

гурӯҳҳои мухталифи аҳоли аз синни 18 то 30 сола дар 4 ноҳияи тобеъи ҷумҳурӣ гузаронида шуд. Ҳамзамон пурсиши иҷтимоӣ бо истифодаи усули маъмулии интихобии гурӯҳҳои синну соли сураат гирифт. Ҷавоб ба саволҳо бо истифодаи пакетҳои MS OFFISE соли 2007 таҳти коркарди омӯри қарор дода шуд.

Натиҷаҳо. Муқаррар гардид, ки огоҳии пурсишкунандагон доир ба сироятҳои тавассути муносибатҳои ҷинсӣ интиқолшаванда роҳҳои пешгирии он дар сатҳи ниҳоят паст қарор дорад. Беш аз 21,0% онҳо мунтазам ба муносибатҳои шахвонӣ машғул буда, ҳадди ақал ҳар шахси 5-ум хатари имконпазири сироятёбӣ ба ББРҶИ, ВНМО-ро алоқаманд наменешуморад, тақрибан 17,0% ҷавонон ҷунин ақида доранд, ки ҳангоми мубғало ба ин бемориҳо танҳо ба табибони шиноси худ, ё қормандони миёнаи тиббӣ муроҷиат хоҳанд кард.

Хулоса. Дар шароити имрӯзаи зиндагонӣ проблемаи шахвонияти барвақт дар тамоми ҷаҳон ниҳоят мубрам мебошад. Хусусиятҳои рафтори шахвонӣ аз шахвонияти барвақтӣ, инчунин мавҷуд набудани омодагии ҳамачониба, аз ҷумла равонӣ эҳсосот нисбат ба масъулияти оиладорӣ (издивоҷ, ақди никоҳ) мебошад. Ҳамзамон, сатҳи пасти до-ниш ва зарурияти воқифии наврасон ва ҷавоно дар мавриди оқибатҳои манфии муносибатҳои шахвонии хатарнок ба мушоҳида мерасад. Рафтори тазаккурӣ унсӯри ҷудонопазири саломатӣ буда, ниҳоят муҳим баррасӣ мегардад ва дар ҳамбастагӣ ба дигар омилҳои офияти иҷтимоии инсонро таъмин менамояд.

Калима ва ибораҳои асосӣ: рафтори тазаккурӣ (репродуктивӣ), ҷавонон, тарзи ҳаёт, омилҳои хатар, сироят, тавассути муносибатҳои ҷинси интиқолёбанда.

УДК 616-053.2;615.37

doi: 10.52888/0514-2515-2021-350-33-40

Г.С. Мамаджанова¹, З.К. Умарова², Г.М.Саидмурадова³

ВАКЦИНАЦИОНАЦИЯ ПЕНТАВАЛЕНТНОЙ АКДС И АДС ВАКЦИНОЙ ЗДОРОВЫХ И ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

¹Кафедра детских болезней № 1, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

²Кафедра семейной медицины № 2, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

³Кафедра детских инфекций, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Мамаджанова Гульнора Сидикжановна – к.м.н., доцент, заведующая кафедрой детских болезней №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»; Тел.: +(992)918720903; E-mail: gulnora.tamadjanova@gmail.com

Цель исследования. Изучить вакцинированных здоровых и часто болеющих детей на формирование противодифтерийного иммунитета.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением было 50 практически здоровых и 92 часто болеющих детей. Всем детям проводилась вакцинация трехкратно пентавалентной вакциной, а также ревакцинация АКДС и АДС. Определяли формирование специфического противодифтерийного иммунитета через 6 месяцев, 1 год и 5 лет. Интерпретировали результат по окончательному значению оптической плотности уровни защиты: базовая -0,01 до 0,1; полная защита - >0,1; долгосрочная защита - >1,0.

Результаты исследования их обсуждение. Через 6 месяцев напряжённость поствакцинального иммунитета как у здоровых, так и у больных детей составили высокий процент: полная (>0,1) (45,8%) и базовая защита (0,01 до 0,1) (31,0%). Статистическая значимость снизилась через год: полная защита (45,8% против 12,1%, $p<0,001$), и повысилась отсутствие защиты (2,6% против 55,7%, $p<0,001$), что указывало на выработку нестойкого иммунитета в связи, с чем была проведена ревакцинация АКДС и АДС. Через 5 лет после ревакцинации, специфический иммунитет имел тенденцию к нарастанию как у здоровых детей, так и у больных.

Заключение. Для создания стойкого и продолжительного иммунитета при использовании «убитых» вакцин и анатоксинов необходимы ревакцинирующие прививки через различные сроки после курса вакцинации часто болеющим детям, на что указывают данные базовой и полной защиты.

Ключевые слова: дети, дифтерия, специфический иммунитет,

G.S. Mamadzhanova¹, Z.K. Umarova², G.M. Saidmuradova³

VACCINATION OF PENTIVALENT, DTP, ADS VACCINE FOR HEALTHY AND FREQUENTLY SICK CHILDREN

¹Department of childhood diseases №1, SEI «Avicenna Tajik State Medical University», Dushanbe, Republic of Tajikistan

²Department of family medicine №2, SEI «Avicenna Tajik State Medical University», Dushanbe, Republic of Tajikistan

³Department of childhood infections, SEI «Avicenna Tajik State Medical University», Dushanbe, Republic of Tajikistan

Mamadzhanova Gulnora Sidikzhanovna - candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Children's Diseases No. 1 of the State Educational Institution "Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino", tel.: + (992) 918720903

Aim. To study the formation of anti-diphtheria post-vaccination immunity in practically healthy, and frequently sick children vaccinated with pentavalent, ADTP, and ADT vaccine.

