



ՀԱՅԿ. ՍՍՌ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՄԱՆԻՍԿՐՈՒԹՅՈՒՆ

Պրոֆ. Ա. ԱԼԵԲՍԱՆՅԱՆ

ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐ
Վ Ա Ր Ա Կ Ի Չ
ՀԻՎԱՆՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ
ԴԵՄ





20 JUL 2010

Պրոֆ. Ա. Բ. ԱԼԵՔՍԱՆՅԱՆ

ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐ ՎԱՐԱԿԻՉ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԴԵՄ

◆◆◆◆◆

ՀԱՅԳԵՑՀՐԱՑ

Проф. А. Б. АЛЕКСАНИАН
**ПРИВИВКИ ПРОТИВ
ЗАРАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ**

(На армянском языке)

Ереван, Армгиз, 1949 г.

ՆԵՐԱՄՈՒԹՅՈՒՆ

Մեզ մոտ բաղմամբիվ վարակիչ հիվանդություններ միշտ էլ տարածված են եղել մինչև Հոկտեմբերյան Սոցիալիստական Մեծ սեռչուցիան: Վարակիչ հիվանդությունները ներկայումս էլ շարունակվում են նկատվել կապիտալիստական երկրներում: Բավական է նշել բնական ծաղիկը, որը մինչև այսօր տարածված է Ամերիկայում և Անգլիայում:

Շնորհիվ բուշևիկյան պարտիայի և սովետական իշխանության դեկադարության և հոգատար վերաբերմունքի, մի շարք վարակիչ հիվանդություններ, ինչպիսին են՝ ժանտախտը, տուլարեմիան, խոլերան, բոսր, բնական ծաղիկը և այլն, լրիվ վերացված են մեր երկրում: Հազվագյուտ են մեզ մոտ տիֆերի, դիֆտերիայի դեպքեր: Մեր առաջ խնդիր է գրված՝ մոտիկ ապագայում խոպառ վերացնել նկատվող հիվանդությունների եղակի դեպքերը, իսկ որոշ համար մենք ունենք անհրաժեշտ պայմաններ և լայն հնարավորություններ:

Վարակիչ հիվանդությունների դեմ ուղղված հակաէպիդեմիկ միջոցառումների սխառմամ խոշոր դեր են խաղում պրոֆիլակտիկ պատվաստումները:

Մի շարք ինֆեկցիոն (վարակիչ) հիվանդությունների դեմ պրոֆիլակտիկ պատվաստումներն առաջին անգամ ուսումնասիրվել են մեր երկրում և ներկայումս ընդունված է բոլորի կողմից, ուսուցանվող վարակիչ հիվանդությունների դեմ մղվող պայքարի իսկական մեղքը:

Ինչպես հայտնի է ինֆեկցիոն հիվանդությունն անցկացնելուց հետո մարդու մոտ զարգանում է բնական ձանապարհով անընկալություն, ինչպես ասում են իմունիտետ, ըստ որում, հիվանդությունից հետո ձեռք բերված իմունիտետը տարբեր բնույթ ունի: Օրինակ՝ կարմրուկից, քութեղից, բնական ծաղիկից, բժավոթ տի-

Ֆից, որովայնատիֆից և մի շարք այլ հիվանդություններից հետո ձեռք է բերվում կայուն իմունիտետ բաժանարարական ժամանակով: Հետագայում տիֆ, գրիպ և մի քանի այլ հիվանդությունների, իրենցից հետո սովորաբար թողնում են կարճատև իմունիտետ:

Սակայն նման բնական ճանապարհով զարգացող իմունիտետի հետ, կարող է իմունիտետ առաջանալ արհեստական կերպով՝ գործադրված վակցինաներից և շիճուկներից հետո:

Այս գեպում, ինչպես և բնական ճանապարհով, օրգանիզմը ձեռք է բերում տևիդ իմունիտետ:

Պատվաստումները հաջողությամբ կազմակերպելու համար մշտապես պետք է հիշել, որ պրոֆիլակտիկ պատվաստումները կազմակերպվում և անց են կացվում ոչ որպես «անձնական» պրոֆիլակտիկայի միջոց, ինչպես կարծում էին անցյալում, այլ որպես միջոց, որ նախատեսում է իմունիտետ ստեղծել բնակչության լայն մասսաների մեջ:

Պատվաստումների գործը, որպես մասսայական պրոֆիլակտիկ միջոցառում, ամենաբարձր զարգացման է հասել ՍՍՌՄ-ում:

Եթե հաշվի առնենք, որ վակցինացիան ինֆեկցիաներից մի քանիսի դեմ (բնական ծաղիկ, դիֆտերիա) տալիս է տևական երկարամյա իմունիտետ, իսկ ուրիշ ինֆեկցիան հիվանդությունների դեմ (որովայնատիֆ, դիզենտերիա, խոլերա, մանավանդ կորմորուկ և այլն) կարճատև իմունիտետ, ուստի առողջապահական մարմինները մասսայական պատվաստումներ կատարելու աշխատանքը բաժանում են համապատասխանորեն, ելնելով ստեղծված արհեստական իմունիտետի տևողությունից:

Չի կարելի պատվաստումները կազմակերպել և անցկացնել բնդհանուր ձևով. պատվաստումները պետք է կենսագործվեն և կենտրոնացվեն պայմաններից:

Քաղաքի թե շրջանի առողջապահական բաժինը պետք է ունենա բնթացիկ տարվա պատվաստումների նախապես մշակված պլան, ընդ որում պրոֆիլակտիկ պատվաստումները պլանավորելու և անցկացնելու ժամանակ պետք է հաշվի առնել բնակչության թվը և նրա տարիքային կազմը (մանավանդ մանկական կոնտինգենտի լրիվ տարիքային հաշվառքը):

Բացի ամեն տարի պարտադիր կարգով անցկացվող պլանային պատվաստումներից (բնական ծաղիկ, դիֆտերիայի, որովայնա-

տիֆլի, պարտաւիժերի և զիզկենտերիայի, իսկ առանձին կոնտին-
զենտները համար նաև տեսանուսի դեմ), անհրաժեշտութեան դեպ-
քում կարող են անցկացվել պատվաստումներ նմանապես և ըստ
բժշկական ցուցմանքների:

Բնական ծաղիկի դեմ պարտադիր պատվաստումներն անց են
կացվում: Հայկական ՍՍՌ Ժողովրդական Կոմիտարների Սովետի
1938 թ. մայիսի 5-ի № 16 որոշման համաձայն, իսկ զիֆտերիայի
դեմ՝ Հայկական ՍՍՌ Ժողովրդական Կոմիտարների Սովետի 1936
թ. փետրվարի 2-ի որոշման համաձայն: Ինչ վերաբերվում է ուրիշ
խնդիրներին (որովայնատիֆի, պարատիֆերի, զիզկենտերիայի
և մշուտների) դեմ տարվող պարտադիր պատվաստումներին, ապա
ներանք արվում են Մինիստրների Սովետի կամ Աշխատավորների
Կեդրոստանների քաղաքային և շրջանային Սովետների Գործադիր
կոմիտեների որոշումների հիման վրա:

Պրոֆիլակտիկ պատվաստումները կենսադործվում են ողջ
բժշկասանիտարական ցանցի ուժերով, այսինքն՝ պոլիկլինիկանե-
րի, ամբուլատորիաների, կոնսուլտացիաների, գյուղական բժշկա-
կան տեղամասերի, ֆելդշերական և ֆելդշեր-մանկաբարձական
պոստիկների և բժշկական մշուտ օբեկտների կողմից:

Պրոֆիլակտիկ պատվաստումների կազմակերպման և անց-
կացման աշխատանքը կարող է հեշտանալ և ավելի հաշտութեամբ
կենսադործվել ազգաբնակչության ակտիվ մասնակցութեամբ:

