

ՀԱՅԿԱԿԱՆ ՍՍՌ
ԱՌՈՂՋԱԴԱՆՈՒԹՅԱՆ
ՄԻՆԻՍՏՐՈՒԹՅՈՒՆ

ՕՆԴՈՂՈՆՈՎԱ

ՔՈՒԹԵՇ



ԵՐԵՎԱՆ
1949

ՀԱՅԴԵՏԿՐԱՏ

//

30 JUL 2010

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՄԻՆԻՍՏՐՈՒԹՅԱՆ
ՍԱՆՎՈՒՍ. ԲԱԺԻՆ

ԲԺ. Օ. Ն. ԴՈԴՈՆՈՎԱ

Ք Ո Ւ Թ Ե Շ

--

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ

ՆԵՐՍԻՍԱՆ

1949

0705 J31 APR 2013

О. И. Додонова
СКАРЛАТИНА
(На армянском языке)

Ժողովուրդների և երկրների պատմության մեջ առաջին անգամ Սովետական երկրում է, որ մայրության և մանկության պաշտպանության հարցը պետական գործ դարձավ: Այս շնորհակալ գործի համար Սովետական կառավարությունը հսկայական գումարներ է բաղ թողնում:

Սովետական առողջապահության սկզբունքն այն է, որ նա ոչ միայն հիվանդ, այլև առողջ երեխաների մասին է հոգ տանում: Սովետական առողջապահության խնդիրն է՝ աճեցնել առողջ և կենսուրախ սերունդ:

Մանկական հիմնարկների աճող ցանցը ապահովում և շատ երեխաների համար հնարավորություն է ստեղծում, որպեսզի նրանք ապրեն լուսավոր, քնդարձակ, մաքուր տներում, փորձված դաստիարակների հսկողության տակ, օրվա ճիշտ ուժեղացի և սննդի պայ-

մաններում: Դպրոցական երեխաները օգտու-
վում են ամառային երկարատև հանգստից,
իսկ մինչդպրոցական և մսուրային հասակի
երեխաներին ամառանոց են տանում:

Ինֆեկցիոն հիվանդությունների դեմ պայ-
քարելու համար այնպիսի սիստեմատիկ մի-
ջոցառումներ են կիրառվում, որոնք ապա-
հովում են հիվանդացածների ժամանակին
հայտաբերումը և նրանց բուժումը լայն կա-
հավորված հիվանդանոցներում:

Աշխարհի մեջ և ոչ մի երկիր չունի և չի էլ
կարող ունենալ այս սիստեմի հիմնարկներ և
այսպես լայն շափով կենսագործվող խնդիր-
ներ, քանի որ մեր Սովետական պեդիատրիան
կատարում է դեպի կոմունիզմ ընթացող ազա-
տագրված պրոլետարիատի սոցիալական
պատվերը (պրոֆ. Գ. Ն. Սպերանսկի):

Երեխաների առողջության պահպանության
միջոցառումների այսպիսի սիստեմը չէր կա-
րող շտալ իր բարենպաստ արդյունքները:
Վերջին տարիների ընթացքում նկատվում է,
որ ինֆեկցիոն հիվանդություններից, որոնց

ընթացքը զգալիորեն թեթևացել է, երեխանե-
րի մահացու թյան տոկոսը անընդհատ իջնում
է: Հիվանդացումների թիվը քչանում է, բայց
դեռևս ոչ բավարար չափով: Մանկական ին-
ֆեկցիոն հիվանդությունների դեմ մղված
ճիշտ պայքարը ոչ միայն զգալի կերպով
կիջեցնի հիվանդությունների թիվը, այլ և
ամբողջությամբ լիկվիդացիայի կենթարկի
այն:

Վարակիչ հիվանդությունների պակասելու
դործում ազգաբնակչության կուլտուրական
մակարդակը, որ ձեռք է բերվել Սովետական
խիսանության օրոք, խոշոր դեր է խաղում:

Երբ ծնողները հասկանում են այս հիվան-
դությունների տարածման կանխիչ հիմնական
խնդիրները և երբ ամեն մի ընտանիքում տե-
ղին և անհրաժեշտ միջոցառումներ են անց-
կացվում, դրանով հենց օգնում են այնպիսի
ծանր և նենգ հիվանդությունների պակասե-
լու և լիկվիդացման ընդհանուր դործին, ինչ-
պիսին է քութեշը:

Սովետների երկրում մանկական ինֆեկ-
ցիոն հիվանդությունները չպետք է տեղ ու-
նենան:

Քուլթեշը վտանգավոր հիվանդութիւն է։ Քուլթեշի հարուցիչը դեռեւս վերջնականապէս չի պարզված։ Նրա վարակման աղբյուրը հիվանդներն են, որոնց թվում քուլթեշի թեթև և մտիպիկ տեսակի հիվանդները, ինչպէս նաև քուլթեշից առողջացած հիվանդները։ Վարակը օրգանիզմի մեջ ներխուժում է կոկորդի և քիթկոկորդի լորձաթաղանթի միջոցով։

