A.- Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti Pediatriya kafedrası assistenti. Farg'ona sh., O'zbekiston.

Information about the authors:

© ALIMOVA I.A.- Assistant Chair of Pediatrics, Ferghana Medical Institute of Public Health. Fergana, Uzbekistan.