Եթե բժշկական աշխատողների խնդիրը կայանում է նրանում,
որպեսզի ճիշտ և ժամանակին կազմակերպեն վարակիչ հիվանդու-
թեաների դեմ ուղղված պատվաստումները, ապա այդ միջոցա-
ռումները լրիվ և զբաղական հետևանք կարող են առաջ սովետական
հասարակայնության լայն մասնակցութեամբ:

ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄ ԲՆԱԿԱՆ ԾԱՂԿԻ ԴԵՄ

Բնական ծաղիկը մեզ մոտ վերացված է վաղուց: Բնական ծաղիկը հաշվվում է ծանր հիվանդություն: Անցյալում այս հիվանդությունից մահանում էին հազարավոր մարդիկ:

Մեզ մոտ, Սովետական Միության բոլոր ռեսպուբլիկաներում, բնական ծաղիկը լրիվ վերացված է, շնորհիվ առողջապահական օրգանների կողմից ձեռք առնված միջոցների: Բնական ծաղկի դեմ պայքարում ենք:

Բնական ծաղկի դեմ պատվաստումը կատարվում է ծաղկի դեղերի տուր: Ծաղկի դեղերի տեսակները է հորթերին վարակելու միջոցով:

Դեղերի տեսակներից ներկայացնում է թանձր, ոչ թափանցիկ, սովորաբար բաց մոխրագույն տեսք ունեցող մի նուրբ կախուկ:

Ծաղկի վակցինայի ակտիվությունը, այսինքն՝ պիտանիությունը տևում է երկար ժամանակ (3—5 ամիս), միայն սառը պայմաններում:

Սենյակի սովորական ջերմաստիճանում (15—18° ըստ Ցելսիուսի) տևում է 2—3 շաբաթ, իսկ 15—18°-ից բարձր՝ միայն մի քանի օր (3—4):

Սրանից պարզվում է, որ ծաղկի վակցինան ակտիվ վիճակում պահելու համար պահանջվում է սառը պայմաններ: Պահանջված պայմանները չպահպանելու դեպքում վակցինան կարող է վաղաժամ կորցնել իր ուժը, հետևաբար այդպիսի ինակտիվ դեղերի տուր անցկացրած պատվաստումը ոչ մի արժեք ունենալ չի կարող:

Ծաղկի պատվաստումը կարելի է կատարել տարվա բոլոր եղանակներին, բայց ավելի նպատակահարմար է անցկացնել դարձանալը, աշնանը և նոյեմբիսկ ձմեռը, իսկ շոգ շրջաններում, հունիս և օգոստոս ամիսներին, պետք է խուսափել ծաղկի պատվաստումներից: Անհրաժեշտ է ծաղկի պատվաստումների կամպա-

նիայի ժամանակը հարմարեցնել՝ դրույատնտեսական աշխատանք-
ներին շխանդարելու համար:

Պատվաստում կատարելու լավագույն տեղը համարվում է
թևի առաջա-դրսային մասը: Պատվաստումը կատարվում է 3 կի-
տում, ուղիղ դժով կամ եռանկյունաձև միմյանցից 2 սմ. հե-
ռավորության վրա: Առաջին անգամ պատվաստումն արվում է
ձախ թևի վրա, երկրորդ անգամ աջ թևի վրա: Պատվաստման տեղի
մաշկը սրբվում է սպիրտով թրջված բամբակով: Ոչ մի դեպքում չի
կարելի մաշկը մաքրել այնպիսի դեղինֆեկցիոզ միջոցներով, ինչ-
պես կարբոլաթթվի լուծույթը, յոդի թուրմը և այլն, որովհետև
ծաղիկի դետրիտը որպես կենդանի վակցինա կարող է ոչնչանալ:

Սպիրտի դոլորշիացումից հետո, հատուկ դործիքով հասցնում
են (կաթեցնում են) 3 կաթիլ դետրիտ միմյանցից 2 սմ. հեռա-
վորության վրա և նրանց միջոցով անց են կացնում 0,5—1 սմ.
երկարությամբ մակերեսային թեթև կտրվածքներ (մենավոր, գծա-
յին կտրվածքներ):

Պատվաստման ժամանակ կարող են երևան դալ արյան ա-
ռանձին մանրագույն ցողակաթիլներ (ավելի խոր կտրվածքներ ա-
նելու ոչ մի անհրաժեշտություն չկա, երբ ավելի զգալի չափով է
դուրս գալիս արյունը):

Պատվաստելուց հետո անհրաժեշտ է 5—10 րոպեի շափ (ոչ
ավելի) բաց պահել թևը: Պատվաստվածների լողանալը հակացույց-
ված չէ, միայն զգույշ պետք է լինել պատվաստված տեղի նկատ-
մամբ:

Առաջին պատվաստման արդյունքների ստուգումը սովորաբար
կատարվում է 7—11-րդ օրը, կրկնակի պատվաստմանը՝ 4—6-րդ
օրը:

Առաջին պատվաստումից հետո 4-րդ օրվա սկզբին, պատ-
վաստած տեղում գոյանում են վարդագույն ցան, որոնք 6—7-րդ
օրն արդեն անցնում են ծաղկաբշտիկների: Ծաղկաբշտիկը առավե-
լագույն զարգացման է հասնում 10—11-րդ օրը (1 սմ.-ից մի քիչ
պակաս լայնությամբ): 11-րդ օրվանից սկսում է ծաղկաբշտիկի
հակառակ զարգացումը: Ծաղկաբշտիկի կենտրոնը մզանում է,
ստացվում է կեղևիկ, որը սովորաբար ընկնում է 3 շաբաթ անց և
նրա տեղը մնում է աստղաձև կամ թաթաձև սպի:

Այլ կերպ է ընթանում ծաղկաբշտիկի զարգացումը կրկնակի պատվաստումից հետո, այս դեպքում սովորաբար գոյանում են բշտիկներ: Երբեմն գործը սահմանափակվում է միայն կարմրու-թյամբ, ընդորում, այդ ամբողջ պրոցեսը, որն սկսվում է 3—4-րդ օրը, վերջանում է 5—6 օրում: Առաջին պատվաստումից հետո սովորաբար 7—10 օրերի միջև նկատվող բնորոշ տենդը կրկնակի պատվաստումից հետո գրեթե բացակայում է:

Պատվաստումը հաջող է համարվում, եթե ծաղիկը բռնի նույն-խակ մեկ կետում: Անհաջող պատվաստման դեպքում (առաջին պատվաստումից հետո), 8—10 օր անց կրկնվում է պատվաստու-մը, իսկ եթե այս անգամ ևս բացասական արդյունք է ստացվում, ապա պատվաստումը կրկնվում է 6 ամսից ոչ ուշ:

Ծաղկի պատվաստումից իմունիտետ է ստացվում 6—10 օր անց: Ստացված իմունիտետը, սովորաբար, տևում է 5—7 տարի:

Ծաղկի պատվաստման վերաբերյալ տեղեկանքը տրվում է պատվաստվածներին արդյունքներն ստանալուց հետո:

Ծաղկի պատվաստմանը պարտադիր կարգով ենթակա են (Հայկական ՍՍՌ Ժողկոմսովետի 1938 թ. մայիսի 5-ի որոշումը) առաջին անգամ պատվաստման 2 ամսականից մինչև 1 տարեկան երեխաները:

Կրկնակի պատվաստման	{	1. 4—5 տարեկան
		2. 10—11 »
		3. 18—20 »

Բացի դրանից, ծաղկի դեմ պատվաստման ենթակա են այն բոլորը, որոնք անցյալում երբեք չեն պատվաստվել (անկախ նրանց տարիքից):

Սակայն ծաղկի դեպք երևան գալու դեպքում մուտքի սպառ-նալիքի ժամանակ, տվյալ բնակավայրում ծաղկի դեմ անց է կաց-վում համատարած պատվաստում, սկսած երկու շաբաթական հա-մակից և անկախ նրանից, թե տվյալ անձը, ե՞րբ և քոնի՞ անգամ է պատվաստվել:

ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐ ՈՐՈՎԱՅՆԱՏԻՖԻ ԵՎ ՊԱՐԱՏԻՖԵՐԻ ԴԵՄ