Քուլթեշի վարակը գտնվում է հիվանդի արտաթորութիւններում, նրա խորխի, թքի, քթի լորձի մեջ։ Հիվանդի հազալու, փռշտալու, խոսելու ժամանակ թքի և լորձի ցողակաթիւնները անցնում են առողջ երեխայի կոկորդի մեջ և նրան վարակում (քուլթեշը կաթիլային ինֆեկցիա է)։

Հիվանդութեան տարածման աղբյուր կարող են դառնալ նաև քուլթեշով հիվանդի թքի և լորձի կաթիլներով աղտոտված գործածական իրերը-խաղալիքները, ամանները, եթե նրանք հականեխված չեն։

Վարակը կարող է օրգանիզմի մեջ անցնել

նաև վնասված մաշկի միջոցով (այլվածքներ, վերքեր և այլն):

Քուլթեշով հիվանդի մաշկի թեփուկները ինքնուրունքյան վարակիչ չեն, բայց կարող են հիվանդությունը տարածել, եթե նրանք առատաված են լինում հիվանդի վարակիչ արտաթորանքով (կոկորդի և քթի լորձով, թքով):

Մարդը քուլթեշով աչնքան էլ հեշտությամբ չի հիվանդանում, ինչպես այդ լինում է ջրծաղիկի կամ կարմրուկի ժամանակ: Ոչ բոլոր դեպքերում հիվանդների հետ շփվելիս կարելի է վարակվել: Դրա համար, եթե ընտանիքում կամ մանկական կոլեկտիվում քուլթեշի դեպքեր են լինում հաճախ երեխաները չեն հիվանդանում, եթե հիվանդը ժամանակին մեկուսացվում է:

Մեկ անգամ քուլթեշով հիվանդացած մարդը դառնում է անընկալի ամբողջ կյանքի ընթացքում: Քուլթեշը շատ հազվագյուտ դեպքերում է կրկնվում:

Քուլթեշը-գլխավորապես մանկական հասակի հիվանդություն է. մեկից մինչև 7 տարե-

կան հասակի երեխաները հաճախ են հիվանդանում: Մինչև մեկ տարեկան հասակ ունեցողները համեմատաբար քիչ են հիվանդանում: Մեծերը քութեշով նույնպես հազվագյուտ են հիվանդանում:

Սովետական Միության քաղաքների մեծ մասի, 1940 թ. տվյալներով, քութեշով հիվանդների խմբավորումը ըստ տարիքի հետևյալ պատկերն էր տալիս. մինչև մեկ տարեկան հասակ ունեցող յուրաքանչյուր 1000 երեխայից հիվանդանում էր 68-ը, մեկ տարեկանից մինչև 2 տարեկանը՝ 303 երեխա, 3—4 տարեկանը՝ 259, 5-ից 7 տարեկանը՝ 158, 8—9 տարեկանը՝ 85, 10 տարեկանից բարձրը՝ 105 երեխա:

Քութեշից ամենից շատ մահանում էին մինչև 4 տարեկան հասակի երեխաները: Այսպես՝ Մոսկվայի հիվանդանոցների 1930—36 թ. թ. տվյալներով քութեշով յուրաքանչյուր 1000 հիվանդացածներից, նույն ժամանակամիջոցում, մահացել են՝ մինչև 1 տարեկանը՝ 160 երեխա, 1—2 տարեկանը՝ 100, 3—4 տարեկանը՝ 40, 5—7 տարեկանը՝ 24, 8—9 տա-

րեկանը՝ 15 երեխա (պրոֆ. Պ. Վ. Սմիրնովի տվյալները): Այսպիսով սրանից հետևում է, որ վաղահասակ երեխաները (մինչև 4 տարեկան) քութեշը շատ մեծ դժվարությամբ են տանում:

Վարակվելու մոմենտից մինչև քութեշով հիվանդանալը, միջին հաշվով 7—8 օր է անցնում: Հիվանդության այս ժամանակաշրջանը կոչվում է ինկուբացիոն կամ գաղտնի շրջան, որը կարող է տևել ավելի երկար՝ 12 օր, կամ ավելի կարճ՝ 1—2 օր:

Հիվանդության առաջին նշանները երևալու մոմենտից հիվանդը կարող է քութեշը տարածել շրջապատողների մեջ:

Հիվանդը փնչպես իր հիվանդության ամբողջ ժամանակաշրջանում, այնպես էլ առողջանալուց հետո՝ որոշ ժամանակ մնում է վարակիչ:



Որոշք են միջին ծանրության տիպիկ քութեշի հիմնական նշանները:

Քութեշը մեծ մասամբ սկսվում է հանկար-

ծակի: Առավոտյան երեխան իրեն լավ է զգում, գնում է դպրոց կամ մանկապարտեզ, իսկ օրվա ընթացքում հանկարծ սկսվում է տաքություն, փսխոց, գլխացավ, զառանցանք, գիտակցության մթազնում, ցնցումներ (մանավանդ լիոքր երեխաների մոտ): Ավելի մեծ հասակի երեխաները դանդաղում են բերանից՝ կուլ տալու ժամանակ: Երեխան ինքնակամ է անկողին մտնում: Սովորաբար մոտիկները կարող են ճշտությամբ նշել ոչ միայն հիվանդանալու օրը, այլ և ժամը և երբ են երևացել հիվանդության նշանները:

Զերմառիճանը արագ բարձրանում է մինչև 39—40 աստիճան, կոկորդում սկսվում է բորբոքում (անգինա):

Քութեշային անգինան կարող է լինել թեթև տեսակի (կատարալ) կամ շատ ծանր տեսակի, երբ խոցեր են գոյանում, խորը գտնվող հյուսվածքները քայքայվում են և մահացած մասեր են գոյանում:

Հիվանդության 4—5-րդ օրը կոկորդի կարմրությունը քշանում է և շատ դեպքերում 8—10-րդ օրը կոկորդը նորմալ տեսք է ընդունում:

Հիվանդությունը սկսվելուց 24 ժամ հետո մարմնի վերևի մասում՝ վզի, կրծքի և ուսերի վրա ցան է երևում, որը շատ արագ տարածվում է մեջքի, փորի և արմունկի, սրունքի, թաթի վրա: Հիվանդության 2-րդ, 3-րդ օրը մաշկի ամբողջ մակերեսը ծածկված է լինում ցանով:

Քուլթիշի ժամանակ ցանը ունենում է շատ բնորոշ տեսք. վարդագույն ֆոնի վրա շատ մանր կետեր են երևում, որոնք ավելի ցայտուն գույն ունեն քան մնացած մաշկը:

Ցանը առանձնապես խիստ արտահայտված է լինում և լավ նկատվում է ծալքերում (արմունկի, ծնկի և աճուկների):

Դեմքի ընդհանուր կարմրության հետ միասին ներքին ծնոտի շրջանը, կզակն ու քիթը դժգույն են մնում (քուլթեշային եռանկյունի):

Ցանը ամենից շատ 2—3-րդ օրն է դուրս տալիս և մնում է 36—48 ժամ, որից հետո աստիճանաբար դուրսատվում է և 7—8-րդ օրը բոլորովին անհետանում է: Ամենաբարձր ջերմաստիճանը լինում է 2—3-րդ օրը՝ ցանի ամենաշատ դուրս տված ժամանակ: Այսին-

քըն, երբ ամենից շատ ցան է դուրս տված՝
ջերմաստիճանը մնում է 7—8 օր, երբեմն՝
4—5 օր, 10—12 օրից ոչ սակավ:

Թեփոտումն սկսվում է ցանն անհետանա-
լուց հետո: Թեփոտումը առաջանում է լորձա-
թաղանթների մաշկի վրա: Դեպքեր են լի-
նում, երբ թեփոտումը սկսվում է դեռ ցանը
չանհետացած: Սովորաբար թեփոտումը սկըս-
վում է այն ժամանակ, երբ հիվանդության
ընդհանուր երևույթները, դրա հետ նաև բարձր
ջերմաստիճանը անհետանում են նույն կար-
գով, ինչ կարգով որ տեղի է ունեցել ցանի
դուրս տալը,—սկզբում վզի, կրծքի առաջին
մակերեսի, ականջի ծայրերի վրա և ապա
տարածվում է մարմնի և, վերջապես, ձեռ-
նափերի և ներբանների վրա:

Թեփոտումը դեմքի, վզի և մարմնի վրա լի-
նում է մանր-թեփի տեսակ, եամ ավելի խո-
շոր-պլաստիկաների (թիթեղիկների) նման.
մաշկի կոպիտ մասերում՝ ձեռնափերի և ներ-
բանների վրա թեփոտումը միշտ թիթեղիկների
նման է լինում:

Թեփոտումը տևում է շուրջ 6—7 շաբաթ:

Հիվանդության առաջին շաբաթվա վերջում կամ երկրորդ շաբաթվա սկզբում ջերմաստիճանը նորմային է հասնում և հիվանդի մոտ լուրջ երևույթները անհետանում են: Այսպես է ընթանում չբարդացած քուլեբշը:

Սակայն որոշ դեպքերում հիվանդությունը այլ կերպ է ընթանում: Ջերմաստիճանը իջնելուց հետո 8—10 օր բարվոք վիճակ է լինում: Այնուհետև երեխան իրեն ավելի վատ է զգում, ջերմաստիճանը կրկին բարձրանում է և զարգանում են քուլեբշի բարդացումները:

