

УДК 616-007.12-084-053.4(574)
DOI: 10.36979/1694-500X-2026-26-5-159-167

РОЛЬ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В КАЗАХСТАНЕ

А.Б. Сейтманова, Н.К. Касиев, Д.А. Оспанова

Аннотация. Раннее выявление задержки развития у дошкольников критично для своевременного вмешательства и оптимального нейроразвития. Врачи первичной медико-санитарной помощи часто являются первой точкой контакта для детей и родителей, играя ключевую роль в распознавании задержки развития и направлении в службы раннего вмешательства. В Казахстане данные о практике первичной медико-санитарной помощи, моделях направления и барьерах для раннего вмешательства ограничены. Цель исследования – оценка роли первичной медико-санитарной помощи в раннем выявлении и направлении детей дошкольного возраста с задержкой развития. Проведено поперечное наблюдательное исследование с использованием данных Реестра раннего вмешательства и опроса первичной медико-санитарной помощи. В исследование включены 501 ребенок (24–60 месяцев), направленные на раннее вмешательство. Реестр содержал демографические данные, источники направлений, показатели одобрения и возраст на момент направления; опрос оценивал практику профилактических осмотров, выявление задержки развития и работу с родительской настороженностью. Для анализа использовалась описательная статистика, t-тесты и критерий χ^2 первичной медико-санитарной помощи, инициировали 79,8 % направлений при уровне одобрения – 91,3 %. Стационарные специалисты направляли детей в более раннем возрасте (33,2 месяца против 39,3 месяца у первичной медико-санитарной помощи). Задержка развития выявлялась примерно в два раза чаще во время профилактических осмотров, чем при визитах по болезни (4,0 % против 2,5 %). Почти 90 % первичной медико-санитарной помощи отмечали родительскую настороженность как барьер, связанный с переоценкой способностей ребенка, ожиданием самопроизвольного улучшения, недостаточной осведомленностью о раннем вмешательстве и стрессом родителей. Врачи использовали повторные консультации и образовательные меры для мотивации родителей к участию в раннем вмешательстве. Результаты подчеркивают ключевую роль первичной медико-санитарной помощи в раннем выявлении и направлении детей с задержкой развития в Казахстане. Профилактические осмотры создают эффективный контекст для скрининга, а родительская настороженность остаётся значительным барьером. Усиление наблюдения за развитием, стандартизация скрининговых практик и образовательная работа с родителями на уровне первичной помощи могут улучшить своевременный доступ к раннему вмешательству и способствовать оптимальным результатам развития.

Ключевые слова: задержка развития; раннее вмешательство; врачи первичной медико-санитарной помощи; профилактические осмотры; дошкольники; Казахстан.

КАЗАКСТАНДА МЕКТЕПКЕ ЧЕЙИНКИ КУРАКТАГЫ БАЛДАРДЫН ӨНҮГҮҮСҮНҮН КЕЧЕНДЕШИН ЭРТЕ АНЫКТООДОГУ БАШТАПКИ МЕДИЦИНАЛЫК-САНИТАРДЫК ЖАРДАМ ДЕНГҒЭЭЛИНДЕГИ ДАРЫГЕРЛЕРДИН РОЛУ