Պատվաստումները որովայնատիֆի և պարատիֆերի դեմ սովո-րաբար կատարվում են ենթամաշկային: Ենթամաշկային ձևով դոր-

ծաղրվող վակցինան իրենից ներկայացնում է որովայնատիֆի և պարատիֆերի սպանված բացիլները կախուկ լուծույթում:

Մեզ մոտ պրոֆիլակտիկ պատվաստումները որովայնատիֆի և պարատիֆերի դեմ կատարվում են ամեն տարի պլանով, կամ որովայնատիֆի կամ պարատիֆերի բռնկում երևան գալու սպառնալիքի ատկայության դեպքում:

Արտապլանային պատվաստումները կարող են անցկացվել տարվա բոլոր եղանակներին, մինչդեռ պլանային պատվաստումները հիմնականում մենսապոքովում են առաջին և երկրորդ հոսմայականերում և մեր կլիմայական պայմաններում պետք է ավարտվեն ոչ ուշ, քան հունիսի 1-ից մինչև 15-ը:

Պլանային կարգով անցկացվող պատվաստումներին ենթակա են՝

ա) տուբֆամշակման, ճանապարհների շինարարության, նորակառույցների վրա աշխատող ինչպես նոր եկած, այնպես էլ մշտական ապրող բանվորները և նրանց ընտանիքները.

բ) ջրմուղային կառուցվածքների, կոյուղու մաքրման, կառուցվածքների, լվածքատների, բաղնիքների աշխատողները, հանրակացարանների և բարաքների համաքարարուհիները.

գ) բժշկական անձնակազմը.

դ) բոլոր վերաբնակիչները.

ե) տրանսպորտի աշխատողները (երկաթուղային, ջրային).

զ) զինակոչ իրենեղր.

է) հասարակական սննդի և սննդի արդյունաբերության աշխատողները և այլն:

Բնական ծաղկի դեմ, ինչպես և հակատիֆային-պարատիֆային վակցինաների միաժամանակ գործածությունը հակացուցված չէ:

Սրսկումները սովորաբար կատարվում են հնթամաշկային, թիակի տակ: Առավելագույն իմունիտետ ստանալու համար ամհրաժեշտ է պատվաստումը վատարիչ երեք անգամ: Պատվաստումների ընդմիջումները ընդունված են 7—10 օր:

Մինչև 2 տարեկան երեխաներին չեն պատվաստում:

Վակցինայի ազդեցությունն ուժի մեջ է սովորաբար մինչև 9—12 ամիս:

Կրկնակի պատվաստման ժամանակ մեկ տարուց հետո կատարվում է միայն 2 անգամ, եթե պատվաստվողը սրսկման է են-

Թարկվում երրորդ տարին, ապա 3-րդ տարում և հետագայում (3 տարուց հետո) նա ստանում է միայն 1 սրսկում:

Վակցիոնան մտցնելու տեղում մաշկը ենթարկվում է ուշադիր դեզինֆեկցիայի՝

յոդի 5 տոկոսանոց թուրմով,

սպիրտով 70°,

էֆիրով,

յոդ-բենզինի լուծույթով—1 : 500,

քլորամինի լուծույթով—0,2 տոկ.,

նաշադիրի սպիրտի լուծույթով—0,2 տոկ.,

լիզոլի լուծույթով—2 տոկ. և այլն:

Որովայնատիֆի, պարատիֆերի և տետանուսի դեմ կոմբինացված պատվաստման նպատակով զործադրվում է սովորական տիֆային տրիվակցինա կամ, այսպես կոչվող, պենտավակցինա, զուգակցված տետանուսային անատոքսինի հետ:

Տիֆի դեմ, Առողջապահության մինիստրության թույլատվությամբ, բացառիկ դեպքերում կարելի է անցկացնել պատվաստում բերանի ճանապարհով, որը իմունիտետի տեսակետից դժբախտաբար այնքան մեծ արժեք չունի, որքան ենթամաշկային պատվաստումները: Այս ճանապարհով պատվաստումը կատարվում է զրկովորապես 2 դեպքում՝

1. եթե ենթամաշկային ձևով պատվաստումը կատարել չի կարելի համաձայն այս կամ այն մարդու առողջության հակացուցմունքների և

2. եթե այս կամ այլ պատճառով ենթամաշկային պատվաստումը լրիվ կատարելու հնարավորություն չի եղել: Բերանի ճանապարհով պատվաստման համար անհրաժեշտ է 3 օր անընդհատ ընդունել տաբուկետներ, որոնք խրենց մեջ պարունակում են տիֆի սպանված միկրոբներ: Տաբուկետները անհրաժեշտ է ընդունել առավոտյան կերակրվելուց $\frac{1}{2}$ ժամ առաջ:

Պատվաստումները (առաջին հերթին ենթամաշկային պատվաստումները) որովայնատիֆի և պարատիֆերի դեմ ունեն զգալի նշանակություն: Գիտնականների ասպացույցն է, որ պատվաստվածները, որպես օրենք չեն հիվանդանում այս տիֆերով, միայն լավ պետք է հիշել, որ դրական է լինում պատվաստումների ազ-

դեցութիւնը, եթե այդ սրահումները կատարվում են լրիվ և իր ժամանակին:

Որովայնատիֆի հիվանդութիւնը մեզ մոտ տարեց-տարի քննելով է, այս վարակիչ հիվանդութեան ուժեղ իշխումը հետեանք է մեր երկրի տնտեսութեան և սանիտարական կուլտուրայի վերելքի, մասնավորապես շնորհիւ լայն շափով կատարվող հատուկ պատվաստումներին:

ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐ ԲԱՑԻՎՅԱՐ ԴԻՋԵՆՏՆԵՐԻԱՅԻ ԴԵՄ

Դիզենտերիայի դեմ պատվաստումները կատարվում են հետևյալ ձևով.

1. ենթամաշկային պատվաստում հակադիզենտերիային վակցինայով.

2. պատվաստում բերանի միջոցով.

3. դիզենտերիային բակտերիոֆագի գործադրում:

Ենթամաշկային մեթոդով պատվաստման համար գործադրվում է հակադիզենտերիային վակցինա, որն իրենից ներկայացնում է դիզենտերիայի սպանված միկրոբներ լուծույթում:

Հակադիզենտերիային վակցինան գործադրվում է մաշկի տակ ներք անգամ:

Մնացածում, այն է՝ պատվաստման անցկացնելու տեխնիկան, պլանային պատվաստումներ անցկացնելու ցուցումները, պատվաստվողների կոնտինդենտը, բռնկումների սպառնալիքի դեպքում անցկացվող արտապլանային պատվաստումները և այլն: Դիզենտերիայի դեմ պատվաստումների կատարումը հիմնականում նույնն է, ինչ որ տիֆո-պարատիֆային հիվանդութիւնների դեմ:

Դիզենտերիայի դեմ բերանի միջոցով պատվաստումը, որը գործնական արժեքի տեսակետից ավելի պակաս նշանակութիւն ունի, քան ենթամաշկային պատվաստումը, անց է կացվում չոր (տաքւէտրա) և հեղուկ վակցինա գործադրելու միջոցով: Ստորև բերում ենք դոզավորման և գործադրման տեխնիկայի աղյուսակը.

