



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

8 (94) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОМОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
Г.У. НУРОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

8 (94)

2026

Август

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

УДК 614.2:616-053.9

**РАЗРАБОТКА И НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ АДАПТИВНОЙ
ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ**



Ризаев Жасур Алимжанович <https://orcid.org/0000-0001-5468-9403> e-mail:
dr.jasur@gmail.com

Жуманиязов Давронбек Хусаинбоевич <https://orcid.org/0009-0000-1262-8274>

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд,
ул. Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ **Резюме**

Цель нашего исследования – разработать и научно обосновать адаптивную организационно-управленческую модель геронтологической медицинской помощи, учитывающую региональные особенности Самаркандской области. Материалы и методы. Наша модель сформирована на основе принципов риск-ориентированного подхода и алгоритмизированной маршрутизации. Внедрение проводилось нами в основной группе (n=320) лиц пожилого и старческого возраста. Результаты. Описана структура нашей модели, включающая 8 взаимосвязанных блоков (от организационно-диагностического до мониторингового). Ключевым элементом стал наш алгоритм маршрутизации, предусматривающий стратификацию пациентов по уровням организационно-медицинского риска (низкий, средний, высокий). В ходе внедрения индивидуальные планы наблюдения были сформированы у 92,5% наших пациентов, а 31,9% были включены в регистр высокого риска. Выводы. Разработанная нами модель позволяет перейти от фрагментарного оказания помощи к системному территориально адаптированному медицинскому сопровождению обеспечивая преемственность между всеми уровнями здравоохранения.

Ключевые слова: адаптивная модель, геронтологическая помощь, риск-ориентированный подход, алгоритм маршрутизации, индивидуальный план наблюдения.

**ХУДУДИЙ ДАРАЖАДА ГЕРОНТОЛОГИК ТИББИЙ ЁРДАМНИНГ
МОСЛАШУВЧАН (АДАПТИВ) ТАШКИЛИЙ-БОШҚАРУВ МОДЕЛИНИ ИШЛАБ
ЧИҚИШ ВА ИЛМИЙ АСОСЛАШ**

Ризаев Жасур Алимжанович <https://orcid.org/0000-0001-5468-9403> e-mail:
dr.jasur@gmail.com

Жуманиязов Давронбек Хусаинбоевич <https://orcid.org/0009-0000-1262-8274>

Самарқанд давлат тиббиёт университети Ўзбекистон, Самарқанд, Амир Темура 18,
Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ **Резюме**

Тадқиқотимиз мақсади – Самарқанд вилоятининг ҳудудий хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда геронтологик тиббий ёрдамнинг мослашувчан (адаптив) ташкилий-бошқарув моделини ишлаб чиқиш ва илмий асослаш. Материаллар ва усуллар. Бизнинг модель хавфга

йўналтирилган ёндашув ва алгоритмлаштирилган йўналтириш тамойиллари асосида шаклланди. Моделни жорий этиш кекса ва қари ёшдаги шахслардан иборат асосий гуруҳда (n=320) амалга оширилди. Натижалар. Ташкилий-диагностикадан тортиб мониторингга бўлган 8 та ўзаро боғлиқ блокдан иборат бизнинг модель тузилмаси тавсифланган. Беморларни ташкилий-тиббий хавф даражалари (паст, ўрта, юқори) бўйича табақалашни кўзда тутувчи йўналтириш алгоритми асосий элементга айланди. Жорий этиш жараёнида беморларнинг 92,5 фоизида индивидуал назорат режалари шакллантирилди 31,9 фоизи эса юқори хавф гуруҳи регистрга киритилди. Хулосалар. Ишлаб чиқилган моделимиз геронтологик ёрдам кўрсатишнинг парчаланган характеридан тизимли ҳудудий мослашган тиббий ҳамроҳликка ўтиш имконини беради ва соғлиқни сақлашнинг барча бўғинлари ўртасида преестественликни таъминлайди.

Калит сўзлар: мослашувчан (адаптив) модель, геронтологик ёрдам, хавфга йўналтирилган ёндашув, йўналтириш алгоритмлаштириш, индивидуал назорат режаси.