А.Б. Сейтманова, Н.К. Касиев, Д.А. Оспанова

Аннотация. Мектепке чейинки курактагы балдардын өнүгүүсүнүн кечендешин эрте аныктоого өз убагында кийлигишүү жана оптималдуу нейроөнүгүү үчүн өтө маанилүү. Баштапкы медициналык-санитардык жардам (БМСЖ) дарыгерлери көбүнчө балдар жана ата-энелер үчүн биринчи байланыш чекити болуп саналат, ошондой эле өнүгүүнүн кечендешин таанууда жана эрте кийлигишүү кызматтарына жөнөтүүдө негизги ролду ойнойт. Казакстанда БМСЖ практикасы, багыттоо моделдери жана эрте кийлигишүүгө тоскоол болгон барьерлер тууралуу маалыматтар чектелүү. Изилдөөнүн максаты – өнүгүүсү кечендеген мектепке чейинки курактагы балдарды эрте аныктоодо жана багыттоодо БМСЖнын ролун баалоо. Эрте кийлигишүү реестринин маалыматтарын жана БМСЖ сурамжылоосун колдонуу менен кесилиме (поперечное) байкоо жүргүзүү изилдөөсү ишке ашырылды. Изилдөөгө эрте кийлигишүүгө багытталган 501 бала (24–60 айлык) камтылды. Реестрде

демографиялық маалыматтар, бағыттоо булактары, жактыруу көрсөткүчтөрү жана бағытталган учурдагы курагы камтылган; сурамжылоо алдын алуу кароолорунун практикасын, өнүгүүнүн кечендешин аныктоону жана ата-энелердин кооптонуусу менен иштөөнү баалаган. Талдоо үчүн сыпаттама статистика, t-тесттери жана χ^2 критерийи колдонулду. БМСЖ багыттоолордун 79,8 % демилгелеген, ал эми жактыруу деңгээли 91,3 % түздү. Стационардык адистер балдарды БМСЖга караганда эрте курагында (33,2 айга каршы 39,3 ай) багытташкан. Өнүгүүнүн кечендеши оору боюнча кайрылганга караганда, алдын алуу кароолорунда болжол менен эки эсе көп аныкталган (4,0 % каршы 2,5 %). БМСЖ дарыгерлеринин дээрлик 90 % ата-энелердин кооптонуусун негизги барьер катары белгилешкен, бул баланын жөндөмдүүлүктөрүн ашыра баалоо, өзүнөн-өзү жакшырып кетүүсүн күтүү, эрте кийлигишүү тууралуу маалыматтын жетишсиздиги жана ата-эненин стресси менен байланыштуу. Дарыгерлер ата-энелерди эрте кийлигишүүгө катышууга мотивдештирүү үчүн кайрадан консультацияларды жана билим берүү чараларын колдонушкан. Жыйынтыктар Казакстанда өнүгүүсү кечендеген балдарды эрте аныктоодо жана багыттоодо БМСЖнын негизги ролун баса белгилейт. Алдын алуу кароолору скрининг үчүн натыйжалуу контекстти түзөт, ал эми ата-энелердин кооптонуусу (каршылык көрсөтүүсү) олуттуу тоскоолдук бойдон калууда. Өнүгүүгө байкоо жүргүзүүнү күчөтүү, скринингдик практиканы стандартташтыруу жана баштапкы жардам деңгээлинде ата-энелер менен түшүндүрүү иштерин жүргүзүү эрте кийлигишүүгө өз убагында жетүүнү жакшыртып, өнүгүүнүн оптималдуу натыйжаларына өбөлгө түзөт.

Түйүндүү сөздөр: өнүгүүнүн кечендеши; эрте кийлигишүү; баштапкы медициналык-санитардык жардам дарыгерлери; алдын алуу кароолору; мектепке чейинки балдар; Казакстан.