Չոր և հեղուկ վակցինաների վրայից պետք է խմել եռացրած ջուր (կաթ կամ ուրիշ հեղուկներ՝ նպատակահարմար չեն):

Եթե հնարավոր չի լինում վակցինան ընդունելու միջոցով հրեք օր անընդհատ պատվաստում կատարել, երբեմն թույլ է տրվում ընդմիջում անել 2—3 օր (բայց 5 օրից ոչ ավելի):

Բեռանի ճանապարհով պատվաստումը անհրաժեշտ է անցկացնել դիզենտերիայի «սեզոնից» մի քանի ամիս առաջ, 2 եռամսյակում, այն է՝ մինչև հոսիսի 1-ը, բայց ոչ ուշ հունիսի 15-ից:

Բակտերիոֆագի գործադրումը:

Դիզենտերիայի բակտերիոֆագի գործադրումից ամենամեծ էֆեկտիվությունն ստացվում է այն ժամանակ, երբ տվյալ ավանում, մանկական հիմնարկում, գործարանի ցուխում, հանրակացարանում, տնային տնտեսությունում և այլն, ֆազավորման են ենթարկվում 6 ամսական երեխանցից սկսած անխտիր բոլոր ապրողներն ու աշխատողները: Հետևապես, պրակտիկայի տեսակետից կարևոր նշանակություն ունի բնակչության տվյալ խմբերի, տվյալ կոլեկտիվի լրիվ ընդգրկումը բակտերիոֆագով:

Դիզենտերիային բակտերիոֆագի գործադրումը դիզենտերիայի օջախներում հետապնդում է մի նպատակ՝ կրանիել հիվանդություններ շրջապատողների մեջ, ուստի օջախներում ֆազավորման պետք է ենթարկել հետևյալ անձանց.

1. Հիվանդների հետ մեկտեղ ապրողներին.
2. Հիվանդացածների հետ շփում ունեցողներին.
3. Հիվանդներին խնամողներին:

Տարվա եղանակը բակտերիոֆագի գործածման տեսակետից ոչ մի նշանակություն չունի. կարևոր է միայն հիշել, որ նույնիսկ դիզենտերիայի նկատմամբ լուկ կապած լինելու դեպքում անհրաժեշտ է առանց ուշացնելու ֆազավորել շրջապատողներին (չոսպասեցով լաբորատոր հասնատման):

Հետևապես, դիզենտերիայի բակտերիոֆագը պոֆիլակտիկ նպատակով կարելի է գործադրել գլխավորապես այն տեղերում, որտեղ դիզենտերիան հաճախ է նկատվում, ընտանիքներում, որտեղ տեղի են ունեցել դիզենտերիայով հիվանդանալու ձմեռային կամ դարնանային դեպքեր, դիզենտերիային ինֆեկցիա կրողների շրջապատում 5 օրվա ընդմիջումներով (բայց 10 օրից ոչ ավելի)

բակտերիոֆագ է տրվում երեք անգամ. 6 ամսականից մինչև 3 տարեկան երեխաներին՝ 5 մմ, 3 տարեկանից բարձր երեխաներին և չափահասներին՝ 10 մմ (խառնուրդում 15—25 մմ, 5 սոփոսանոց սոդային լուծույթ), անոթի, ուտելուց մեկ ժամ առաջ:

Դիզենտերիայով հիվանդի հետ շփված և նրա հետ մի բնակարանում ապրող բոլոր անձանց անխտիր բակտերիոֆագ է տրվում նրա հայտնաբերումից անմիջապես հետո՝ 6 ամսականից մինչև 3 տարեկան երեխաներին՝ 5 մմ, 3 տարեկանից բարձր երեխաներին և չափահասներին՝ 10 մմ (գարձյալ խառնուրդի մեջ 15—25 մմ 5 տոկոսանոց սոդային լուծույթ) անոթի, ուտելուց մեկ ժամ առաջ:

Նույն օջախում, նամանավանդ երկրորդ անգամ, հիվանդության երևան գալու դեպքում, պետք է շարունակել բակտերիոֆագ տալ, նկատի ունենալով նրա պաշտպանական ազդեցության շտապազանց կարճատևությունը:

Հարկավոր է նշել, որ բուժական նպատակով գործադրվող դիզենտերիային բակտերիոֆագը ղգալի նշանակություն ունի: Դիզենտերիայով հիվանդը կարճ ժամանակամիջոցում յուրաքանչյուր է հարուցիչներից, դադարում է վարակի աղբյուր լինելուց:

ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐ ԴԻՖՏԵՐԻԱՅԻ ԴԵՄ

Դիֆտերիայի դեմ արվող պատվաստումներն իրենց էֆեկտիվությամբ քիչ բանով կարող են դիջել բնական ծաղկի դեմ արվող պատվաստումներին:

Դիֆտերիայի դեմ պատվաստումներն անց են կացվում խիստ պլանային կարգով և, որպես պլանային միջոցառում, կենսագործվում են երեխաների մեջ 6 ամսականից մինչև 8 տարեկանը ներառյալ:

Դիֆտերիայի դեմ պատվաստումներին պետք է նախորդի հետևյալ աշխատանքը. հայտաբերել և հաշվի առնել՝ 1) տվյալ բնակավայրի բոլոր աչն երեխաներին, որոնք լրիվ պատվաստվել են, 2) որոնք լրիվ պատվաստանք չեն ստացել, 3) որոնք ըստ պատվաստման մատյանների, բակային հետազոտությունների, կոնսուլտացիաների, ամբուլատոր-պոլիկլինիկական ցանցի և

գյուղական բժշկական տեղամասերի տվյալների բոլորովին չեն պատվաստված:

Դիֆտերիայի դեմ պատվաստումներին ենթակա են բոլոր երեխաները (սպառիչ ընդգրկումով), 6 ամսականից մինչև 8 տարեկանները ներառյալ:

1. քաղաքներում, սովխոզներում, քաղաքատիպ վայրերում, շրջկենտրոններում.

2. նորակառույցներում (քաղաքում և գյուղում).

3. մանկական հիմնարկներում (քաղաքում և գյուղում).

4. հանրակացարաններում և բարաքներում (քաղաքում և գյուղում).

5. քաղաքին հարևան (մոտիկ) գյուղերում.

6. ամառանոցային վայր հանգիստացող գյուղերում.

7. մեծ և հանգուցային ճանապարհների վրա գտնվող, ինչպես նաև շրջկենտրոնին մոտիկ գտնվող գյուղերում.

8. այն գյուղերում, որտեղ սիստեմատիկորեն նկատվել են դիֆտերիայի կրկնակի դեպքեր (թեկուղ և եղակի դեպքեր):

Գյուղական վայրերում (բացառությամբ վերևում նշած 8 կետերից) նույնպես անհրաժեշտ է անցկացնել պատվաստումներ, ստտիճանաբար ընդգրկելով շրջանի բոլոր գյուղերը:

Փակ մանկական հիմնարկներում (օրինակ՝ մանկատանը) պետք է պատվաստել անպայման 6 ամսական հասակից: Պատվաստման են ենթարկվում նաև 9 տարեկանից մինչև 12 տարեկան երեխաները՝ բարձր հիվանդության առկայության դեպքում:

Դիֆտերիայի դեմ որպես վակցինա ծառայում է դիֆտերիայի հարուցիչների կենսազործունեության արտադրանք հանգիստացող նյութը, որը հայտնի է դիֆտերիային անատոքսին անունով:

ՍՍՄՍՄ Առօրեկոմատի հրահանգի համաձայն (3/X—1940 թ.), դիֆտերիայի դեմ պատվաստումը տարվում է հրեք անդամ՝

1-ին պատվաստում.

20—30 օրից հետո երկրորդ պատվաստում.

երկրորդ պատվաստումից 3—6 ամիս հետո, կատարվում է 3-րդ պատվաստումը:

Որքան ավելի մեծ են երեխաները, այնքան ավելի դժվար են տանում անատոքսինը (փոքրահասակ երեխաները շատ ավելի հեշտ են տանում):

Անկասկած, խոշոր գործնական նշանակություն ունի 2—3—4 տարեկան երեխաների կրկնակի պատվաստումը 1 մ³ անատոք-սին մուծելու միջոցով, ինչպես և 7—8 տարեկան երեխաների պատվաստումը:

ՍՍՌՄ Առողջամասի հսկաէպիդեմիկ հիմնարկների վարչության կից դիֆտերիային հանձնաժողովը 1944 թ. հունվարի-թույլ է տվել Հայկական ՍՍՌ առողջապահական օրդաններին դիֆտերիայի դեմ պատվաստումներն անցկացնել հետևյալ սխեմայով.