Հստ ժամանակի տարբերում են վաղաժամ բարդացումներ (1—2 շաբաթվա ընթացքում) և ուշացած բարդացումներ (3—4 շաբաթվա ընթացքում):

Քուլեբշի հաճախակի բարդացումը պարանոցային զեղձերի բորբոքումն է (լիմֆադենիտ):

Մոսկվայի բժշկական ինստիտուտի մանկական կլինիկայի տվյալներով քուլեբշով յուրաքանչյուր 100 հիվանդից 40-ի մոտ լիմֆադենիտ է նկատվում:

Նույն կլինիկայում ականջների բորբոքում

նկատուիել է 100-ից՝ 15-ի մոտ: Շատ վաղ հասակի երեխաների մոտ ախանջների բորբոքումը, հաճախ որպես հետևանք, խուլություն և խուլ-համբույթյուն է առաջացնում:

Ներկամաների բորբոքումը նկատվում է ալերգի ուշ՝ 3—4-րդ շաբաթում: Նույն կլինիկայի տվյալներով, երեխամաների բորբոքումը արձանագրված է քուլեշով 100 հիվանդից 12-ի մոտ: Ներկամաների բորբոքումը, ինչպես նաև ուրիշ բարդացումները կարող են լինել անդամ քուլեշի ամենաթեթև տեսակի ժամանակ:

Քուլեշի առանձնահատկությունն այն է, որ անկախ հիվանդության սկզբնական երևույթներից, հիվանդացումները կարող են ունենալ ամենատարբեր ախտակի ընթացք, սկզբում ամենաթեթև դեպքերը կարող են ամենածանր բարդացումները տալ:

Հետազայում մեծ տրադուկյամբ բազմաթիվ թարախային բարդացումներ են առաջանում՝ միջին ախանջի, լիմֆատիկ դեղձերի շրջանում լինում է երեխամաների բորբոքում և այլն:

Հիվանդության հետևանքը պայմանավոր-

ված է այս բարդութիւններով: Մահացութիւնը այս տեսակի քութեշից շատ բարձր է, մահաժանդ փոքր հրեիսաների մոտ:

Քութեշի թեթև դեպքերի ժամանակ հիվանդութեան սկիզբը լինում է ոչ այնքան սուր և արագ: Փսխոցը լինում է ոչ բոլոր դեպքերում: Զերմաստիճանը կարող է լինել ոչ շատ բարձր (37,5—38): Յանը երևում է լավ, կամ ընդհակառակը՝ լինում է թույլ և պարզ չի երևում:

Կոկորդի կարմրութիւնը լինում է առանց փառակալման և առանց մահացած տեղամասերի: Թունավորման ընդհանուր երևույթները կամ թույլ են արտահայտված կամ բոլորովին բացակայում են: Զերմաստիճանը արագ է նորմալին հասնում:

Գոյութիւն ունեն քութեշի շատ թեթև տեսակներ, այսպէս կոչված «ջնջված» տեսակները, որոնց ժամանակ հիվանդութեան հիմնական նշաններից մի քանիսը կարող են բացակայել (ցան, ջերմաստիճան կամ անգինա) և որանց ճանաչելը շախազանց դժվար է լինում: Զերմաստիճանը կարող է մնալ 37—37,5-ի

սահմաններում (շարունակվում է 1—2 օր)։ Անգիւնան, որը սովորաբար նախորդում է ցանին, այդպիսի դեպքերում կարող է երևալ ցանը դուրս տալուց 2—3 օր հետո։ Ցանը տևում է մի քանի ժամ, դեղձերը շատ չեն մեծանում, թեփոտումը լինում է կարճատև և հազիվ նշմարելի։

Մինչդեռ այս բոլոր ձևերի ժամանակ կարող են ծանր բարդացումներ լինել։ Հիվանդները կարող են հիվանդությունները տարածել։

Հաճախ, այս դեպքերը ծնողները որակում են որպես գրիպ կամ հասարակ անգիւնա. երեխան շարունակում է մնալ ուրիշ երեխաների հետ և նոր հիվանդացումների առաջացման աղբյուր հանդիսանալ։

Հիվանդության իրական պատկերը, այսպիսի ոչ պարզ արտահայտված նշաններով, միայն բժշկի փորձված աչքը կարող է պարզել և կասկածել քութեղ։

Այստեղից էլ պարզ է, թե ո՞րքան կարևոր է, որպեսզի բժիշկը հիվանդ երեխային ժամանակին քննի։

Քութեշույ հիվանդացած երեխային պետք է անմիջապես հիվանդանոց տեղափոխել:

Հիվանդանոցում երեխաները ապահովված են ճիշտ բուժումով և լավ խնամքով: Ճիշտ բուժման և խնամքի հետևանքով, երեխաները հիվանդանոցում ոչ միայն առողջանում են, այլ և իրենց ուժերը լավ են վերականգնում:

Հիվանդի՝ ժամանակին հիվանդանոց տեղափոխելը երբեմն վճռական դեր է խաղում հիվանդավթյան հետևանքի նկատմամբ: Հիվանդանոցում կան բոլոր հնարավորությունները ժամանակին կիրառելու բուժական անհրաժեշտ միջոցներ:

Քութեշի մի շարք ծանր դեպքերի ժամանակ անհրաժեշտ է հիվանդին հակաքութեշային շիճուկ պատվաստել:

Շիճուկի էֆեկտը արտահայտվում է նրանով, որ թունավորման երևույթները արագ կերպով անհետանում են, ջերմաստիճանը իջնում (24 ժամ հետո) և սրտի աշխատանքը լավանում է: Որոշ դեպքերում գործածում են

ստրեպտոցիդ, ալբուցիդ, իսկ վերջին տարի-
ները լավ արդյունք է տալիս նաև պենիցիլին-
նը: Մինչդեռ ո՛չ շիճուկը, ո՛չ պենիցիլինը, որ
շատ էֆեկտավոր են հիվանդության սուր
շրջանում, չեն կարող կանխել հետագա բար-
դացումների զարգացումը: Ապացուցված է,
որ քուլթեշի ժամանակ առաջացած բարդա-
ցումները, որոնք առաջանում են հիվանդու-
թյան սուր շրջանի ընթացքում, հետևանք են
հիվանդ հրեխայի օրգանիզմի վերականգն-
ման:

Հիվանդ երեխայի օրգանիզմը հեշտությամբ
է վարակվում բոլոր տեսակի միկրոբներով,
որոնք գտնվում են ինչպես իրեն՝ հիվանդ օր-
գանիզմի ներսում, այնպես էլ շրջապատող
միջավայրում:

Քուլթեշով հիվանդը, անգամ թեթև տեսակի,
3—4 շաբաթ պետք է մնա անկողնում: Այս
արվում է նրա համար, որպեսզի հիվանդ երե-
խան վնասակար ազդեցություններից հեռու
պահվի (օրինակ՝ ավելորդ շարժումները, շր-
ջապատի ջերմաստիճանի փոփոխումները և

տլին) այնքան ժամանակ, մինչև որ ուշացած
բարդացումների վտանգը կանցնի:

Քութեշի սկզբնական շրջանի սուր երևույթ-
ները անցնելուց հետո երեխան բոլորովին ա-
ռողջ է երևում: Նրբեմն ծնողները ստիպում
են, որ երեխային դուրս գրեն հիվանդանոցից:
Մինչդեռ հիվանդանոցից շուտ դուրս գրելը
կարող է երեխայի համար կործանիչ լինել:

Դեռևս գիտությունը չունի լիակատար հու-
սալի միջոց՝ որոշելու քութեշով հիվանդացած
երեխայի վարակվածության ընդհատման
ժամկետը:

Մասնաշաղկան դիտումները ցույց են տա-
լիս, որ հիվանդությունը սկսվելուց 6 շաբաթ
հետո, առողջացածների մեծ մասը արդեն հի-
վանդությունները չեն տարածում: Մինչդեռ
առանձին դեպքերում քութեշով հիվանդացած-
ները վարակվածությունը պահպանում են մ-
վելի կարճ կամ երկար ժամանակ: Այդպիսի
դեպքերը քութեշով հիվանդացածների ընդհա-
նուր թվի 2—3 տոկոս են կազմում (Գրամա-
շևսկի): Առողջացածների զգալի մասը շատ

ավելի վաղ է դադարում հիվանդացումների տարածման աղբյուր լինելուց։

Այսպես՝ առողջացածներից ոմանք հաշվելով 20—25 օր հիվանդության սկզբից, իսկ նրանցից մեծ մասը 30-րդ օրը դառնում է ռշ վարակիչ։

Ոչ սակավ դեպքեր են նկատված, երբ քութեշով հիվանդացած երեխաները հիվանդանոցից վերադառնալով տուն, քութեշի նոր դեպքերի տարածման աղբյուր են դառնում։

Մոսկվայի Քաղաքային բակտերիոլոգիական ինստիտուտի տվյալներով 1934 թ. քութեշից առողջացած 1983 մարդուց 151 հոգին նոր հիվանդացումների աղբյուր են հանդիսացել։

Այսպիսի դեպքերում նոր հիվանդացումները պետք է վերագրել ծնողներին, որոնք տան պայմաններում հիվանդանոցից դուրս գրված երեխայի հանդեպ չեն կիրառում այնպիսի միջոցառումներ, ինչպիսին է լրացուցիչ մեկուսացումը։

Որպեսզի քութեշով հիվանդացածը վերջ-

նականապէս ազատվի վարակից, հարկավոր է 12 օրից ոչ պակաս: Այս ժամանակամիջոցում երեխան ամբողջ շաա ժամանակ բացօթյա պետք է լինի և չպետք է շփվի մյուս երեխաների հետ:

Քույրեղով հիվանդը պետք է 40 օր մնա հիվանդանոցում: Երբ չկան բորբոքման երևույթներ կոկորդում, քթի մեջ, և հիվանդի ընդհանուր վիճակը լավ է, հիվանդը 30 օրից դուրս է գրվում: Վերևում հիշատակված պահանջը, 12 օրվա լրացուցիչ մեկուսացումը, պետք է կատարվի ամեն մի դեպքում, անկախ նրանից թե ե՞րբ է հիվանդը դուրս գրվել:

V

Ամեն անգամ երեխայի վատ զգալու դեպքում, մանավանդ բարձր ջերմաստիճանի և կոկորդի ցավի ժամանակ, նրան մսուր չքայետք է տանել, մանկապարտեզ կամ դըպրոց չպետք է ուղարկել, այլ պետք է անկողնում պառկեցնել և ռալոնական կոնսուլ-

նապիտակաց կամ պոլիկլինիկայից բժշկին հրավիրել: Ծնողների դերը այս դեպքում շատ մեծ է, նրանք բժշկական պերսոնալի ակտիվ օգնականներ պետք է լինեն հիվանդացածների վաղ հայտաբերման և բուժեշի տարածումը կանխելու գործում:

Ծնողները պետք է խմանան, որ երեխային բարձր տաքոթյամբ չի կարելի պոլիկլինիկա կամ կոնսուլտացիա տանել, այլ պետք է շտապ օգնության բժշկին տուն հրավիրել:

Երբ բժիշկը պարզում է, որ երեխան բուժեշով է հիվանդ, ձեռք է սունում բոլոր միջոցները նրան հիվանդանոց տեղափոխելու համար:

Մինչև հիվանդ երեխային հիվանդանոց տեղափոխելը, նրան մյուս երեխաներից պետք է մեկուսացնել:

Հիվանդին հիվանդանոց տեղափոխելուց հետո, նրա ապրած բնակարանում խնամքով դիզենֆեկցիա պետք է կատարել. փափուկ իրերը մշակվում են դիզենֆեկցիոն կամ հրա-

յում, սպիտակեղենը եռացվում է, իսկ քիչ արժեքավոր իրերը այրվում են:

Նթե առաջին անգամ հիվանդին քննելիս, վերջնական դիագնոզը չի պարզվում, բայց բուժեղի կասկած կա, հնարավորության դեպքում, երեխային ուղարկում են իզոլյատոր: Այդպիսի հնարավորության բացակայության դեպքում, երեխային պառկեցնում են անկողնում, նրա համար առանձնացնում են ամանեղենը, սրբիչը, խաղալիքները և մյուս երեխաներին թույլ չեն տալիս հիվանդի հետ շփվելու: Մինչև դիագնոզի որոշելը, բժիշկը երեխային ամեն օր նայում է: Հիվանդի սենյակում ընթացիկ դեզինֆեկցիա է կատարվում:

Հիվանդացածին հիվանդանոց ուղարկելուց հետո, նրա ապրած բնակարանը, համապատասխան պոլիկլինիկայի (ամբուլատորիայի կամ մանկական կոնսուլտացիայի) պերսոնալի կողմից հսկողության տակ է առնվում:

Այդ հիմնարկների բուժաշխատողները հաճախ այցելում են այդ բնակարանը. հետե-

վում են բնակիչներին, մանավանդ նրեխաների առողջությանը: Նրանք հայտաբերում են քութեշով հիվանդի հետ շփման մեջ եղած մարդկանց և նրանց նկատմամբ մի շարք միջոցառումներ են կիրառում: 13 տարեկանից փոքր երեխաները, որոնք քութեշով չեն հիվանդացել, 12 օր թույլ չեն տալիս մանկական կուկետիվները հաճախելու: 12 տարեկանից բարձր երեխաներին, նույնպես և քութեշով հիվանդացածներին մանկական կուկետիվներ հաճախելը թույլ են տալիս միայն հիվանդին մեկուսացնելուց, սանիտարական մշակումը անցնելուց (լվաղում, ըսպիտակեղենի և շորերի փոխելը) և բնակարանի դեզինֆեկցիայից հետո: Այս բոլորը վերաբերում է և մեծերին, որոնք սպասարկում են մանկական հիմնարկները և սննդային ձեռնարկությունները:

Հատուկ ուշադրություն է դարձվում անգինայով հիվանդացածների հայտաբերմանը, որովհետև անգինայի անվան տակ կարող է ծածկվել քութեշի «ջնջված» տեսակը:

Քուլթեշով հիվանդի շրջապատում անգինայով հիվանդացածին մեկուսացնում են 21 օրով, մինչև քուլթեշի հաստատ նշանների հայտաբերումը (բարդացումներ, թեփոտում)։