ROLE OF PRIMARY HEALTH CARE PHYSICIANS IN THE EARLY DETECTION OF DEVELOPMENTAL DELAY IN PRESCHOOL CHILDREN IN KAZAKHSTAN

A.B. Seitmanova, N.K. Kasiev, D.A. Ospanova

Abstract. Early identification of developmental delay (DD) in preschool children is critical for timely intervention and optimal neurodevelopment. Primary health care physicians (PHCPs) are often the first point of contact for children and parents, playing a key role in recognizing DD and referring children to early intervention (EI) services. In Kazakhstan, data on PHCP practices, referral patterns, and barriers to EI are limited. The aim of this study was to assess the role of PHCPs in the early detection and referral of preschool children with DD. A cross-sectional observational study was conducted using data from the Early Intervention Registry and a survey of PHCPs. The study included 501 children aged 24–60 months who were referred for suspected DD. The registry contained demographic data, referral sources, approval rates, and age at referral, while the survey evaluated well-child visit practices, DD detection, and experiences with parental hesitancy. Descriptive statistics, t-tests, and chi-square tests were used for analysis. PHCPs initiated 79.8% of physician referrals, with an approval rate of 91.3%. Hospital-based specialists referred children at a younger average age (33.2 months) than PHCPs (39.3 months). DD was detected approximately twice as often during well-child visits compared to sick-child visits (4.0% vs. 2.5%). Nearly 90% of PHCPs reported parental hesitancy as a barrier, mainly related to overestimation of the child's abilities, expectation of spontaneous improvement, limited awareness of available EI services, and parental stress. Physicians used repeated consultations and parent education to facilitate participation in EI. The findings highlight the central role of PHCPs in the early detection and referral of children with DD in Kazakhstan. Well-child visits provide an effective context for screening, while parental hesitancy remains a significant barrier. Strengthening developmental surveillance, standardizing screening practices, and expanding parent education at the primary care level may improve timely access to EI services and support optimal developmental outcomes.

Keywords: developmental delay; early intervention; primary health care physicians; well-child visits; preschool children; Kazakhstan.

Введение. Развитие ребёнка представляет собой непрерывный процесс, включающий как количественный физический рост, так и качественные функциональные изменения в физических, эмоциональных и социальных сферах. Как отмечал Аристотель, «дети рождаются как чистые доски, и опыт, и знания, которые они приобретают, сохраняются на протяжении всей жизни». Согласно Жану Пиаже, считающемуся

отцом психологии развития, развитие ребёнка представляет собой движение от зависимости к независимости [1].

Раннее развитие особенно важно, поскольку в первые три года жизни происходит максимальный рост мозга. Развитие охватывает несколько областей, включая когнитивную, речевую (рецептивную и экспрессивную), социально-эмоциональную, крупную моторику и мелкую

моторику [2]. Несмотря на это, лишь около 25 % родителей осознают значимость первых пяти лет жизни, а системы раннего образования часто не уделяют должного внимания этому этапу, что приводит к недостаточной стимуляции и поддержке со стороны среды и, как следствие, к потенциальным нарушениям развития.

Первые 1000 дней жизни – от рождения до двух лет – являются особенно критичными из-за быстрого размножения нейронов и синаптогенеза, необходимых для оптимального развития мозга. Адекватное питание в этот период имеет долгосрочные преимущества: дети, получающие достаточное питание, в десять раз реже подвержены развитию жизнеугрожающих заболеваний, как правило, зарабатывают на 21 % больше и ведут более здоровый образ жизни [3].

Термин «задержка развития» используется в случаях, когда ребёнок не достигает возрастных этапов развития. Задержки развития классифицируются как лёгкие (функциональный возраст менее 33 % от хронологического возраста), умеренные (34–66 % от хронологического возраста) или тяжёлые (менее 66 % от хронологического возраста) [4]. Значимая задержка определяется как показатель на два стандартных отклонения ниже возрастной нормы и обычно оценивается на уровнях вторичной или третичной медицинской помощи [5].

Задержки могут быть изолированными, затрагивающими одну область развития, или глобальными, охватывающими две и более областей. Американская академия педиатрии предоставляет возрастные индикаторы «красных флагов» для облегчения диагностики [6]. Примерно у одного из шести детей (17 %) в возрасте 3–17 лет наблюдается одно или несколько нарушений развития [7], при этом распространённость со временем увеличилась с 16,22 до 17,76 % [8]. Согласно отчёту ЮНИСЕФ о развитии детей раннего возраста в Казахстане, задержка развития наиболее часто выявляется у детей в возрасте 3–5 лет (примерно 16 %), тогда как диагноз «Риск, ведущий к инвалидности» отмечается примерно у 8 % детей [9, 10].