Material and methods. We observed 50 practically healthy and 92 frequently sick children. All children were vaccinated three times with a pentavalent vaccine, as well as revaccination with ADTP and ADT. The formation of specific anti-diphtheria immunity was detected for all children after 6 months, after 1 year, and after 5 years. The results were interpreted according to the final value of the optical density levels of protection: basic from 0,01 to 0,1; full protection -> 0,1; long-term protection -> 1,0.

Results and discussion. After 6 months the intensity of post-vaccination immunity in both practically healthy and frequently sick children was the highest: full protection (> 0,1) (45,8%), basic protection (0,01 to 0,1) (31,0%). Statistical significance decreased after a year: full protection (45,8% versus 12,1%, $p < 0,001$), and lack of protection increased (2,6% versus 55,7%, $p < 0,001$), which indicated to the development of unstable immunity, therefore revaccination with ADTP and ADT vaccines were performed. 5 years after revaccination specific immunity tended to increase in both healthy and often-ill children.

Conclusion. To create stable and long-term immunity when using "killed" vaccines and toxoids, revaccination vaccinations are required at various times after the course of vaccination for frequently ill children, as indicated by the data of basic and complete protection.

Keywords: children, diphtheria specific immunity.

Актуальность. На сегодняшний день с помощью иммунопрофилактики можно предупредить около 40 заболеваний. Практически от любой инфекции, против которой есть вакцина, мы в состоянии защитить детей и человечество. В настоящее время профилактическими прививками охвачено более 80% детского населения мира (более 130 млн. детей). Это позволяет ежегодно предотвратить более 3 млн. смертей [1, 4].

Риск возникновения поствакцинальных реакций и осложнений после введения вакцины (АКДС препарата, кори, краснухи, и т. д.) у часто болеющих детей (ЧБД), а также страх перед развитием более тяжёлых и выраженных реакций при последующей иммунизации приводят к тому, что значительный контингент детей остаётся незащищённым от гепатита, дифтерии, столбняка, коклюша, кори и т.д. [5, 7, 8, 10].

В Республике Таджикистан в 1995, 2009 годах была проведена кампания массовой иммунизации

против дифтерии (НДИ), что позволило сократить число случаев заболеваний дифтерией и по сегодняшний день.

Поэтому, несмотря на значительное снижение заболеваемости в последние годы, дифтерийная инфекция продолжает представлять серьёзную угрозу здоровью населения [10, 11, 18]. Наиболее восприимчивы к развитию заболевания дети с хронической патологией, у которых нарушается календарь прививок и удлиняются сроки проведения плановых ревакцинаций. Ведущая роль в формировании защиты против дифтерии принадлежит антитоксическому иммунитету [13, 15, 17]. Однако антитоксические антитела участвуют в нейтрализации токсина, но не в элиминации возбудителя из организма, что оставляет нерешённой проблему дифтерийного бактерионосительства [16]. Поэтому особое значение имеет мониторинг напряжённости противодифтерийного иммунитета, позволяющий выявлять среди них контингент по-

вышенного риска [3, 6].

Цель исследования. Изучить вакцинированных здоровых и часто болеющих детей на формирование противодифтерийного иммунитета и изучить формирование противодифтерийного поствакцинального иммунитета у практически здоровых и часто болеющих детей, вакцинированных пентавалентной, АКДС, АДС вакциной.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением было 50 практически здоровых и 92 часто болеющих детей. Всем детям проводилась трёхкратная пентавалентная вакцина, а также ревакцинация АКДС и АДС. Детям определяли формирование специфического противодифтерийного иммунитета через 6 месяцев, через 1 год и 5 лет

Тестирование проведено в референс лаборатории ВОЗ (Агентство по защите здоровья, Великобритания, Лондон). Интерпретацию результатов оценивали по окончательному значению оптической плотности. Уровни защиты: базовая защита - 0,01-0,1; полная защита - >0,1; долгосрочная защита - >1,0. Статистический анализ проводили на ПК с помощью прикладной программы «Statistics 6,0».

Для определения статистической значимости для множественных независимых значений использовали Н-критерий Крускала-Уоллиса, а для малых выборок - непараметрический критерий Спирмана, для относительных величин с использовали критерий χ^2 . Нулевая гипотеза отвергалась

при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. После трёхкратной пентавалентной вакциной 50 практически здоровым детям, определяли формирование специфического противодифтерийного иммунитета через 6 месяцев, через 1 год и 5 лет.

После трёхкратной пентавалентной вакцинации через 6 мес. высокий процент составляли полная (>0,1 - 45,8%) и базовая защита (0,01-0,1 - 31,0%), долгосрочная (>1,0), что указывает на формирование напряженного поствакцинального иммунитета (рис. 1).