DEVELOPMENT AND SCIENTIFIC SUBSTANTIATION OF AN ADAPTIVE ORGANIZATIONAL AND MANAGEMENT MODEL OF GERONTOLOGICAL MEDICAL CARE AT THE REGIONAL LEVEL

Rizaev Zhasur Alimdzhanovich <https://orcid.org/0000-0001-5468-9403> e-mail: dr.jasur@gmail.com

Jumaniyazov Davronbek Khusainboyevich <https://orcid.org/0009-0000-1262-8274>

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 18,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ Resume

Purpose of our study was to develop and scientifically substantiate an adaptive organizational and management model for gerontological medical care taking into account the regional characteristics of the Samarkand region. **Material and methods.** The model is formed based on the principles of a risk-oriented approach and algorithmized routing. Implementation was carried out in the main group (n=320) of elderly and senile individuals. **Results.** The model structure is described consisting of 8 interconnected blocks (from organizational-diagnostic to monitoring). The key element was the routing algorithm, providing for the stratification of patients by levels of organizational and medical risk (low, medium, high). During implementation individual observation plans were formed for 92.5% of patients and 31.9% were included in the high-risk register. **Conclusions.** The developed model allows for a transition from fragmented care to systemic, territorially adapted medical support ensuring continuity between all levels of healthcare.

Keywords: adaptive model, gerontological care, risk-oriented approach, algorithmized routing, individual observation plan.

Актуальность

В XXI веке старение населения безоговорочно признано одним из наиболее значимых социально-демографических вызовов. Оно явно оказывает беспрецедентное давление на национальные системы здравоохранения [9]. Согласно концепции Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) приоритетной задачей становится не просто увеличение продолжительности жизни. Эксперты ВОЗ считают, что здесь бесспорно важно и сохранение функциональной независимости и качества жизни пожилых людей. Это закреплено в глобальной программе «Десятилетие здорового старения (2021–2030)» [10,11]. В нашей Республике Узбекистан в рамках «Стратегии развития на 2022–2026 годы» и указов Президента №-60 и №-6110 определены задачи по коренной модернизации первичного медико-санитарного звена и внедрению новых механизмов патронажа [3,4].

В странах СНГ и Европы, как и в Узбекистане ведущая роль принадлежит первичному медико-санитарному звену здравоохранения на который приходится 89,3% всех обращений пожилых граждан [1,5]. Однако существующая в нашей стране система зачастую сохраняет фрагментарный характер. Результаты нашего предыдущего анализа текущего состояния

геронтологической помощи в Самаркандской области выявили явно критические организационные разрывы. На наш взгляд особую остроту проблеме придает отсутствие управляемой маршрутизации и слабая преемственность. Нами установлено, что «унифицированные» традиционные подходы не учитывают значительную территориальную неоднородность нашего региона. Следовательно, выявленные нами организационно-управленческие дефекты и риски «осознанной отсрочки» обращений из-за транспортных и инфраструктурных барьеров бесспорно доказывают несостоятельность пассивной модели оказания помощи «по обращению». Консенсус ряда наших экспертов подтверждает, что ключевым барьером является отсутствие единого алгоритма маршрутизации. Это диктует нам необходимость разработки и внедрения организационно-управленческой адаптивной модели. Такая модель будет способна трансформировать наше медицинское сопровождение в проактивный системный и территориально адаптированный процесс. В ее основе, по нашему мнению, должны быть риск-ориентированность подхода и алгоритмизация маршрутизации наших пациентов пожилого и старческого возраста.

Целью нашего исследования было разработать и научно обосновать адаптивную организационно-управленческую модель геронтологической медицинской помощи населению Самаркандской области обеспечивающую повышение доступности, преемственности и управляемости медицинского сопровождения лиц пожилого и старческого возраста.

Материал и методы.

Наша работа представляет собой организационно-аналитическое исследование по разработке и внедрению медико-организационных технологий. Проектирование адаптивной модели осуществлялось нами в период 2020–2025 гг. За основу приняты полученные нами на предыдущих этапах работы результаты комплексного анализа дефектов системы оказания медицинской геронтологической помощи. Основным объектом внедрения модели послужила основная группа респондентов, включающая 320 лиц в возрасте 60 лет и старше. По гендерному признаку среди наших пациентов было 42,5% мужчин и 57,5% женщин, постоянно проживающих в различных территориальных зонах Самаркандской области. Распределение по возрасту показано на рисунке 1.