Литературный обзор. Врачи первичной медико-санитарной помощи играют важную роль в формировании отзывчивого родительства

и поощрении взаимодействия между детьми и ухаживающими за ними взрослыми [9, 11], а также в информировании родителей о нормальных этапах развития ребёнка [12]. Они также способствуют учёту культурных особенностей в развитии ребёнка и укрепляют сотрудничество между семьями и специалистами, такими как специалисты по психическому здоровью, врачи и эрготерапевты [13].

Во всём мире диагностика задержек развития и инвалидности остаётся ниже их реальной распространённости, что указывает на недостаточность мер по выявлению [14]. Раннее выявление – в идеале в первые три года жизни – имеет критическое значение, поскольку основные структуры мозга быстро созревают в этот период, а более поздние вмешательства могут иметь ограниченный эффект [15].

Развитие ребёнка определяется наследственными и генетическими факторами, а также условиями окружающей среды и социальной средой. Забота со стороны расширенной семьи может обеспечивать эмоциональную поддержку, но одновременно ограничивать автономию ребёнка. Физическое здоровье, питание, социальная поддержка, родительские практики, домашнее насилие и злоупотребление психоактивными веществами влияют на когнитивное, социально-эмоциональное и речевое развитие [16]. Пол ребёнка также может оказывать влияние на развитие, при этом девочки имеют более высокий риск пренебрежения. Общая среда дополнительно формирует физический и функциональный рост [17].

Множественные факторы способствуют развитию задержки развития. Пренатальные факторы включают генетические состояния и хромосомные аномалии, такие как синдромы Прадера – Вилли, Ангельмана, ломкой X-хромосомы и синдром Дауна. Факторы окружающей среды включают воздействие токсинов, химических веществ, алкоголя и наркотиков.

Аntenатальные факторы включают инфекции, такие как токсоплазмоз, цитомегаловирус, ветряная оспа, малярия, ВИЧ, а также беременность в подростковом возрасте.

Перинатальные факторы включают задержку внутриутробного развития,

гипоксически-ишемическую энцефалопатию и перивентрикулярную лейкомаляцию.

Постнатальные факторы включают менингит, врождённые нарушения обмена веществ, депрессию или тревогу матери, домашнее насилие, недоедание, синдром дефицита внимания и гиперактивности, детский церебральный паралич, расстройства аутистического спектра и тяжёлую психологическую травму [18, 19].

Клинические признаки задержки развития включают замедленное достижение моторных этапов (переворачивание, сидение, ползание, ходьба), трудности речевого или экспрессивного общения, нарушения социального взаимодействия, показатели интеллекта ниже среднего, реакции, не соответствующие возрасту, и трудности в распознавании предметов [20].

Материалы и методы

Дизайн исследования и участники. В исследовании использовался поперечный наблюдательный дизайн. Анализ проводился на основе ретроспективных данных Реестра раннего вмешательства в сочетании с опросом врачей первичной медико-санитарной помощи. Объектом исследования стали дети дошкольного возраста, направленные в программы раннего вмешательства по поводу подозрения на задержку развития, а также врачи первичной медико-санитарной помощи, участвовавшие в их ведении.

В исследование были включены 501 ребёнок в возрасте от 24 до 60 месяцев. Критериями включения являлись направление на раннее вмешательство врачом первичной медико-санитарной помощи, специалистом стационарного звена или другим врачом, а также наличие полной информации о направлении и статусе одобрения услуг раннего вмешательства.

Кроме того, в исследовании приняли участие врачи первичной медико-санитарной помощи, осуществлявшие наблюдение за данными детьми. Их опрос был направлен на оценку практик выявления задержки развития, процессов направления и опыта взаимодействия с родителями, проявлявшими настороженность в отношении раннего вмешательства.