Через год статистически значительно снизилась полная защита (45,8% против 12,1%, $p < 0,001$), и повысилась отсутствие защиты (2,6% против 55,7%, $p < 0,001$), что указывает на выработку нестойкого иммунитета

Поэтому детям в 16-24 месяца проводилась по календарю ревакцинация АКДС (рис. 2).

Отмечено, что после ревакцинации АКДС как через 6 месяцев, так и через год отмечалось повышение базовой, полной и долгосрочной защиты, а отсутствия защиты (3,0% и 3,5%) регистрировалось реже. Эти данные статистически значимы. До вакцинации в 6 лет отмечалось повышение отсутствие защиты и снижение всех остальных показателей (23,5% против 10,1%; 48,7% против 20,2%; 23,5% против 9,9%; $p < 0,01$).

В связи с чем, соответственно календарю проводилась вторая ревакцинация АДС (рис. 3).

Через 6 месяцев и через год регистрируется

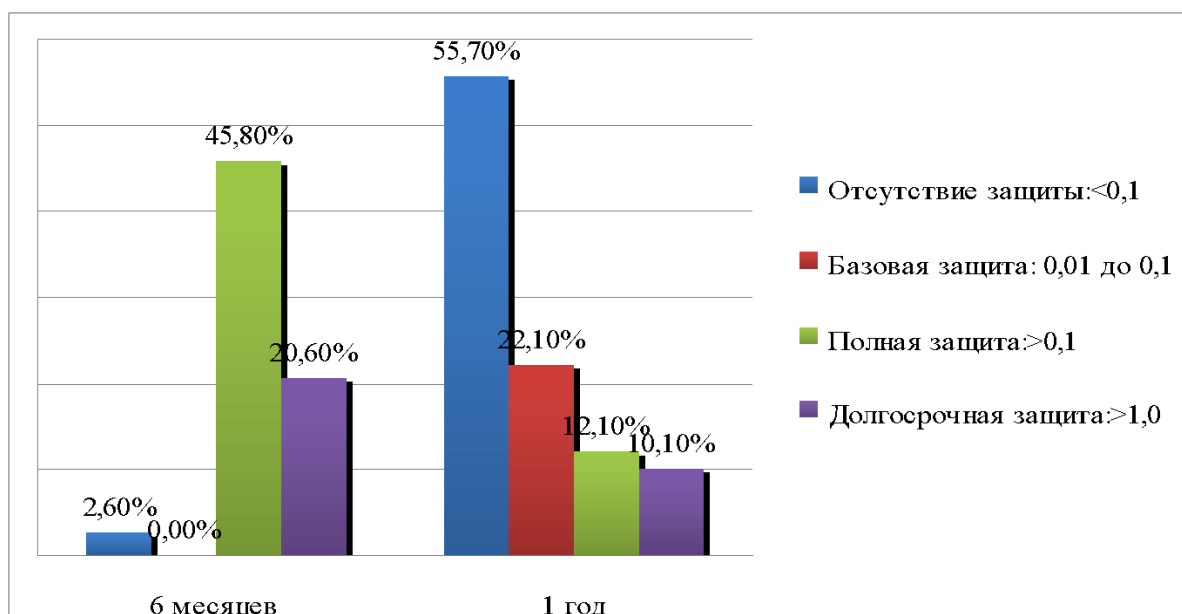


Рисунок 1. Уровень противодифтерийных антител у практически здоровых детей вакцинированных пентавалентной вакциной через 6 мес. и 1 год

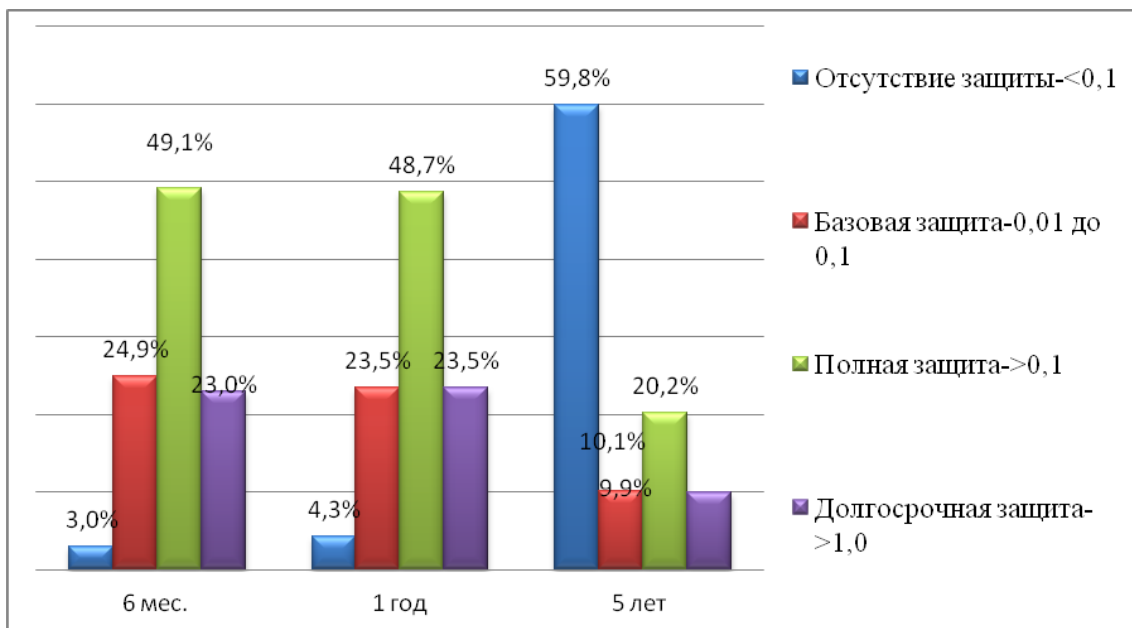


Рисунок 2. Уровень противодифтерийных антител у практически здоровых детей вакцинированных АКДС вакциной через 6 мес. и 1 год и 5 лет.

