

ԲԺՇԿԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Վ. Մ. ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ ԵՎ Մ. Ա. ՍԱՐԳՍՅԱՆ

Մոեկային լեյզմանիոզը հայտնաբերում

(Ներկայացրել է Լ. Ա. Հովհաննիսյանը 15 V 1946)

Հայաստանում մաշկային լեյզմանիոզի առաջին դեպքը հայտաբերվել է Մալարիայի և բժշկական պարագիտությունների ինստիտուտի կողմից 1938 թվին. Գորիսի շրջանի Շնուհայր գյուղում, 6 տարեկան մի երեխայի մոտ: 1939—40 թ. թ. Գորիսի շրջանի բնակչության մասնակի հետազոտումը հայտարարեց տեղական լեյզմանիոզի 64 դեպք: 1945 թվի ամառը, օգտվելով Գորիսում գտնվելու առիթից, մենք զբաղվեցինք նաև մաշկային լեյզմանիոզի ուսումնասիրությամբ:

Այս նպատակով մենք Գորիսում կատարեցինք մաշկային լեյզմանիոզի նկատմամբ կասկածելի հիվանդների ամբուլատոր ընդունելություններ, հետազոտեցինք մսուրը, մանկապարտեզը, մանկատունը, դպրոցները, կազմակերպեցինք բոկային այցեր: Այդ հետազոտությունը մեզ հնարավորություն տվեց հայտաբերել քաղաքի համարյա բոլոր լեյզմանիոզով հիվանդներին: Զուգընթացաբար մենք ձեռնարկեցինք շրջանի որոշ գյուղերի բնակչության և դպրոցների ուսումնասիրության, ընդգրկելով 12 գյուղ: Դրանցից 9 գյուղում (Տեղ կոչված ենթաշրջանից՝ 7, և այլ ենթաշրջաններից՝ Քարահունջ և Յայջի գյուղերում) լեյզմանիոզի դեպքերի մենք չհանդիպեցինք: Մնացած գյուղերում՝ Շնուհայր, Խոտ և Հալիձոր՝ հանդիպեցինք հիվանդության մի շարք դեպքերի և մեծ թվով անցյալում հիվանդացածների՝ ընտրող սպիներով:

Մեր հետազոտության ընթացքում շրջանում հայտաբերեցինք մաշկային լեյզմանիոզի 27 դեպք, որոնցից 14-ը միայն Գորիսում: Այդ հիվանդներից 25-ը վերջին տարիների ընթացքում Գորիսից և նրա շրջանից չէին հեռացել, իսկ 2-ը եկել էին Աշխարադից՝ մաշկային լեյզմանիոզով արդեն հիվանդացած:

Դիտելով № 1 աղյուսակը, ուր ներկայացված են հիվանդության դեպքերն ըստ գյուղերի, տեսնում ենք, որ մաշկային լեյզմանիոզը Շնուհայր, Խոտ և Հալիձոր գյուղերում 1939 թ. 6 անգամ ավելի է, քան 1945 թ.: Եթե սրան ավելացնենք, որ 1940 թ. Մալարիայի ինստիտուտը հայտաբերել է հիվանդության 6 նոր դեպք, այլև այն, որ մենք այդ գյուղերում ամենուրեք հանդիպում էինք սպիակիր մարդկանց, կհամոզվենք, որ 1938—39 թ. թ., հավանական է նաև դրանից առաջ, մաշկային լեյզմանիոզը

այդ գյուղերում մեծ տարածում է ունեցել: Հավանորեն բնակչության խոշոր մասը անցյալում հիվանդացած լինելով, այժմ հանդիսանում է իմուն կոնտինգենտ: Այդ է սլատճառը, որ վերահիշյալ գյուղերում հիվանդացածների մեծ մասը՝ 8 հիվանդից 7-ը երեխաներ էին, մինչդեռ Գորիսում, ընդհանրապես, 14-ից 11-ը մեծահասակներ էին: Այս հանգամանքը, նաև հիվանդության դեպքերի համեմատաբար շատ լինելը հիմք են տալիս ենթադրելու, որ Գորիսը հանդիսանում է մաշկային լեյշմանիոզի նոր օջախ: Մեր ենթադրությունը հաստատում է նաև № 2 աղյուսակը, որտեղից երևում է, որ հիվանդության դեպքերը Գորիսում սկսվել են 1942 թ.:

Աղյուսակ № 1

Համեմատական աղյուսակ Գորիսի քաղաքում հայտաբերված մուշկային լեյշմանիոզի դեպքերի

Վայրի անունը	Բնակչության թիվը	Հիվանդների թիվը	Նրանցից երեխաներ	Հիվ. թիվը 1939 թ.
1 Գորիս . . .	6468	14	3	—
2 Շնուհայր	1358	3	3	29
3 Խոտ . . .	696	3	2	13
4 Հալիձոր . .	599	2	2	7
5 Քարահունջ	1152	—	—	8
6 Տաթև . . .	1820	—	—	2
7 Տանձատափ	446	1	—	—
8 Խնձորենակ	2465	1	—	—
9 Գյորու . . .	322	1	—	—