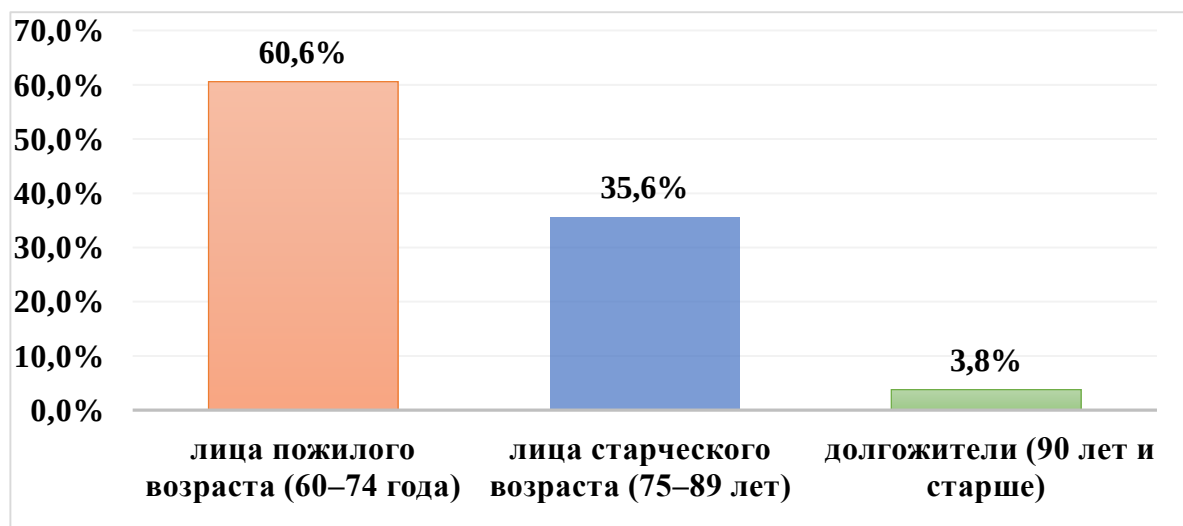


Рисунок 1. Соотношение возрастных групп среди наших респондентов

Модель была сформирована нами на принципах территориальной адаптивности риск-ориентированного подхода и стандартизированной маршрутизации. Для научного обоснования структуры модели мы использовали экспертный метод с привлечением 30 экспертов. Среди них были наши организаторы здравоохранения и руководители служб первичной медико-санитарной помощи. Они ранжировали значимость управленческих блоков по выданной нами 5-балльной шкале. Далее мы применяли социологический опрос 180 медицинских работников. Он позволил

нам детализировать этапы алгоритма маршрутизации. Мы проводили синтез полученных данных в единую 8-блочную систему.

Ключевым механизмом нашего внедрения стала стратификация по уровню организационно-медицинского риска. Оценка проводилась нами по комплексным критериям. Среди них мы выделяли не только медицинские факторы в виде мультиморбидности и частоты обращений. Также выделены нами и организационные факторы в виде мобильности пациента удаленности от учреждения первичной медицинской помощи и наличия транспортных барьеров.

Статистическая обработка данных проводилась нами с использованием критериев t-критерия Стьюдента для оценки охвата наших пациентов основными элементами модели.

Результат и обсуждения

Разработанная нами организационно-управленческая адаптивная модель базируется на результатах анализа организационных дефектов оказания геронтологической помощи. Адаптивный характер нашей модели заключается в учете территориальных различий Самаркандской области и индивидуальных медико-социальных потребностей пожилых пациентов нашего исследования. Основные принципы построения модели мы представили в таблице 1.

Таблица 1.