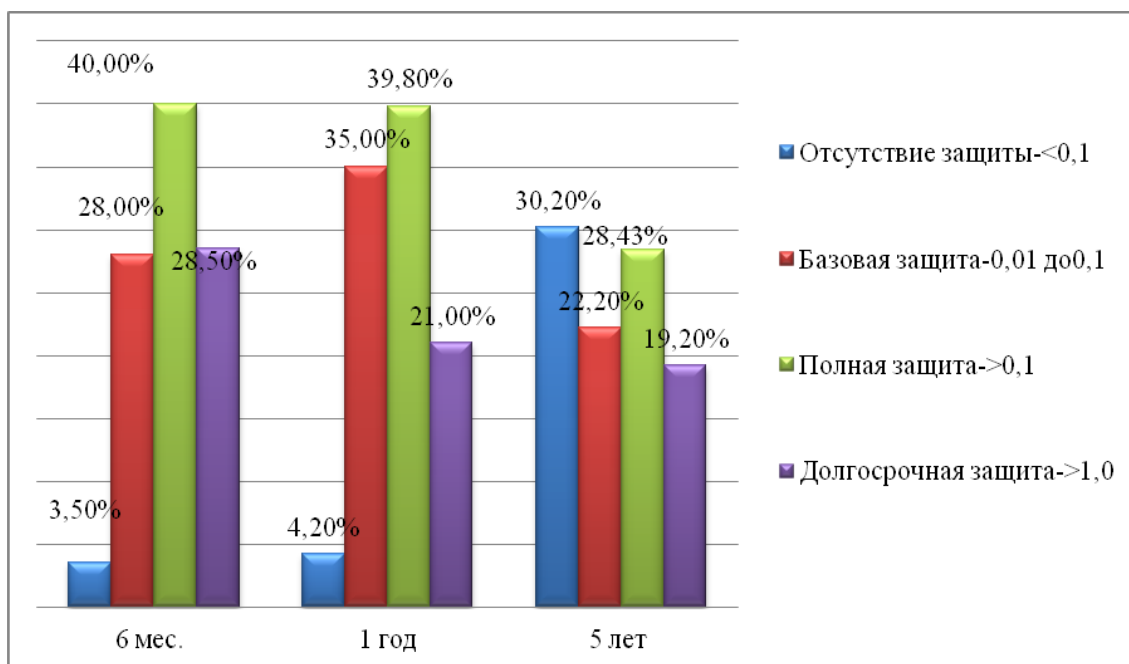


Рисунок 3. Уровень противодифтерийных антител у практически здоровых детей вакцинированных АДС вакциной через 6 месяцев, 1 год и 5 лет.

повышение иммунитета. Однако через 5 лет, отмечается тенденция к повышению негативного показателя – отсутствие защиты (30,2%), что указывает на возможность заболевания этих детей.

Таким образом, вакцинация пентавалентной вакциной и ревакцинация АКДС и АДС эффективны, и привитые практически здоровые дети отвечают на них формированием напряжённого

поствакцинального иммунитета. Полученные результаты не противоречат данным литературы [3, 6, 8].

Группа (92) часто болеющих детей не получили иммунизацию в декретируемые сроки из-за частых заболеваний, в связи с чем формирование противодифтерийных антител отмечалось позже. Нозологическую структуру составили: заболева-