Քուլթեշի որոշ դեպքերում թեփոտում չի լինում։ Ավելի հաճախ դա նկատվում է շատ փոքր հասակի երեխաների մոտ։ Նրբամե թեփոտումը հայտաբերվում է արտաքինից առողջ երեացող երեխայի մոտ։ Մոր մանրամասն հարց ու փորձից պարզվում է, որ 10—12 օր առաջ երեխան իրեն մի փոքր վատ է զգացել (ունեցել է անգինա, թեթև տաքություն և այլն)։ Եթե մինչև այդ ընտանիքում կամ մանկական կոլեկտիվում, քուլթեշի դեպքեր են եղել, ապա հիմք կա ասելու, որ երեխան հիվանդացել է քուլթեշի «ջնջված» տեսակով։

Մեծերը՝ քուլթեշով հիվանդի հետ շփվելիս հաճախ հիվանդանում են անգինայով, որը քուլթեշով հիվանդանալու միակ նշանն է հանդիսանում։ Այս ձևի քուլթեշով հիվանդանալուց հետո, նրանք այնուամենայնիվ ընդու-

նակ են քովեշը տալածելու և հենց այդ պատճառով էլ նրանց նկատմամբ կիրառվում են բոլոր այն միջոցառումները, ինչ որ պարտադիր է քովեշով հիվանդի նկատմամբ:

VI

Մշակված մի շարք սանիտարական միջոցառումներին զուգընթաց, որոնք շատ կարեւոր նշանակություն ունեն քովեշի դեմ պայքարելու գործում, դիտությունը ձգտում է վերացնել քովեշով վարակվելու հնարավորությունը, պրոֆիլակտիկ պատվաստումների միջոցով ստեղծելով օրգանիզմի անընկալություն:

Քովեշի դեմ պատվաստումները կատարում են առաջին հերթին մանկական հիմնարկներում, երբ տվյալ վայրում քովեշի հիվանդացումների թիվը աճում է: Պատվաստումների շնորհիվ ձեռք բերած անընկալությունը տևում է շուրջ մեկ տարի: Պատվաստումները կատարում են 4—5 անգամ՝ 7—15 օր ընդմիջումներով: Քովեշի դեմ պատվաս-

տումները ստացած երեխաները որոշ դեպքե-
րում դարձյալ հիվանդանում են, բայց նրանց
հիվանդությունը շատ ավելի թեթև է ընթա-
նում, քան պատվաստումներ չստացած երե-
խաներինը: Բարդացումների թիվը պատվա-
ստումներ ստացածների մոտ անհամեմատ քիչ
է, քան պատվաստումներ չստացածների մոտ:
Մոսկվայի Ինֆեկցիոն հիվանդությունների
ինստիտուտի տվյալներով, յուրաքանչյուր
100 չպատվաստած հիվանդից՝ բարդություն-
ներ են ունեցել 42 հոգի, իսկ յուրաքանչյուր
100 պատվաստած հիվանդից բարդություն
են ունեցել ընդամենը 23 հոգի: Բոլոր երե-
խաները, նախքան պատվաստվելը, բժշկա-
կան քննության են ենթարկվում՝ պարզելու
համար առողջության վիճակը և պատվաս-
տելու հնարավորությունը:

Բարձր տաքություն կամ սուր հիվանդա-
ցումների դեպքում երեխաները ժամանակա-
վորապես ազատվում են պատվաստումներից:

Առողջ երեխան պատվաստումները հեշտու-
թյամբ է տանում: Երեխաներից ոմանց մոտ

պատվաստումից հետո նկատվում է փոքր տաքութիւն և թեթև հիվանդագին վիճակ, որոնք առաջիկա 1—2 օրում անցնում են և առողջութեան համար վտանգավոր չեն:

Քութեշի դեմ կատարվող պատվաստումները երբեմն դժվարութիւններ են ստեղծում, որովհետև բազմաթիվ անգամ պետք է սրսկել: Բայց և այնպես սկսած սրսկումները անպայման պետք է ավարտել: Ընդմիջումների դեպքում պատվաստումների էֆեկտիվութիւնը կորչում է և սրսկումները պետք է նորից սկսել:

Բացի արհեստական իմունիզացիայի ճանապարհով երեխայի օրգանիզմի դիմադրողականութեան բարձրացումից, հսկայական նշանակութիւն ունի նաև բարձր դիմադրողականութեան ստեղծումը ընդհանուր առողջութիւնն ամրապնդող միջոցառումների օգնութեամբ:

Առողջ, ամրակազմ երեխան ավելի լավ է դիմադրում ինֆեկցիոն հիվանդութիւններին:

վարակին և ավելի հեշտությամբ է տանում
այն:

Այս ուղղությամբ արեւը, թարմ օդը և ջուրը
երեխայի լավագոյն բարեկամներն են:

Թարմ օդում երկար ժամանակ անցկացրած
երեխաների շնչառությունը դառնում է ավելի
խորը, տրամադրությունը աշխույժ, քունը
հաճգիստ և խորը:

Ջրային պրոցեդուրաները — վաննաները,
դուշը, շփումը կոփում են երեխայի օրգա-
նիզմը, դարձնելով նրան ավելի ուժեղ ին-
ֆեկցիոն հիվանդությունների դեմ պայքա-
րելու համար:

Թարգմ. խմբագիր՝ Մ. ՄԱՆԹԱՇՅԱՆ
Տեխ. խմբագիր՝ Հ. ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ
Կոմսոբ. սրբագրիչ՝ Հ. ՂԱՂԱՐՈՍՅԱՆ

Վ.Ֆ 04856

Պատվեր 815

Տիրաժ 3.000

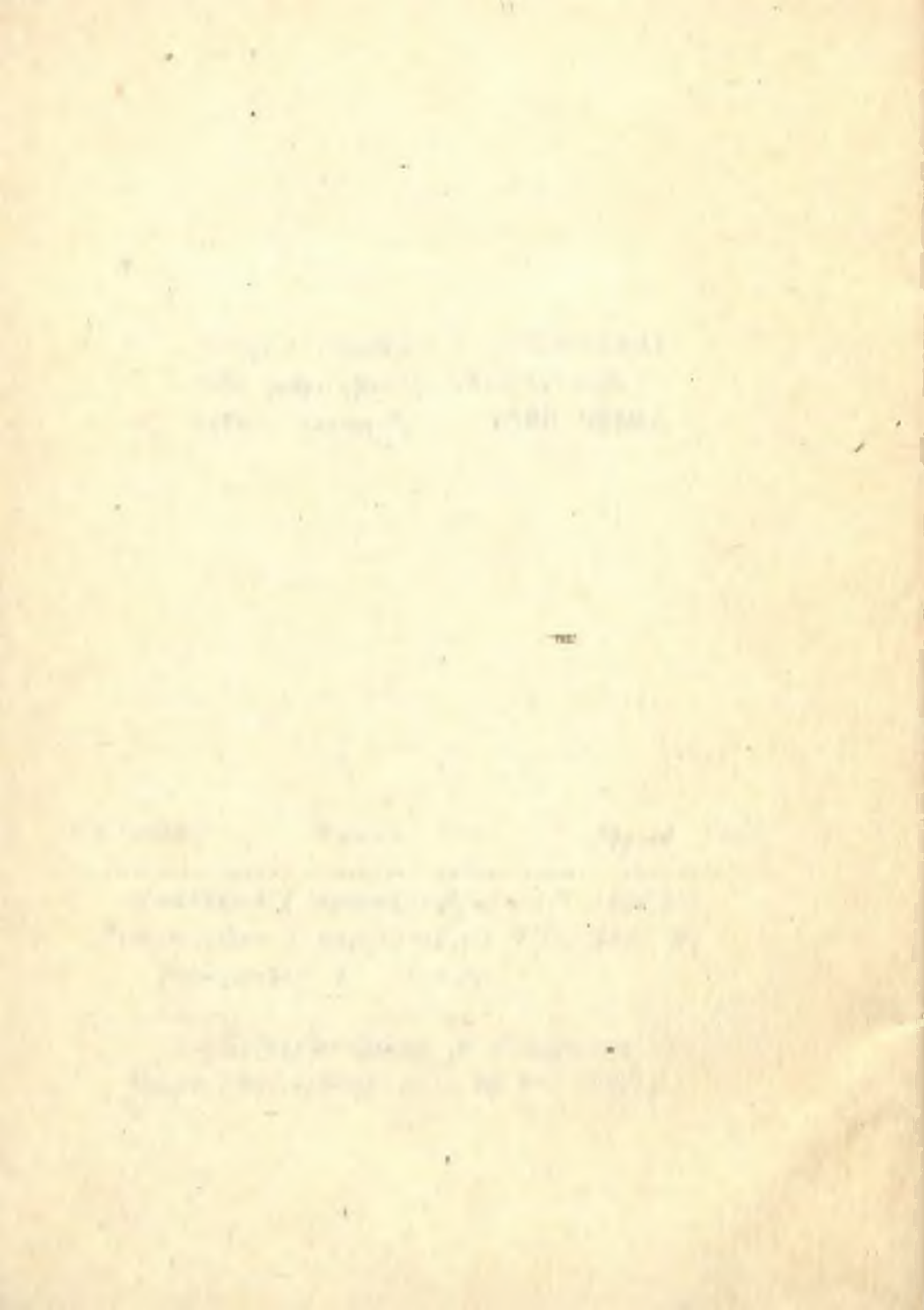
Հանձնված է տրտադրության 20/X 1949 թ.:

Ստորագրված է տպագրության 7/XII 1949 թ.:

Տպագրական 1 մասնույ:

Հայպոլիգրաֆհրատի № 2 տպարան,
Երևան, Կոմունյանցի փող. № 86, 1949 թ.:







ԳԻՆԸ 50 ԿՈՊ.