Основные принципы построения адаптивной организационно-управленческой модели геронтологической медицинской помощи

Принцип	Содержание и практическая реализация в модели
Территориальная адаптивность и доступность	Учет различий между городскими, сельскими, предгорными и отдаленными территориями; организация помощи с учетом транспортной доступности, удаленности, возможностей первичного звена, помощи на дому
Пациент-ориентированность и индивидуализация наблюдения	Учет возраста, хронических заболеваний, мобильности, потребности в сопровождении и консультациях специалистов; формирование индивидуального плана медицинского наблюдения
Стандартизированная маршрутизация и преемственность	Определение последовательности движения пациента между ПМСП, районным, специализированным и стационарным уровнями; документирование направления и обеспечение обратной связи между врачом-специалистом и семейным врачом
Риск-ориентированный и профилактический подход	Выделение пациентов высокого риска, формирование регистра, профилактическое консультирование, контроль факторов риска
Мониторинг, междисциплинарное взаимодействие и управляемость	Координация действий семейного врача, специалистов, среднего медицинского персонала и организаторов здравоохранения; контроль выполнения рекомендаций, сроков консультаций, диспансерного наблюдения

Наша модель спроектирована как комплексная система, состоящая из восьми взаимосвязанных блоков, каждый из которых направлен на устранение конкретных управленческих разрывов (рисунок 2).

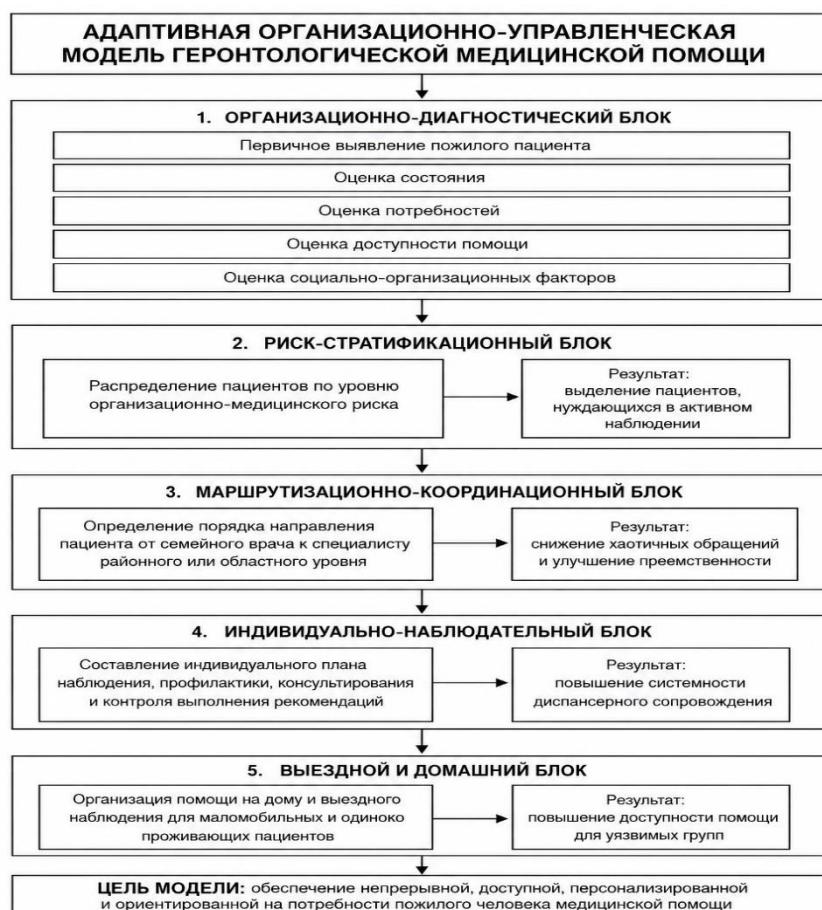


Рисунок 2. Схема структурных блок адаптивной организационно-управленческой модели геронтологической медицинской помощи

Взаимосвязь этих блоков обеспечивает на наш взгляд непрерывный цикл сопровождения от первичного выявления и оценки организационно-медицинского риска до реализации индивидуального плана и мониторинга его эффективности.

Далее для реализации нашей модели был внедрен 6-этапный алгоритм маршрутизации. В нем координирующая роль отведена нами семейному врачу (таблица 2) и системе риск-стратификации (таблица 3).

Таблица 2.