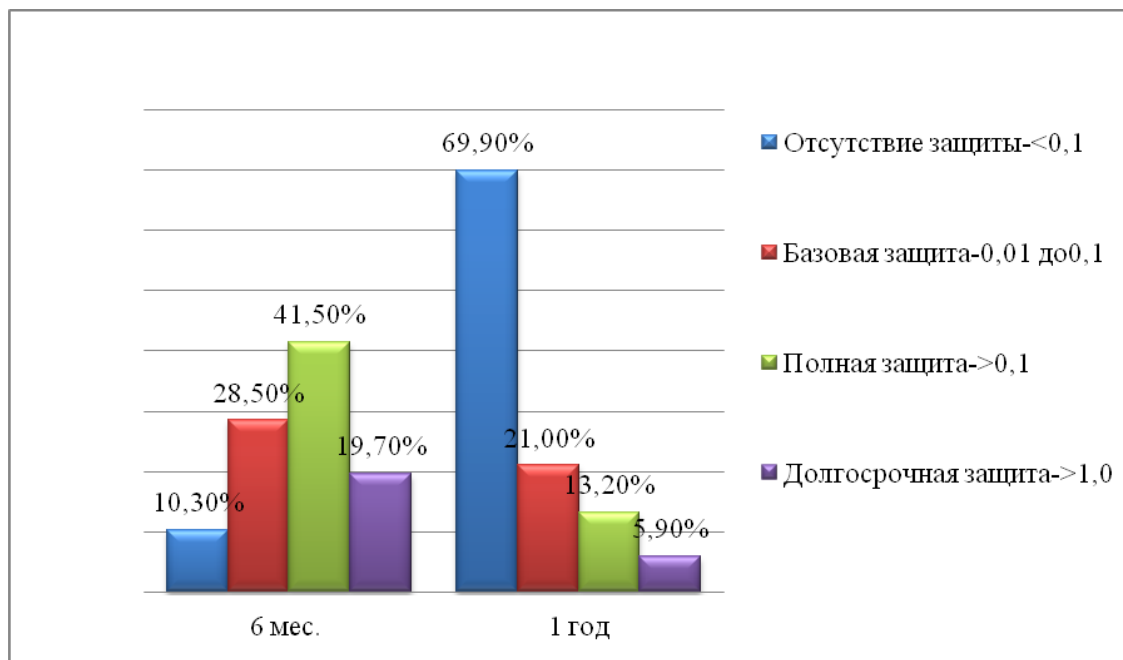


Рисунок 4. Уровень защиты противодифтерийных антител у ЧБД детей вакцинированных пентавалентной вакциной через 6 месяцев и 1 год.

ния лор органов, бронхиты, пневмонии, функциональные нарушения ЖКТ и сочетанная патология. Им сопутствовали гипотрофии I и II степени в 52 (26,0%) случаях, поражение ЦНС – в 92 (46,5%), анемии – в 92 (46,5%), рахит и аномалии конституции у всех больных в разной степени выраженности (рис. 4).

После трёхкратной пентавалентной вакцина-

ции у ЧБД по сравнению со здоровыми детьми чаще отмечалось отсутствие защиты (10,3% против 2,6%; $p<0,001$), базовая, полная и долгосрочная защита несколько ниже, но разница между ними статистически не значима. Через год достоверно увеличилось число ЧБД с отсутствием защиты (69,9% против 10,3%; $p<0,001$), но показатели были выше, чем у здоровых детей (69,9% против

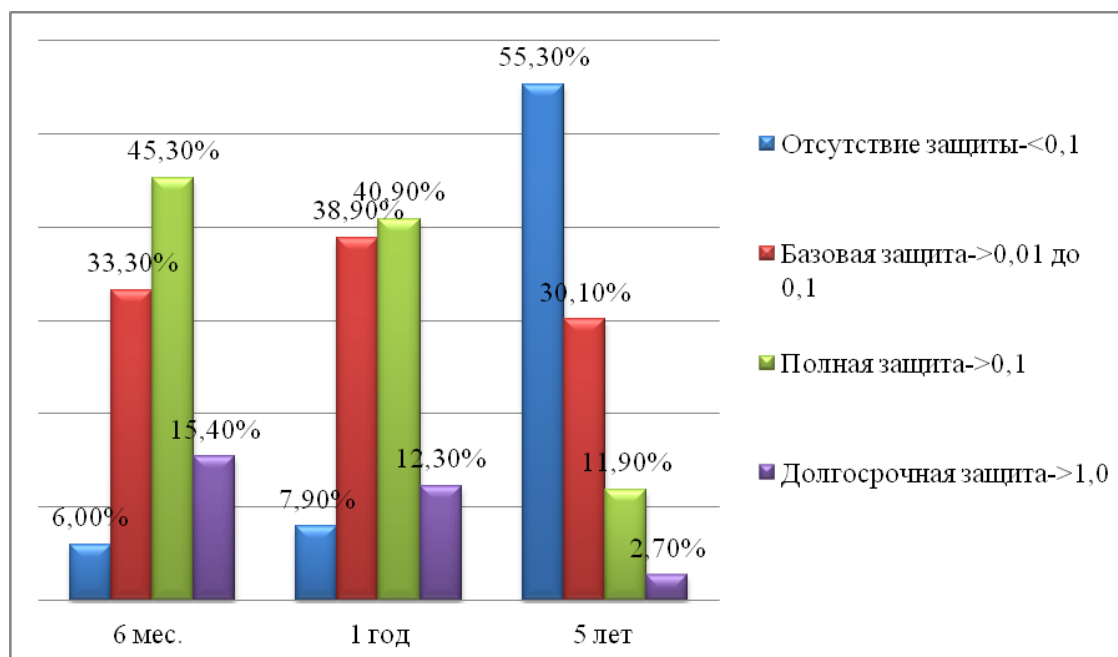


Рисунок 5. Уровень защиты противодифтерийных антител у ЧБД детей вакцинированных АКДС вакциной через 6 месяцев, 1 год и 5 лет.