Сбор данных осуществлялся из двух основных источников. Первым источником являлся Реестр раннего вмешательства, содержащий

информацию о демографических характеристиках детей и их семей, включая возраст, пол, место проживания, состав семьи, уровень образования матери и уровень дохода семьи. Также реестр включал сведения об источнике направления, одобрении услуг раннего вмешательства и возрасте ребёнка на момент направления.

Вторым источником данных стал опрос врачей первичной медико-санитарной помощи. Анкета включала вопросы о частоте и типах визитов (профилактические осмотры и визиты по поводу заболеваний), показателях выявления задержки развития во время плановых визитов, а также об опыте врачей, связанном с родительской настороженностью и используемых стратегиях по повышению принятия раннего вмешательства.

Все данные были обезличены с целью обеспечения конфиденциальности пациентов и соблюдения этических требований.

Таблица 1 отражает основные источники данных, использованные для комплексной оценки роли врачей первичной медико-санитарной помощи в раннем выявлении задержки развития.

Анализ данных. Для обобщения демографических характеристик детей и семей, моделей направлений и исходов раннего вмешательства применялись методы описательной статистики. Категориальные переменные представлялись в виде абсолютных значений и процентов, непрерывные переменные – в виде средних значений и стандартных отклонений.

Анализ позволил охарактеризовать возрастные и социальные особенности направленных детей, структуру направлений и эффективность выявления задержки развития в условиях первичной медико-санитарной помощи.

Таблица 2 демонстрирует основные аналитические подходы, использованные для оценки роли врачей первичной медико-санитарной помощи в раннем выявлении задержки развития.

Статистический анализ. Для оценки различий между группами, включая источники направлений и показатели выявления задержки развития при различных типах визитов, применялись методы инференциальной статистики. Для категориальных переменных использовался критерий хи-квадрат, для непрерывных – t-тест для независимых выборок.

Таблица 1 – Источники данных и материалы исследования задержки развития у детей дошкольного возраста

№ п/п	Источник данных	Описание и содержание
1	Реестр раннего вмешательства	Демографические данные детей и семей, источник направления, возраст направления, статус одобрения услуг
2	Опрос врачей ПМСП	Частота и типы визитов, выявление задержки развития, опыт работы с родительской настороженностью
3	Медицинская документация	Сведения о направлениях и клинических решениях врачей
4	Статистические отчёты реестра	Сводные данные по направлению и одобрению услуг раннего вмешательства

Таблица 2 – Методы анализа и цели их применения

№ п/п	Метод	Цель и особенности применения
1	Описательная статистика	Обобщение демографических данных, характеристик направлений и исходов
2	Анализ частот	Оценка распределения источников направлений и типов визитов
3	Сравнительный анализ	Сопоставление показателей выявления задержки развития при разных типах визитов
4	Анализ анкет врачей	Оценка практик выявления и факторов родительской настороженности

Уровень статистической значимости был установлен на уровне $p < 0,05$. Все статистические анализы выполнялись с использованием программного обеспечения SPSS версии 26.0.

Результаты и обсуждение

Демографические данные детей и семей.

В исследование были включены 501 ребёнок, направленные на раннее вмешательство из-за подозрения на задержку развития. Основные демографические характеристики детей и их семей представлены в таблице 3.

Данные показывают, что большинство детей направлялись на раннее вмешательство в возрасте 36–47 месяцев, что соответствует типичному дошкольному возрасту. Распределение по полу было почти равным с небольшим преобладанием мальчиков. Более 60 % детей проживали в городах, что отражает более широкий доступ к медицинским и образовательным услугам. Большинство детей (80 %) воспитывались в двухродительских семьях. Почти половина

матерей имела высшее образование, что может способствовать повышенной осведомлённости о развитии ребёнка и раннем вмешательстве. Большинство семей имели средний уровень дохода, что соответствует национальной статистике для городских и пригородных районов Казахстана.