Алгоритм маршрутизации пожилого пациента в рамках нашей адаптивной организационно-управленческой модели

Этап	Содержание этапа	Организационный результат
1. Первичное выявление пациента	Обращение пациента, диспансерный учет, патронажный осмотр, активное выявление пациентов группы риска	Включение пациента в систему геронтологического наблюдения
2. Организационно-медицинская оценка	Оценка состояния, хронических заболеваний, мобильности, потребности в сопровождении, транспортной доступности и возможности помощи на дому	Определение медицинских и организационных потребностей пациента
3. Стратификация риска	Распределение пациента по уровню организационно-медицинского риска	Определение интенсивности наблюдения и объема сопровождения
4. Формирование индивидуального плана	Определение сроков осмотров, консультаций, профилактики, патронажа и контроля выполнения рекомендаций	Переход от разового обращения к системному наблюдению
5. Маршрутизация и обратная связь	Направление к врачу-специалисту, на районный или областной уровень с документированием цели и сроков консультации	Повышение преемственности между уровнями медицинской помощи
6. Мониторинг и коррекция маршрута	Контроль выполнения рекомендаций, повторная оценка состояния и изменение маршрута при необходимости	Повышение управляемости и адаптивности медицинского сопровождения

Таблица 3. Критерии распределения наших лиц пожилого и старческого возраста по уровню организационно-медицинского риска

Уровень риска	Основные критерии	Организационная тактика
Низкий риск	Стабильное состояние, сохраненная мобильность, редкие обращения, отсутствие выраженных трудностей доступа	Плановое наблюдение семейным врачом, профилактическое консультирование
Средний риск	Наличие хронических заболеваний, периодическая потребность в консультациях специалистов, умеренные трудности записи или транспортной доступности	Индивидуальный план наблюдения, контроль сроков консультаций, профилактическое сопровождение
Высокий и очень высокий риск	Множественные хронические заболевания, частые обращения, ограниченная мобильность, необходимость сопровождения, проживание в отдаленной территории, высокий риск госпитализации	Активное диспансерное наблюдение, маршрутизация к специалистам, помощь на дому, патронаж, контроль выполнения рекомендаций

Апробация модели в основной группе наших пациентов (n=320) позволила достичь высоких показателей охвата пациентов ключевыми организационными технологиями (таблица 4).

Таблица 4.

Охват пациентов основной группы элементами адаптивной организационно-управленческой модели

Элемент внедрения модели	Абс.	%
Первичная организационно-медицинская оценка	320	100,0
Распределение по уровню организационно-медицинского риска	320	100,0
Формирование индивидуального плана наблюдения	296	92,5
Включение в регистр пациентов повышенного риска	102	31,9
Плановая маршрутизация к врачу-специалисту	184	57,5
Получение обратной информации от врача-специалиста в ПМСП	166	51,9
Профилактическое консультирование пациента	304	95,0
Консультирование родственников по вопросам ухода и наблюдения	246	76,9
Организация помощи на дому или патронажного наблюдения	108	33,8
Мониторинг выполнения индивидуального плана наблюдения	282	88,1

Анализ полученных нами данных подтверждает, что внедрение модели обеспечило переход к системному диспансерному сопровождению до 92,5% охвата планами против 36,3% на исходном этапе. Это практически полностью и безоговорочно устранило информационный разрыв при маршрутизации к узким специалистам. Высокий уровень до 76,9% вовлечения родственников наших респондентов свидетельствует об успешной адаптации нашей модели к социально-культурной специфике Самаркандской области.

Обсуждение

Разработка и внедрение нашей адаптивной модели стали явным ответом на выявленный нами ранее системный разрыв. Он был нами обнаружен между формальным прикреплением наших пациентов к первичному медицинскому учреждению и реальной управляемостью процессом их лечения. На наш взгляд ключевым достижением нашей модели является переход от пассивного ожидания обращения пациента к проактивному системному сопровождению.

Основным маркером этого перехода, согласно полученным нами данным, является показатель охвата индивидуальными планами наблюдения. Он в основной группе наших респондентов достиг 92,5%. Мы считаем, что это радикально меняет ситуацию. А это, по нашему мнению, полностью соответствует международной концепции WHO ICOPE [11].