1-ին պատվաստում.

20 օրից հետո 2-րդ պատվաստում.

30 օրից հետո 3-րդ պատվաստում:

Տարբերությունը ընդհանուր ահմամոված սխեմայից այն է, որ 3—6 ամիս անց արվող կրկնակի պատվաստման փոխարեն, մենք կատարում ենք երկրորդ սրտկումը 30 օր անց: Հիմնվելով 20 տարեկա մեր փորձերի ու դիտությունների վրա ջրանում ենք, որ մեր առաջարկած մեթոդի էֆեկտիվությունը բավձր է: 3—4 և 7—8 տարեկան երեխաների կրկնվող պատվաստումը մենք համարում ենք վերին աստիճանի անհրաժեշտ, որովհետև դիֆտերիայի խիստ անկումը Հայկական ՍՍՌ-ում ոչ միայն երեխաներին պատվաստումների մեջ մաքսիմալ ընդգրկելու, այլ և կրկնակի պատվաստման արդյունք է:

Դիֆտերիայի դեմ պատվաստումները կարող են կատարվել բժիշկներից բացի նաև միջին բուժանձնակազմի կողմից, սակայն բժիշկների ղեկավարությամբ: Նպատակահարմար է սրտկել թիակի տակ, անպայման ենթամաշկային, պահպանելով մաքրության պահանջները:

Անատոքսինով պատվաստումները սովորաբար անցնում են հարթ կերպով:

ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐ ՔՈՒԹԵՇԻ ԴԵՄ

Քույրեղի դեմ պատվաստումները, ի տարբերություն բնական ծաղիկի, դիֆտերիայի, տիֆա-պարատիֆային հիվանդությունների, դիզենտերիայի դեմ արվող պատվաստումների, անց են կացվում

արտապահանային կարգով, ոչ ամեն տարի, այլ միայն ըստ էպիդեմիկ ցուցմունքների: Ուստի քուլիեշի դեմ պատվաստումները պետք է տարվեն ոչ ի վնաս ծաղկի և դիֆտերիայի դեմ ուղղված պատվաստումներին:

Քուլիեշի դեմ որպես ճիմնական միջոցառում համարելով քուլիեշի դեպքերի վաղ հայտաբերումը, նրանց մեկուսացումը և օջախների դեկոնֆեկցիոն մշակումը, այնուամենայնիվ, միաժամանակ հանձնարարվում է պատվաստում կատարել ըստ էպիդցյոցմունքների:

Ներկայումս հանձնարարվում է քուլիեշի դեմ օգտվել.

ա) քուլիեշի տրոսինից (Սույնից), կամ ալբո նյութի չունենալու դեպքում:

բ) քուլիեշի կոմբինացված վակցինացիայից՝ տրոսինից: Կոմբինացված վակցինան պարունակում է միկրոբային մարմիններ և տրոսին:

Անհրաժեշտ է պատվաստումները կատարել ենթամաշկային և նախադարձաբժար է թիակի ստորին սնկյունի տակ:

Կոմբինացված վակցինայով, թե զուտ տրոսինով սրահելու դեպքում, դործադրվում է 5 սրահում:

Մինչև պատվաստումներ կատարելը, երեխաները պետք է ենթարկվեն բժշկական քննության, իսկ պահանջված դեպքերում, չափել նաև ջերմաստիճանը և նույնիսկ լաբորատոր հետազոտություն ենթարկել մեղը:

Հակաքոլեռային վակցինան այս կամ այն մեթոդով դործադրելիս հարկավոր է նշել, որ անհրաժեշտ է տանել որքան հնարավոր է, պատվաստման դործի լրիվ հաշվառում և պատվաստումներից հետո՝ ուշադիր հսկողություն, պատվաստվածներից և չըպատվաստվածներից քուլիեշով հիվանդացածների նկատմամբ:

ԿԱՐԲՐՈՒԿԻ ՍՆՐՈՊՐՈՑԻԱԿՏԻԱՆ (հակակարմրուկային շիճուկի Գործադրումը կարմրուկի նախազգուշացման նպատակով)

Կարմրուկի նախազգուշացման նպատակով գործադրվում է հակակարմրուկային շիճուկ, որը պատրաստվում է զոնսրների և բակից մեքրբած արյունից, կամ տուղջան ցողների երակից մեքրբած և լ

Այս ձևով վերցրած արդյունը, որպես հակակարմրուկային շի-
ճուկ պատրաստելու նյութ, մտնում է հատուկ շաքորատորիա, որ-
տեղ դոնորների կամ առողջացողների արյունից, ինչպես և ըն-
կերթային արյունից ստացված շիճուկը 1 ժամի չափ տաքացվում
է 56° տաքության պայմաններում:

Կարմրուկի սերոպրոֆիլակտիկան պրակտիկայում էֆեկտա-
վոր է լինում, եթե

ա) շիճուկը մտցվում է ժամանակին,

բ) շիճուկը մտցվում է պահանջված դոզայով:

Հաշվի առնելով այն, որ կարմրուկը փոքրահասակ երեխանե-
րի մոտ համեմատաբար ավելի ծանր է ընթանում, քան մեծահա-
սակ երեխաների մոտ, ինչպես և այն, որ մահացությունը կարմ-
րուկից կարող է փոքրահասակ երեխաների մեջ շատ ավելի
բարձր լինել, ուստի կարմրուկի սերոպրոֆիլակտիկան առաջին
հերթին գործադրվում է ավելի սպառնալից տարիքային կոնտին-
գենտի նկատմամբ, այսինքն՝ 3 ամսակաանից մինչև 4 տարեկան
(ներառյալ) երեխաների համար:

Հակակարմրուկային շիճուկը գործադրվում է միայն այն ե-
րեխաների համար, որոնք շփում են ունեցել կարմրուկով հիվանդ-
ների հետ, քայց իրենք չեն հիվանդացել կարմրուկով:

Սակայն սերոպրոֆիլակտիկան շփում ունեցածների մեջ իրեն
արդարացնում է այն ժամանակ միայն, երբ կատարվում է
կարմրուկով հիվանդի հետ շփում ունեցած երեխայի գաղտնի
շրջանի առաջին օրերին. ուշ ժամկետներին համարյա ոչ մի նա-
խապահգանական էֆեկտ չի ստացվում:

Անհրաժեշտ դեպքերում կարմրուկի սերոպրոֆիլակտիկան
պետք է անցկացնել նաև ավելի մեծահասակ (4 տար. մինչև
7 տար.) երեխաների մեջ, երբ դրա համար կան կենցաղային
ցուցմունքներ, կամ ավելի մեծահասակ երեխաների առողջության
այնպիսի ցուցմունքներ, ինչպես տուբերկուլոզը, տարած սուր հի-
վանդությունից հետո առողջացման շրջանը:

Նայած երեխայի առողջության վիճակին և հիվանդի հետ
շփվելուց հետո անցած ժամանակին, որոշվում է շիճուկի քա-
նակը:

Երեխայի ֆիզիկական վիճակը	Երեխայի ստադիա	Շիճուկի գործածվող բանակը			Մանկություն
		Դոնոր, զենկիրը			
		Ինկուպ- յի վա- 3—4 օրը	Ինկուպ- յի վա- 2—8 օրը	Ինկուպ- յի վա- 2—8 օրը	
Առողջ, սովորակա- կերտներ	3 ամսականից մինչև 4 տարեկան	30 խ. սմ.	60 խ. սմ.		Ինկուպացիան այն շրջանն է, երբ հիվանդի հետ չփոխվող վարակված վիճակով, դեռևս հիվանդացության երևույթներից ազատ է և դառնում է գաղտնի (ինկուպացիոն) շրջանում: Ինկուպացիայի ամենաերկար տևողությունը կարճուկի ժամանակ 21 օր է:
	5 տարեկանից լարձր	40—60 խ. սմ	60 խ. սմ.		
Հիվանդներ, մանավանդ էպիսկոտիկ էլեկտրոններ	3 ամսականից մինչև 4 տարեկան	60 խ. սմ.	60 խ. սմ.		
	5 տարեկան	60 խ. սմ.	60 խ. սմ.		