Направления и результаты раннего вмешательства. Основными инициаторами направлений выступали врачи первичной медико-санитарной помощи (ВПМСП), обеспечившие 79,8 % всех направлений. Уровень одобрения детей, направленных ВПМСП, составил 91,3 %. Специалисты стационаров направляли детей в более раннем возрасте по сравнению с ВПМСП (средний возраст 33,2 месяца против 39,3 месяца), вероятно, из-за медицинской сложности случаев, таких как недоношенность или тяжёлые заболевания. Различия в уровне одобрения и возрасте направления между группами врачей в большинстве случаев статистически

Таблица 3 – Демографические характеристики детей и семей (N = 501)

Характеристика	N (%)
Пол ребёнка	
Мальчики	265 (52,9)
Девочки	236 (47,1)
Возраст на момент направления (месяцы)	
24–35	112 (22,4)
36–47	198 (39,5)
48–60	191 (38,1)
Место проживания	
Город	312 (62,3)
Село	189 (37,7)
Состав семьи	
Двухродительская семья	401 (80,0)
Однородительская семья	100 (20,0)
Образование матери	
Среднее	143 (28,5)
Профессионально-техническое	112 (22,4)
Высшее	246 (49,1)
Доход семьи	
Ниже среднего	112 (22,4)
Средний	278 (55,5)
Выше среднего	111 (22,1)

Таблица 4 – Источники направлений и результаты раннего вмешательства

Источник направления	Кол-во направлений	Одобрено для РВ, n (%)	Средний возраст на момент направления (мес.)
ВПМСП	398	363 (91,3)	39,3 ± 5,7
Стационарные специалисты	82	77 (93,9)	33,2 ± 6,1
Другие врачи	21	18 (85,7)	40,1 ± 4,8
Всего	501	458 (91,4)	38,7 ± 6,0

Таблица 5 – Выявление задержки развития в зависимости от типа визита

Тип визита	Кол-во визитов	Кол-во выявленных ЗР	Процент выявления (%)
Плановый визит	5370	217	4,0
Визит по поводу болезни	4140	105	2,5

значимыми не были, что отражает высокую согласованность качества направлений (таблица 4).

Высокий уровень одобрения направлений указывает на то, что большинство детей, выявленных ВПМСП, действительно соответствовали критериям задержки развития. Более 90 % детей, направленных ВПМСП, получили услуги раннего вмешательства, что подтверждает точность клинической оценки первичных врачей [20–22].

Плановые визиты и выявление задержки развития. ВПМСП проводили в среднем 13,5 плановых визита здоровых детей в неделю. Задержка развития выявлялась примерно в два раза чаще во время плановых визитов по сравнению с визитами по поводу болезни, что подчеркивает ценность этих обследований для раннего выявления проблем (таблица 5).

Эти данные подтверждают результаты предыдущих исследований, указывающих на критическую роль плановых визитов в своевременном выявлении задержки развития [23–25].

Родительская нерешительность и влияние на направление. Почти 90 % ВПМСП отметили родительскую нерешительность по поводу дальнейшей оценки или участия в раннем вмешательстве. Основными причинами были переоценка способностей ребёнка, ожидание спонтанного разрешения задержки, стресс родителей и недостаточное понимание услуг раннего вмешательства. Для преодоления этих барьеров врачи организовывали несколько консультаций, предоставляли образовательную информацию и постепенно мотивировали родителей к участию, что частично объясняет относительно поздний средний возраст направления – 39,3 месяца [25].

Плановые визиты предоставляют уникальную возможность не только выявлять задержку развития, но и консультировать родителей, решать их вопросы, формировать доверие и способствовать принятию услуг раннего вмешательства.

Общий анализ и выводы. ВПМСП являются ключевыми фигурами в системе раннего выявления задержки развития у дошкольников в Казахстане. Они отвечают за большинство

направлений в программы раннего вмешательства, а высокий уровень одобрения направлений подтверждает точность их клинической оценки. Плановые визиты здоровых детей обеспечивают наиболее эффективную платформу для раннего выявления задержки развития и консультирования родителей.