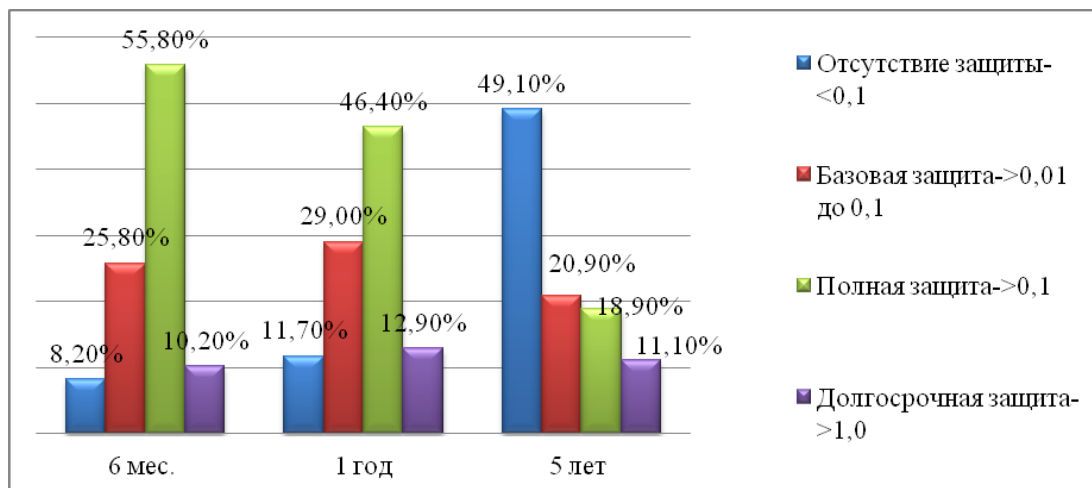


Рисунок 6. Уровень защиты противодифтерийных антител у ЧБД детей вакцинированных АДС вакциной через 6 месяцев, 1 год и 5 лет.

55,7%). Базовая, полная и долгосрочная защита ($p < 0,001$) были статистически значимо ниже чем у здоровых детей.

Поэтому всем детям была сделана ревакцинация АКДС (рис. 5).

Как видно из рисунка, после ревакцинации ЧБД отвечают выработкой иммунитета, повышается базовая, полная и долгосрочная защита ($P < 0,001$) по сравнению со здоровыми, которые через 5 лет имеет тенденцию к снижению и нарастанию отсутствие защиты (59,8% против 55,3%), как у здоровых детей, так и у больных.

В связи, с чем соответственно календарю прививок была проведена вакцинация АДС этим детям (рис. 6).

Подобная картина наблюдалась после проведенной АДС вакцинации. Через 5 лет наступает снижение иммунитета значительно больше, чем у здоровых детей. Поэтому необходимо было проведение дополнительной рутинной ревакцинации АДС каждые 5 лет. (в РТ была проведена в 2011-2012 году).

Заключение. При иммунизации с интервалом вакцинации, как правило в 1 месяц, происходит повторный контакт иммунокомпетентных клеток с антигеном, что приводит к более быстрому и интенсивному синтезу антител в основном класса IgG за счёт быстрого вступления в иммунный процесс В- и Т-клеток памяти. Принцип повторных иммунизаций вошёл в основу положения о необходимости применения ревакцинаций. Так введение вакцины при первичном применении характерно слабым иммунным ответом компонентам вакцины, а с каждой последующей при-

вивкой идет нарастание специфических антител и его пролонгированного действия. Для создания стойкого и продолжительного иммунитета при использовании «убитых» вакцин и анатоксинов необходимы ревакцинирующие прививки через различные сроки (5 лет) после курса вакцинации [5, 7]. Таким образом, проведение профилактических прививок (пентавалентная вакцина, АКДС, АДС) необходимо часто болеющим детям, на что указывают данные базовой и полной защиты.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 10-18 см. в REFERENCES)

1. Гречуха Т.А. Опыт применения АКДС- гексавакцины на базе отделения вакцинопрофилактики детей с отклонения в состоянии здоровья / Т.А. Гречуха // ФГБНУ Научный центр здоровья детей. Педиатрическая фармакология. - 2014. - №11(4). - С. 78-83
2. Додхоев Д.С. Аспекты иммунного статуса у детей с пневмонией на фоне перинатального поражения. / Д.С. Додхоев // Вестник Авиценны. - 2011. - №4. - С. 154-158.
3. Елисеев М.Ю. Вспомогательная иммунотерапия у пациентов с иммунодефицитом и часто болеющих детей / М.Ю. Елисеев // Справочник поликлинического врача. - 2010. - № 9. - С.7-14.
4. Икоев В.Н. Особенности изучения иммуногенности бактериальных вакцин в клинических исследованиях. / В.Н. Икоев // Биопрепараты. - 2013. - №1. - С. 6-11.
5. Коровина Н.А, Заплатников А.Л, Фисенко Ю.Ю. Оптимизация вакцинации часто болеющих детей. / Н.А Коровина, А.Л Заплатников, Ю.Ю. Фисенко // Вопросы современной педиатрии. - 2015. - №4. - С. 92-96.
6. Малахов А.Б. Основные направления совершенствования вакцинопрофилактики управляемых инфекций у детей и подростков / А.Б. Малахов С.М. Харит

// Педиатрия. – 2010 - №5(56). – С. 32-38.

7. Назарова ЕВ. Аллергические реакции на вакцины. / Е.В. Назарова // Эффективная фармакотерапия. - 2016. - №24. - С. 10-13.

8. Рахимова У.Х. Особенности клинико-иммунологического течения атопического дерматита у детей / У.Х. Рахимова // Вестник Авиценны. - 2015. - №3(64). - С. 64-69.