Շփում ունեցած և վարակված երեխաների մոտ, եթե շիճուկ է մտցրած նրանց (ուշ կամ անբավարար քանակով), ապա այսպիսի դեպքում սերտալորֆիլակտիկան երբեմն ընդունում է կոմբինացված բնույթ. կարծեք ստացվում է և՛ պասսիվ և՛ ակտիվ իմունիտետ, երեխաները կարող են հիվանդանալ կարմրուկի թիթև ձևով (մեղմացած ձև):

Հակակարմրուկային շիճուկը մտցվում է ներմկանային նստատեղի մկանում, նոսր վերին—արտաքին մասում: Հյուծված ինչպես և փոքրահասակ երեխաներին, ավելի լավ է շիճուկը մտցնել երկու նստատեղերում միայն, մինչև սրսկելը մաքրել սպիրտով ու յոդ քսել, սրսկելուց հետո նորից յոդ քսել և բամբակով սեղմած պահել 1—2 րոպե:

Հակակարմրուկային շիճուկի, նույնիսկ նրա երկրորդ անգամ գործադրելու համար, ոչ մի հակացուցմունք չկա:

Քանի որ կարմրուկի դեմ այս ճանապարհով ստացված իմունիտետի տեղողությունը հաշվվում է մինչև 30 օր, ապա կարիքի դեպքում (եթե պատվաստված երեխայի շփումը շարունակվում է, մի խոսքով շփում գոյություն ունի 25—30 օր անց), սերոպրոֆիլակտիկան կրկնվում է մոտավորապես մի ամիս անց, իսկ կարմրուկի ծանր ընթացող էպիդեմիայի ժամանակ՝ 20 օր անց:

Պետք է հիշել, որ պատվաստված երեխաները իրենք չհիվանդանալով, նրանք շրջապատի առողջ երեխաների համար վարակիչ են հանդիսանում 28 օրվա ընթացքում:

Չպետք է մոռանալ նաև այն, որ կարմրուկը վարակիչ է համարվում ոչ միայն դուրս տալու շրջանի ընթացքում, այլ նույնիսկ մինչև դուրս տալու շրջանը նաև 5 օրվա ընթացքում, սկսած ցանր երևալու պահից: Այս տեղեկությունները չափազանց անհրաժեշտ են լինում սերոպրոֆիլակտիկան կազմակերպելու ժամանակ:

Սերոպրոֆիլակտիկան պահանջում է շտապփույթ գործադրություն, այսինքն՝ արագաշարժություն և շտապողականություն: Նույնիսկ, եթե բժշկի ձեռքի տակ շիճուկ չկա, հարկավոր է երեխայի ծնողներից արյուն վեցցնել. ծնողների կամ ուրիշ մեծահասակների երակից շարիցի մեջ է վերցվում 50—60 խ. սմ. արյուն (սունվազն):

Հակակարմրուկային շիճուկը պետք է պահել մութ և հով տեղ (+ 20-ից մինչև +8, 10°):

ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐ ԿԱՏԱՂՈՒԹՅԱՆ ԴԵՄ

Կատաղությունը անբուժելի հիվանդություն է: Սակայն կատաղած կենդանիների կծածներին՝ չարելի է փրկել, գործադրելով քաղմաթիվ հեղինակների կողմից առաջարկած պատվաստումները կատաղության դեմ:

Վակցինայի պիտանիության ժամկետը ցույց է տրված պատվաստանյութի պիտակի վրա: Մոլորաբար նա ախտիվ է մնում մինչև 3—5 ամիս պայմանով, եթե պահվում է մութ և հով տեղ (+20 +80 +100):

Հակակատաղության պատվաստումն օգնում է կատաղած կենդանիների կծածներին, որպես ինվուբացիոն (գաղտնի) շրջանում գտնվածների: Բայց եթե կծվածի մոտ արդեն նկատվում են

կատարվողից նշաններ, վակցինան օգնել չի կարող: Ահա հենց այս պատճառով էլ անհրաժեշտ է կծվածների պատվաստումը կատարել կծելու առաջին օրը, կծելուց հետո առաջին օրերին, որքան ավելի ուշ ներարկվի վակցինան, այնքան ավելի պակաս հուսալի կլինի նրա էֆեկտը:

Պատվաստումը արվում է ենթամաշկային, որովայնի առջևի պատի շրջանում:

Պատվաստումների կուրսը սովորաբար տևում է 10-ից մինչև 30 օր, հայած կծվածքների տեղին և նրանց ծանրությանը:

Պատվաստումների մոտավոր գործադրումն ըստ պատվաստանյութի և սրկման ժամկետների

Վնասվածքի և բնույթը	Պատվաստումների քանակը (օրը)	Կրկնակի կրծվածք մինչև 6 ամիսը պատվաստումների 1-ին կուրսից հետո	Կրկնակի կրծվածք 6 ամիս անց պատվաստումների 1-ին կուրսից հետո	Պատվաստումների քանակը զուգահեռ
1. Թրստկու դեպք	10—15	Կրկնակի կուրսով		
2. Բազմանդամ խզումներ	15—20	Պատվաստումների քանակը զուգահեռ	Պատվաստումները ինչպես առաջին անգամ	Պատվաստվածների քանակը զուգահեռ
3. Կծվածքներ միջին ծանրության	20—25			
4. Կծվածքներ ծանր	25—30			

Իմունիտետի տևողությունը պատվաստումներից հետո 6—12 ամիս է:

Պատվաստումներից պետք է անցկացնել ոչ միայն անվիճելի, այլև բոլոր կասկածելի դեպքերում:

Ստորև բերում ենք մի սխեմա, որից երևում է, թե երբ պետք է պործադրել պատվաստումները:

Ամենից առաջ պետք է նշել, որ պատվաստումների նպատակն է, օգտվելով հիվանդության գաղտնի շրջանից, կծվածի օրգանիզմը անընդունակ դարձնել կատաղության մահացու թույնի նկատմամբ, մինչև կենտրոնական ներվային սխտեմի ախտահարումը:

1. Կենդանին հայտնի է, գտնվում է հսկողութան տակ: Կծելուց հետո անցել է 10 օրից պակաս:

2. Կենդանին սպանված է միայն կծելուց հետո. 10 օր չի անցել:

3. Կենդանին թաքնված է:

4. Կենդանին անհայտ է:

Այս բոլոր դեպքերում պատվաստումներ հարկավոր են:

5. Կենդանին 10 օր գտնվել է հսկողութան տակ:

ա) Սատկել է կատաղությունից:

բ) Սատկել է կասկածելի երևույթներով:

գ) Հիվանդացել է, բայց 10-րդ օրը դեռ կենդանի է:

Պատվաստումներ հարկավոր են ա և բ կետերում նշված դեպքերում:

Պետք է շարունակել հսկողութունը, եթե կենդանին սատկեց, պատվաստել կծածին:

6. Կենդանին 10 օր գտնվել է հսկողութան տակ, բայց առողջ է 10-րդ օրը: այդ դեպքում պատվաստումներ հարկավոր չեն:

Հակահրատաղության պատվաստումները կարելի է կազմակերպել մեր բոլոր շրջաններում:

ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐ ԲՄԱՎՈՐ ՏԻՖԻ ԴԵՄ

Թծավոր տիֆի դեմ (խնչպես և սուր աղիքային ինֆեկցիաների դեմ) արվող պատվաստումները չեն կարող փոխարինել այն սանիտարահիգիենիկ և հիմնական հակաէպիդեմիկ միջոցառումներին, որոնք տարվում են բծավոր տիֆի պրոֆիլակտիկայի և հիվանդության դեմ մղվող պայքարի գծով: Անհրաժեշտ է ընդգծել, որ բծավոր տիֆի էպիդեմիա մենք չունենք, սակայն մեր առաջ խնդիր է դրված՝ լրիվ կերպով վերացնել բծավոր տիֆի եղակը:

դեպքերը այս տարվա ընթացքում մեր երկրում: Այդ կարևոր խնդրի կիրառման գործում որոշ նշանակություն կունենան նաև պատվաստումները: Բժավոր տիֆի դեմ արվող պատվաստումն անընդունակ է դարձնում այդ հիվանդության նկատմամբ բնակչության ամենից ավելի սպառնալի կոնտինգենտին՝ բժշկական աշխատողներին, այն անձանց, որոնց աշխատանքը կապված է ճանապարհորդությունների հետ, արանսպորտի, բաղնիքների, լվացքատների, թատրոնների, կինոների, հանրակացարանների, հյուրանոցների և այլի աշխատողների հետ:

Հակաբժատիֆային վակցինան (որը ուս պրոֆ. Կլոնտովսկայայի առաջարկությամբ թույլատրված է ՍՍՌՄ Առողջապահության մինիստրության կողմից) իրենից ներկայացնում է սպանված բրձավոր տիֆի հարուցիչների կախով լուծույթում:

Վակցինան գործադրվում է մաշկի տակ երեք անգամ՝ 1-ին սրսկում, 5 օրից հետո՝ 2-րդ սրսկում, և 5 օրից հետո՝ 3-րդ սրսկում:

Դատելով մեր տվյալներից վակցինան էֆեկտավոր է. իմունիտետը պահպանվում է 8—12 ամիս, միայն ավելի կայուն՝ 6—8 ամիս: Հաջորդ տարվա համար պետք է կրկնել վակցինան:

ՊԱՏԱՍՏՈՒՄՆԵՐ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒՈՋԻ ԴԵՄ

Այն դիրքը, որ ներկայումս գրավել է պատվաստումը տուբերկուլոզի դեմ այնքան ամուր և հաստատուն է, որ այդ վակցինացիան որպես պրոֆիլակտիկ միջոց, լայնորեն արժատանում է մեր բժշկական պրակտիկայում:

Տուբերկուլոզի դեմ պատվաստումը պետք է համարել էֆեկտավոր:

Իրեն ամենից շատ արդարացրեց, ուստի և պրակտիկայում լայն ժողովրդականություն ստացավ այսպես կոչված բեցեժե վակցինան, այսինքն՝ տուբերկուլոզային միկրոդերմից պատրաստված վակցինան, որի վնասակարությունը (վիրուլենտությունը) կայուն կերպով անվտանգ է դարձված 13 տարի՝ հետևողականորեն այն գնելով լաբորատոր պայմաններում — նրա համար անբարենպաստ միջավայրում: Այս վակցինայի անվնասակարությունը հաստատ-

ված է փորձնականում և մարդկանց վրա լայնորեն կիրառելու միջոցով:

Հակատուբերկուլոզային վակցինացիայի պետք է ենթարկել առավելապես նորածիններին:

Վակցինացիան սովորաբար գործադրվում է բերանի՝ ճանապարհով:

Վակցինացիան նորածիններին տրվում է նրանց կյանքի առաջին 10 օրը, ղեկավարվելով ստորև բերված աղյուսակի սխեմայով:

Վակցինայի բանակը ամեն անգամ ըն- դունելու համար	Կերակրելուց ինչըտն ժամա- նակ առաջ	Քանի օրական հասակում (ըն- դիվ օրեր)			Մանկություն
		3	5	7	
2. խ. ամ.	Կես ժամ առաջ, անոթի	4	6	8	Վակցինացիան կա- տարվում է ծննդա- տան մանկական սենյակում, ծթն նորածնի ծննդատանը մնալու ժամկետը կրճատ- վում է, եթե հարկ է լինում նրան դուրս գրել մինչև 3 ան- գամ վակցինացնելը, ապա 3-րդ անգամ վակցինացիան կա- րող է սալ մանկա- կան կոնսուլտա- ցիայի քույրը՝ նո- րածնի տանը:
2. խ. ամ.		5	7	9	
2. խ. ամ.					

Վակցինա տալու տեխնիկան պարզ է, քայց չնայած այդ պարզությունը, անհրաժեշտ է խստությամբ պահպանել տեխնիկան: Ինչպես միկրոբային մարմնիկներ պարունակող ուրիշ ամեն մի վակցինա, այս վակցինան ևս անհրաժեշտ է, որ յուրաքանչյուր երեխա ստանա սահմանված դոզան (ոչ ավելի, ոչ պակաս):

Չափանութիւնով խառնելով մոր կրօնքի կաթի հետ, վակցինան գդալով կամ պիպետէտկայով ամենայն դժուարութեամբ լցվում է հրէ-
խայի բերանը:

Տուբերկուլոզի դեմ վակցինացիան կատարվում է մանկական բժշկի անմիջական հսկողութեամբ, իսկ այնտեղ, որտեղ մանկա-
կան բժիշկը-բացակայում է, բժիշկ-մանկաբարձի հսկողութեամբ:

Մանկական կոնսուլտացիան ծննդատան տված տեղեկութեան հիման վրա, գործադրված վակցինայի քանակի և քանիբարձր անգամ լինելու մասին հաշվառում է տանում և հաշվառման հա-
մար մանկական կոնսուլտացիա մտած երեխայի դարգացման պատմության գործի վրա դնում է «վակցինացված է տուբերկուլո-
զի դեմ» շտամպը: Երկու ամսական հասակից սկսած, վակցինաց-
վածի հսկողութիւնը տարվում է մանկական կոնսուլտացիայի կողմից:

Ինչպես ցույց են տալիս մասնագետների դիտողութեանները, վակցինացիայի էֆեկտիւթիւնը պատվաստվածի կյանքի երկրորդ տարվա սկզբին մի քիչ նվազում է: Այստեղից բխում է երեխա-
ներին երկրորդ անգամ վակցինացնելու (ռեվակցինացնելու) անհր-
ժար շտամպութեւնը, հաշվի առնելով տուբերկուլոզային շրջապատում պայմանները և այլն: Երեխաների ռեվակցինացիան նպատակա-
հարմար է. նա մեծ նշանակութիւն ունի:

Այս տեսակետից ռեվակցինացիան, ըստ էպիդցիւցմունքների, շատ ցուցված է նաև մսուրների, մանկատների, դպրոցների, ֆար-
գործուանների, արհեստագործական ունամնարանների երեխաների մեջ:

Կրկնակի պատվաստման պետք է ենթարկել այն երեխանե-
րին, որոնք բացիլյար շրջապատից են, որոնք վակցինացիայի են-
թարկված են եղել ծնվելուց հետո (որպես նորածիններ—առաջին 10 օրվա ընթացքում ծնվելուց հետո), նրանք, ովքեր 10 ամսական և ավելի են ու առողջ: ☉

Պատվաստումների կրարելի է ենթարկել և այն երեխաներին, որոնց շրջապատում գտնվում են ակտիւ տուբերկուլոզով հիվանդ-
ներ, միայն բուժող բժշկի առաջարկութեամբ:

Մինչև պատվաստումներ անցկացնելը, երեխաներին անհրո-
ժեշտ է ենթարկել մանրակրկիտ բժշկական քննութեան:

եթէ երեխային պատվաստել են դիֆթերիայի, քուէնշի կամ դիֆտերիայի դեմ, տուբերկուլոզի դեմ պատվաստումները կարելի է կատարել որոշ ժամանակ անցնելուց հետո:

Կասկածից դուրս է, որ վակցինացիան մեզ չի ազատում պրոֆիլակտիկայի միջոցներն անցկացնելուց և այնպիսի միջոցառումներից, ինչպես երեխայի մեկուսացումը բացիլյար շրջապատից, այլ բժշկի կողմից օջախի մշակումը: Վակցինացիան և տուբերկուլոզի դեմ մասնագետների կողմից առաջադրված բոլոր մյուս միջոցառումները, պետք է ընթանան ձեռք-ձեռքի սոված:

ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐ ԺԱՆՏԱԽՏԻ, ՏՈՒԱՐԵՄԻԱՅԻ ԵՎ ԽՈՒՆԲԱՅԻ ԴԵՄ

Ժանտախտ հիվանդությունը, ինչպես նաև տուլարեմիան ու խոլերան խաղաղ վերացված են մեր երկրում: Այդ հիվանդությունները առանձնապես վտանգավոր հիվանդություններ են: Ժանտախտը, տուլարեմիան և խոլերան ներթափումս լայնորեն տարածված են մի շարք կապիտալիստական երկրներում, մասնավորապես դասվում են մի շարք կապիտալիստական երկրներում, մասնավորապես դասվում: Այդ երեք հիվանդությունները մեզ մոտ մինչև 1917—1920 թ. թ. նույնպես տարածված են եղել: Բայց շնորհիվ Սովետական իշխանության և սոսոլջապահական օրգանների կողմից ձեռք առնված արտակարգ միջոցառումների, մեզ հաջողվել է բուլարիան ազատվել այդ հիվանդություններից այնպես, ինչպես բնական ծաղկից և մի քանի այլ վարակներից:

Չնայած դրան, մենք միշտ պետք է հիշենք, որ արտասահմանում հիատուլոզ այդ վարակիչ հիվանդություններն ամեն բույս կարող են թափառել մեր հայրենիքը, երբ իր ժամանակին մեր կողմից հարկ եղած միջոցառումներ ձեռք չառնվին: Այդ հիվանդություններին դեմ ուղղված միջոցառումների շարքին են պատկանում նաև պրոֆիլակտիկ պատվաստումները: Բակ սովետական առողջապահության օրգանների կողմից պրոֆիլակտիկ պատվաստումներ են կատարվում այն դեպքերում միայն, երբ վտանգը մոտենում է մեր երկրի սահմաններին:

Ժանտախտի և տուլարեմիայի դեմ պատվաստումներ կատարելով, դուք են ածում այդ հիվանդությունների կենդանի միկրոօրգանները, որոնք բոլորովին սնվում են մարդու համար, բայց միևնույն ժամանակ անընկալություն (իմունիտետ) են տալիս:

Ինչ վերաբերում է խոչերայի դեմ պատվաստումներին, ապա այդ դեպքում կարելի է պատվաստել թե կենդանի և թե սպանված խոչերայի միկրոբները: Մեզ մոտ ընդունված է խոչերայի սպանված վակցինացիան:

Պատվաստումները ժանտախտի, տուլարեմիայի և խոչերայի դեմ կատարվում են հնթամաշկային: Սովորաբար այդ պատվաստումները կատարում են բժիշկները, որոշ դեպքերում սրսկումներ կարող են կատարել նաև բուժականները, միայն բժիշկի հսկողությամբ: Պատվաստումները խոչերայի դեմ կատարվում են նույն ձևով, ինչ ձևով կատարվում է որովայնատիֆի դեմ: Իսկ ժանտախտի և տուլարեմիայի դեմ պատվաստումները լուրահատուկ ձևով են կատարվում:

Հարկավոր է իմանալ, որ այս վարակիչ հիվանդությունների դեմ ուղղված պրոֆիլակտիկ պատվաստումները մեզ օժանդակում են միայն և այդ է պատճառը, որ պատվաստումները չեն կարող փոխարինել վերևում նշված երեք վարակիչ հիվանդությունների դեմ կիրառվող հայտնի հիմնական հակաէպիդեմիկ միջոցառումներին:

Պատ. խմբագիր՝ Հ. Ա. ԱՔՈՎՅԱՆ
Տեխն. խմբագիր՝ Հ. ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ
Կոնտրոլ սրբագրիչ՝ Հ. ՂԱԶԱՐՈՍՅԱՆ

Վ.Ֆ. 03014

Պատվեր N 551

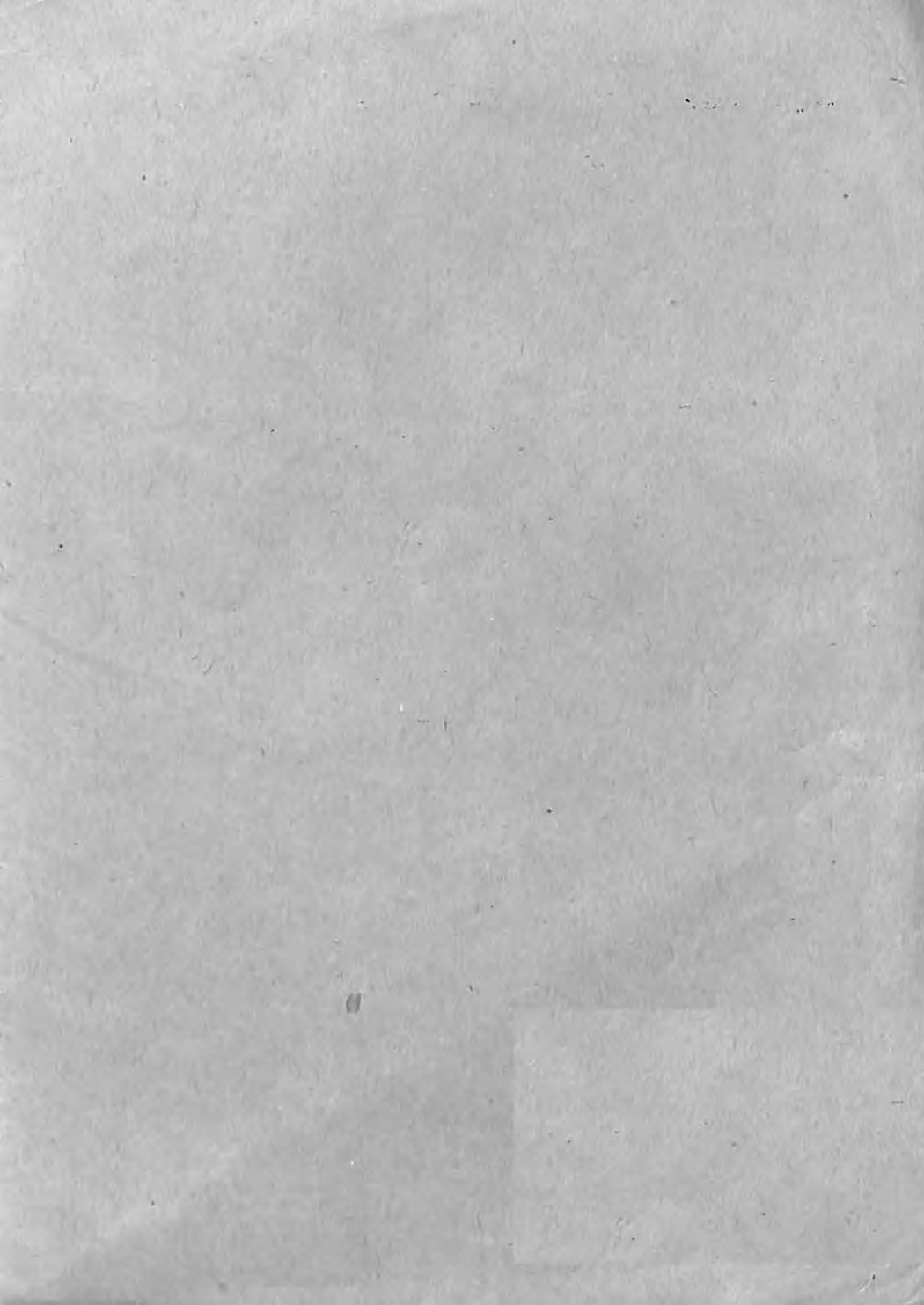
Տիրում 3000

Հանձնված է արտադրության 5/VII 1949 թ.

Ստորագրված է տպագրության 1949 թ.

Տպագրական 2 մամուլ

Հայպոլիգրաֆհրատի վարչության N 2 տպարան, Կոնստանցի N 86, Երևան:



9/11/11
PAGE 1 OF 1