Однако возраст направления остаётся относительно поздним в контексте оптимальных нейроразвитийных окон, а родительская нерешительность – серьёзным барьером. Повышение осведомлённости родителей, стандартизация скрининга и укрепление мониторинга развития в первичной медико-санитарной помощи могут способствовать более раннему выявлению проблем. Политика, поддерживающая структурированные оценки развития перед школой и тесное сотрудничество первичной и специализированной помощи, способна улучшить долгосрочные результаты для детей с задержкой развития в Казахстане.

Заключение. Данное исследование демонстрирует, что врачи первичной медико-санитарной помощи играют ключевую роль в раннем выявлении и направлении детей дошкольного возраста с задержкой развития в Казахстане. Большинство направлений в службы раннего вмешательства осуществляется на уровне первичной помощи, а высокий уровень одобрения направлений свидетельствует о точности клинического распознавания проблем развития.

Плановые профилактические визиты оказались особенно эффективным контекстом для выявления задержки развития, демонстрируя значительно более высокие показатели выявления по сравнению с визитами по поводу заболеваний, что подчёркивает их значение как основы профилактической педиатрической помощи.

Несмотря на центральную роль врачей первичного звена, возраст направления остаётся относительно поздним с точки зрения оптимальных нейроразвивающих «окон». Родительская настороженность в отношении дальнейшего обследования и раннего вмешательства представляет собой серьёзный барьер для своевременного направления и обусловлена ограниченной осведомлённостью о возрастных этапах развития, ожиданием спонтанного улучшения

и недостаточным пониманием услуг раннего вмешательства. Эти результаты подчёркивают необходимость усиления родительского образования, консультирования и коммуникации в рамках плановых визитов.

Усиление мониторинга развития в первичной медико-санитарной помощи, внедрение стандартизированных скрининговых инструментов и повышение осведомлённости родителей о преимуществах раннего вмешательства могут способствовать более раннему выявлению и доступу к услугам. Меры на уровне политики здравоохранения, поддерживающие структурированные оценки развития перед поступлением в школу и расширение взаимодействия между первичной помощью и специализированными службами, могут дополнительно улучшить исходы. Укрепление роли первичной медико-санитарной помощи в раннем мониторинге развития имеет решающее значение для оптимизации долгосрочных показателей здоровья и развития детей в Казахстане.

Поступила: 05.02.2026;

рецензирована: 19.02.2026; принята: 24.02.2026.