Внедренный алгоритм маршрутизации позволил нам эффективно устранить «информационный вакуум» между уровнями помощи. Это безоговорочно доказывает нам что дефицит преемственности был вызван именно отсутствием стандартизированного управленческого регламента. Теперь семейный врач возвращает себе роль явного координатора контролируя выполнение рекомендаций узких специалистов у 88,1% наших пациентов [6,7]. Особое значение, по нашему мнению, имеет риск-ориентированный подход

[2,8]. Выделение нами группы высокого риска в количестве 31,9% наших респондентов явно позволило адресно распределить ресурсы первичной медицинской службы. Именно для этой категории нами и была реализована помощь на дому и патронаж 33,8% наших респондентов. Это несомненно весьма важно для Самаркандской области с её территориальными барьерами и высокой социальной зависимостью пожилых людей от родственников.

Таким образом, обсуждаемая нами модель доказывает, что адаптация организационных механизмов к региональной специфике и нуждам нашего пациента позволяет минимизировать риски «осознанной отсрочки» обращений. На наш взгляд это также повысит общую управляемость системой геронтологической помощи.

Выводы

На основании проведенного нами исследования по разработке и внедрению адаптивной модели геронтологической помощи можно сделать следующие выводы.

1. Нами научно обоснована архитектура адаптивной модели, объединяющая 8 структурных блоков. В её основу мы заложили принципы территориальной адаптивности риск-ориентированного подхода и стандартизированной маршрутизации. Это позволяет нам перейти от пассивного ожидания к явному активному медицинскому сопровождению.

2. Нами разработан и внедрен 6-этапный алгоритм маршрутизации. В нем центральная координирующая роль безоговорочно отведена семейному врачу. Предложенный нами алгоритм обеспечивает сквозное управление движением нашего пациента и обязательный контроль выполнения рекомендаций.

3. Внедрение механизма риск-стратификации позволило нам выделить группу высокого организационного риска (31,9%), нуждающуюся в интенсивном патронаже и помощи на дому.

4. Нами была доказана высокая организационная эффективность нашей модели. Так, в нашей основной группе достигнут охват индивидуальным планированием практически у всех пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Андрусов ВЭ, Горбатов СЮ, Бурковская ЮВ. Анализ отдельных аспектов организации гериатрической помощи в странах мира. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»; 2023. 46 с. Available from: <https://niiioz.ru/moskovskaya-medsina/izdaniya-nii/obzory/>
2. Белоусова ОН, Жабоева СЛ, Хмельницкий АВ. Подходы к созданию программ персонифицированной профилактики гериатрических синдромов. Научные ведомости БелГУ. Сер. Медицина. Фармация. 2017;5(254):87-96.
3. Указ Президента Республики Узбекистан № ПФ-60 от 28 января 2022 г. «О новой стратегии развития Узбекистана на 2022–2026 годы».
4. Указ Президента Республики Узбекистан № УП-6110 от 12 ноября 2020 г. «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ».
5. Goertz CM, Salsbury SA, Long CR, Vining RD, Andresen AA, Hondras MA, Lyons KJ, Killinger LZ, Wolinsky FD, Wallace RB. Patient-centered professional practice models for managing low back pain in older adults: a pilot randomized controlled trial. BMC Geriatr. 2017;17(1):235. doi:10.1186/s12877-017-0624-z.
6. Hatam N, Askarian M, Taherifard E, Ahmadkhani A, Golabi F, Bordbar S, Taherifard E. Exploring patient-centered care delivery in outpatient settings for older adults: a scoping review and recommendations for implementation in countries with low and middle income. BMC Geriatr. 2025;25(1):940. doi:10.1186/s12877-025-06643-9.
7. Kogan AC, Wilber K, Mosqueda L. Person-centered care for older adults with chronic conditions and functional impairment: a systematic literature review. J Am Geriatr Soc. 2016;64(1). doi:10.1111/jgs.13873.
8. Liao L, Feng M, You Y, Chen Y, Guan C, Liu Y. Experiences of older people, healthcare providers and caregivers on implementing person-centered care for community-dwelling older people: a systematic review and qualitative meta-synthesis. BMC Geriatr. 2023;23(1):207. doi:10.1186/s12877-023-03915-0.
9. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2024: summary of results. New York: United Nations; 2024. Available from: <https://desapublications.un.org/publications/world-population-prospects-2024-summary-results>
10. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing 2021–2030: global strategy and action plan. Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>
11. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: WHO; 2019. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240103726>

Поступила 20.07.2026