9. Сарбасова Ж.О. Часто болеющие дети / Ж.О. Сарбасова // Здоровье и болезни. - 2012. - №5(107). - С. 111-114.

REFERENCES

1. Grechukha T.A. Opyt primeneniya AKDS- geksavaktsiny na baze otdeleniya vaksino profilaktiki detey s otkloneniya v sostoyanii zdorovya [Experience of using DPT-hexavaccine at the Department of Vaccine Prophylaxis for Children with Disabilities]. *Nauchnyy tsentr zdorovya detey. Pediatriceskaya farmakologiya - Scientific Center for Children's Health. Pediatric Pharmacology*, 2014, Vol. 11, No. 4, pp. 78-83.

2. Dodkhoev D.S. Aspekty immunnogo statusa u detey s pnevmoniey na fone perinatalnogo porazheniya [Aspects of immune status in children with perinatal pneumonia]. *Vestnik Avitsenny - Avicenna Bulletin*, 2011, No. 4, pp. 154-158.

3. Eliseev M.Yu. Vspomogatelnaya immunoterapiya u patsientov s immunodefitsitom i chasto boleyushchikh detey [Complementary immunotherapy in immunodeficient patients and frequently ill children]. *Spravochnik poliklinicheskogo vracha - Outpatient doctor's guide*, 2010, No. 9, pp. 7-14.

4. Ikoev V.N. Osobennosti izucheniya immunogenosti bakterialnykh vaksyn v klinicheskikh issledovaniyakh [Peculiarities of studying the immunogenicity of bacterial vaccines in clinical trials]. *Biopreparaty - Biologicals*, 2013, No. 1, pp. 6-11.

5. Korovina H.A., Zaplatnikov A.L., Fisenko Yu.Yu. Optimizatsiya vaksinatсии chasto boleyushchikh detey [Optimization of vaccination of frequently ill children]. *Voprosy sovremennoy pediatrii – Questions of modern pediatrics*, 2015, No. 4, pp. 92-96.

6. Malakhov A.B. Osnovnye napravleniya sovershenstvovaniya vaksino profilaktiki upravlyaemykh infektsiy u detey i podrostkov [Main directions of improvement of vaccine prophylaxis of controllable infections in children and adolescents]. *Pediatriya – Pediatrics*, 2010, Vol. 5, No. 56, pp. 32-38.

7. Nazarova E.V. Allergicheskie reaktsii na vaksiny [Аллергические реакции на вакцины]. *Effektivnaya farmakoterapiya - Effective pharmacotherapy*, 2016, No. 24, pp. 10-13.

8. Rakhimova U.Kh. Osobennosti kliniko-immunologicheskogo techeniya atopicheskogo dermatita u detey [Peculiarities of the clinical and immunological course of atopic dermatitis in children]. *Vestnik Avitsenny – Avicenna Bulletin*, 2015, Vol. 3, No. 64, pp. 64-69.

9. Sarbasova Zh.O. Chasto boleyushchie deti [Frequently ill children]. *Zdorove i bolezni - Health and diseases*, 2012, Vol. 5, No. 107, pp. 111-114.

10. Bar-On E.S. Combined DTP-HBV-HIB vaccine versus separately administered DTP-HBV and HIB vaccines for primary prevention of diphtheria, tetanus, pertussis, hepatitis B and Haemophilus influenza B (HIB). *Cochrane Acute Respiratory Infections Group*, 2012, No. 10, pp. 1002-1005.

11. Bitraguntaa S. Safety and immunogenicity of single dose of tetanus-diphtheria (Td) vaccine among non/partially immune children against diphtheria and/or tetanus, Hyderabad, India, 2007. *Vaccine Journal*, 2010, Vol. 28, pp. 5934-5938.

12. Kattan J.D. Anaphylaxis to diphtheria, tetanus, pertussis vaccines among children with cow's milk allergy. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 2011 Vol. 128, No. 1, pp. 215-218.

13. Kwon H.J. Assessment of Serologic Immunity to Diphtheria-Tetanus- Pertussis after Treatment of Korean Pediatric Hematology and Oncology Patients. *Journal of Korean Medical Science*, 2012, No. 27, pp. 78-83.

14. Kurugol Z., Midyat L., Turkog E. Immunity against diphtheria among children and adults in Izmir, Turkey. *Vaccine Journal*, 2011, No. 29, pp. 4341-4344.

15. Nelson J.C. Adapting group sequential methods to observational postlicensure vaccine Safety Surveillance: Results of a Pentavalent Combination DTaP-IPV-Hib Vaccine Safety Study. *American Journal of Epidemiology*, 2013, Vol. 177, No. 2, pp. 131-141.

16. Sharma H. Antibody persistence of two pentavalent DTwP-HB-Hib vaccines to the age of 15-18 months, and response to the booster dose of quadrivalent DTwP-Hib vaccine. *Vaccine Journal*, 2013, No. 31, pp. 444-447.

17. Sharma H. A phase III randomized, controlled study to assess the immunogenicity and tolerability of DTPw-HBV-Hib, a liquid pentavalent vaccine in Indian infants. *Vaccine Journal*, 2011, No. 29, pp. 2359-2364.

18. Scheifele D.W., Ochnio J.J., Halperin S.A. Cellular Immunity as a Potential Cause of Local Reactions to Booster Vaccination with Diphtheria and Tetanus Toxoids and Acellular Pertussis Antigens. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 2012, Vol. 28, No. 11, pp. 985-989.