Литература

1. Theories of Child Development and Their Impact on Early Childhood Education and Care. SpringerLink. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10643-021-01271-5> (дата обращения: 06.02.2023).
2. What is Child Development? Kid Sense Child Development. URL: <https://childdevelopment.com.au/areas-of-concern/what-is-child-development/> (дата обращения: 10.02.2023).
3. The first 1,000 days of life: The brain's window of opportunity. UNICEF Office of Research – Innocenti. URL: <https://www.unicef-irc.org/article/958-the-first-1000-days-of-life-the-brains-window-of-opportunity.html> (дата обращения: 01.02.2023).
4. Mithyantha R., Kneen R., McCann E., Gladstone M. Current evidence-based recommendations on investigating children with global developmental delay // *Arch Dis Child*. 2017; 102: 1071–1076. DOI: 10.1136/archdischild-2016-311271.
5. Bellman M., Byrne O., Sege R. Developmental assessment of children // *BMJ*. 2013; 346: e8687. DOI: 10.1136/bmj.e8687.
6. Choo Y.Y., Agarwal P., How C.H., Yeleswarapu S.P. Developmental delay: Identification and management at primary care level // *Singapore Med J*. 2019; 60: 119–123. DOI: 10.11622/smedj.2019025.
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). CDC's Work on Developmental Disabilities. 2022. URL: <https://www.cdc.gov/ncbddd/developmentaldisabilities/about.html> (дата обращения: 07.02.2023).
8. Zablotzky B., Black L.I., Maenner M.J., Schieve L.A., Danielson M.L., Bitsko R.H. et al. Prevalence and trends of developmental disabilities among children in the US: 2009–2017 // *Pediatrics*. 2019; 144: e20190811. DOI: 10.1542/peds.2019-0811.
9. Gupta S., Shrivastava P., Samsuzzaman M., Banerjee N., Das D.K. Developmental delay among children under two years of age in slums of Burdwan Municipality: A cross-sectional study // *J Fam Med Prim Care*. 2021; 10: 1945–1949. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1926_20.
10. UNICEF Kazakhstan. Knowledge, Attitudes and Practices Survey on Early Childhood Developmental Monitoring in Kazakhstan. UNICEF; 2025. URL: <https://www.unicef.org/kazakhstan/media/10196/file/KNOWLEDGE%2C%20ATTITUDES%20AND%20PRACTICES%20SURVEY%20ON%20EARLY%20CHILDHOOD%20DEVELOPMENTAL%20MONITORING%20IN%20KAZAKHSTAN.pdf> (дата обращения: 08.02.2023).
11. Ruprecht K., Elicker J., Choi J.Y. Continuity of care, caregiver – child interactions, and toddler social competence and problem behaviors // *Early Educ Dev*. 2016; 27: 221–239.
12. Theilheimer R. Molding to the children: Primary caregiving and continuity of care // *Zero to Three*. 2006; 26: 50–54.
13. McMullen M.B., Yun N.R., Mihai A., Kim H. Experiences of parents and professionals in well-established continuity of care infant toddler programs // *Early Educ Dev*. 2019; 27: 46–76.
14. Early childhood development. UNICEF. URL: <https://www.unicef.org/topics/early-childhood-development> (дата обращения: 10.02.2023).
15. The Importance of Early Intervention. Reading Rockets; 2018. URL: <https://www.readingrockets.org/article/importance-early-intervention> (дата обращения: 10.02.2023).
16. What are the various child development stages? ORCHIDS School. URL: <https://www.orchidsinternationalschool.com/blog/>

- child-learning/different-child-development-stages/ (дата обращения: 03.02.2023).
17. Walnut Montessori Preschool West Covina, CA. URL: <https://www.walnutmontessori-preschool.com/> (дата обращения: 04.02.2023).
 18. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Developmental Disabilities. 2022. URL: <https://www.cdc.gov/ncbddd/developmentaldisabilities/index.html> (дата обращения: 10.02.2023).
 19. Khan I., Leventhal B.L. Developmental Delay. StatPearls. StatPearls Publishing; 2022. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562231/> (дата обращения: 10.02.2023).
 20. Developmental Delay: Causes, Symptoms, and Therapies. SSM Health Cardinal Glennon Children's Hospital. URL: <https://www.ssmhealth.com/cardinal-glennon/conditions-treatments/developmental-pediatrics/developmental-delay> (дата обращения: 10.02.2023).
 21. Twardzik E. et al. Limited access to special education services for school-aged children with developmental delay // *Res Dev Disabil.* 2018; 72: 257–264.
 22. Turner K. Well-child visits for infants and young children // *Am Fam Physician.* 2018; 98 (6): 347–353.
 23. Anderson P.J., Treyvaud K., Spittle A.J. Early developmental interventions for infants born very preterm – what works? // *Semin Fetal Neonatal Med.* 2020; 25 (3): 101119.
 24. Wojcik M.H. et al. Developmental support for infants with genetic disorders // *Pediatrics.* 2020; 145 (5): e20190629.
 25. Lipkin P.H., Macias M.M. Promoting optimal development: identifying infants and young children with developmental disorders through developmental surveillance and screening // *Pediatrics.* 2020; 145 (1): e20193449.