ХУЛОСА

**Г.С. Мамадҷонова, З.К. Умарова,
Г.М. Саидмурадова**

**ЭМГУЗАРОНИИ КЎДАКОНИ СОЛИМ ВА
ЗУД-ЗУД БЕМОРШАВАНДА БО ВАКСИНАИ
ПЕНТИВАЛЕНТИИ АКДС ВА АДС**

Мақсади тадқиқот: омӯхтани эмгузаронии кӯдакони солим ва зуд-зуд беморшаванда оиди ташаккул намудани масъунияти хусусии зидди хунноқӣ.

Маводҳо ва усулҳои муоинаи тадқиқот: дар зерин назорат 50 нафар кӯдакони солим ва 92 нафар зуд-зуд беморшаванда буданд. Ба ҳамаи кӯдакони эми пентавалентӣ ва эми такрорӣ АКДС ва АДС гузаронида шуд. Ташаққули масъунияти хусусии зиддиҳунноқӣ баъд аз гузаштани 6 моҳ, 1 ва 5 солҳо муоина карда шуданд. Тафсири натиҷаҳо дар асоси нишонаҳои охири зичии оптикӣ дараҷаҳои ҳимоя: ҳимояи пойгоҳӣ-аз 0,01 то 0,1; ҳимояи пурра - >0,1; ҳимояи дарозмуддат ->1,0 гузаронида шудаанд.

Омор. Барои бештари нишонаҳои мустақил мейёрҳои Н-и Крускал-Уоллис, барои намунаҳои хурд-нишонаҳои ғайрипараметрии Спирман, барои нишонаҳои нисбӣ ёри нишонаҳои χ^2 истифода бурда шудаанд. Гипотезаи сифрӣ дар $p < 0,05$ рақад карда шудааст.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи онҳо: баъд аз гузаронидани эмгузаронии секаратаи пентавалентӣ ва эмгузаронии такрорӣ (АКДС, АДС) 50 нафар кӯдакони солим ва 92 нафар зуд-зуд беморшаванда, ташаққули масъунияти хусусии зидди ҳунноқӣ муайян карда шудааст.

Баъд аз гузаштани 6 моҳ шиддатнокии масъ-

унияти баъди эмгузаронӣ дар кӯдакони солим ва ҳам дар кӯдакони бемор фоизи баланд доштанд: бо пуррагӣ (>0,1) (45,8%) ва ҳимояи пойгоҳӣ (аз 0,01 то 0,1) (31,0%). Паст шудани аҳамияти омӯрӣ баъд аз гузаштани як сол: ҳимояи пуррагӣ (45,8% бар зидди 12,1%, $p < 0,001$), ва баланд гаштани нест шудани масъуният (2,6% бар зидди 55,7%, $p < 0,001$), ки нишонаи ҳосилшавии масъунияти нопурраро бо воситае, ки эми такрорӣ АКДС ва АДС гузаронида шудааст, нишон медиҳад.

Баъд аз гузаштани 5 соли эми такрорӣ, масъунияти хусусӣ ҳосияти зиёдшавии ҳимояро дошт (59,8% бар зидди 55,3%), дар кӯдакони солим ва ҳам дар кӯдакони бемор.

Ҳулоса. Бо мақсади ҳосил намудани масъунияти устувор ва дарозмуддат дар вақти истифодаи эмиҳои “кушта” ва анатоксинҳо, такрорӣ эмгузаронӣ баъд аз гузаштани мӯҳлатҳо баъд аз даври эмгузаронӣ барои кӯдакони зуд-зуд беморшаванда бояд гузаронида шавад, ки ба онҳо нишонаҳои ҳимояҳои пойгоҳӣ ва пуррагӣ нишон медиҳанд.

Калимаҳои калидӣ: зуд-зуд беморшаванда, кӯдакони масъунияти хусусии зидди ҳунноқӣ

УДК 614.254.6; 614.23

doi: 10.52888/0514-2515-2021-350-40-48

Н.Т. Мирзоали

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН В ПЕРИОД РЕФОРМИРОВАНИЯ ОТРАСЛИ

ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»

Мирзоали Назрулло Талбак – соискатель ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»

Цель исследования. Анализ тенденций изменения численности и структуры врачей системы здравоохранения Республики Таджикистан за период проведения в стране реформы здравоохранения.

Материалы и методы исследования. Источниками информации были официальные данные Республиканского центра статистики и медицинской информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (МЗ и СЗН РТ), управление науки медицинского и фармацевтического образования и отдел кадров МЗ и СЗН РТ и др. нормативно-правовые документы.

Результаты исследования и их обсуждение. В Таджикистане в 2019 году активно функционировало 19268 врачей в секторе здравоохранения, в результате чего на 10 000 человек населения приходилось 20,7 врачей. В 2019 году насчитывалось только 76 частных медицинских учреждений (ВОЗ, 2020 г.).

Выводы. Равномерное географическое распределение медицинских работников, очевидно, представляет собой одну из проблем в улучшении доступа к медико-санитарной помощи в Таджикистане.

Ключевые слова: здравоохранение, кадровое обеспечение, реформа, врачи, медицинский персонал.