Վերջին երեք գյուղերի վերաբերյալ՝ անցյալում հիվանդացածներից աղյուսակում բերված են միայն դպրոցականների քննության տրվյալները: Պետք է հնթադրել, որ Խնձորենակ և Կյորու գյուղերը (աղ. № 1) ևս հանդիսանում են մաշկային լեյշմանիոզի նոր օջախներ, որովհետև այդ գյուղերից հիվանդության դեպքեր նկարագրվում են առաջին անգամ:

Մեր հայտարարած 25 հիվանդներից 16-ի մոտ մաշկային լեյշմանիոզը գտնվում էր 3-րդ՝ լավացման, 9-ի մոտ՝ խոցոտման շրջանում: Որոշ դեպք հիվանդության սկզբնական շրջանում մենք չենք

Աղյուսակ № 2

Հիվանդության դեպքերը և անցյալում հիվանդացածներն ըստ ամսամեկի

Վայրեր	1937 թ.	1938 թ.	1939 թ.	1940 թ.	1941 թ.	1942 թ.	1943 թ.	1944 թ.	1945 թ.	Ընդամենը
Գորիս	—	—	—	—	—	2	3	11	6	22
Շնուհայր	2	2	10	6	—	8	1	—	3	32
Խոտ	—	—	3	1	3	—	3	3	3	16
Հալիձոր	—	4	3	—	—	1	—	—	2	10

դիտել: Սակայն բոլոր հիվանդներն էլ նշում են հիվանդության սկսվելը փոքրիկ թմբիկով, որը շատերը հասարակ պզուկի տեղ են ընդունել: Այնուհետև նրանք նկարագրում են թմբիկի աստիճանաբար մեծացումը, խորացումը հյուսվածքների մեջ, կարմրա-կապտավուն գունավորումը: Այսի միասման ութ դեպքերում ինֆիլտրատն այնքան է եղել մեծացած, որ փակել է աչքը՝ միասված կողմում: Հետագայում ինֆիլտրատն աստիճանաբար սկսել է ներծծվել, ուռուցքն իջնել և աչքը բացվել, երկու դեպքում եղջրենու վրա հետք թողնելով: Հիվանդները նկատել են կարմրա-կապտավուն

ուռուցքի թեփոտում և 3—6 ամսից խոցերի առաջացում: Մեկ դեպքում մենք դիտել ենք դեռ չթեփոտված 1,5—2,5 սմ չափերով կարմրա-կապտավուն ինֆիլտրատ: Առհասարակ միևնույն հիվանդի մոտ կարելի էր տեսնել չափազանց բազմազան պատկեր: Չանազան դարգացման ինֆիլտրատիվ հանգույցների կողքին տեսնում ենք խոցեր, ծածկված՝ դեղնավուն, հրբեմն գորշ-դեղնավուն կեղևով, առողջացող խոցեր, սպիներ, հրբեմն՝ փոքրիկ թմբիկներ: Ինֆիլտրատը բոլոր դեպքերում կարմրա-կապտավուն, սահմանափակ, թեփը սպիտակավուն: Երկու դեպքում հղել են միայն խոցեր՝ շուրջը հյուսվածքի ալոուցով: Խոցերը ծածկված են գորշ-դեղնավուն կեղևով. այն պոկելիս՝ շճային, թեթև արնախառն արտադրութուն: Խոցի հատակը դունատ-վարդագույն: Հիվանդներից 4-ի փնասվածքներն իրենց խառը պատկերով, թիթեռնիկաձև դասավորությամբ (քթի և այտերի վրա) և թմբիկներով հիշեցնում էին մաշկային գայլախտը: Ենթադրում ենք, որ դրանք մաշկային լեյշմանիոզի լյուպոիդ կոչված տեսակն են եղել: Վնասումները մեծ մասամբ դեմքի վրա էին, քիչ դեպքերում՝ վերին վերջավորությունների: Մեծ մասամբ հանդիպում էր մեկ փնասում, քիչ դեպքերում՝ երկու, և ավելի քիչ՝ երեք: Լնհանրապես խոցերը ցավոտ չէին:

Ըստ ամիսների հիվանդանալու ժամկետը մեծ մասամբ ընկնում է վաղ գարնանը, ընդհանուր առմամբ հիվանդացումները եղել են տարվա բոլոր ամիսներին և տևել են $1-1\frac{1}{2}$, երբեմն 2 տարի:

Բոլոր դեպքերում խոցերից (բացի լավացման շրջանում գտնվածներից) մենք վերցրել ենք քսուկներ, ներկել ըստ Գիմզա-Ռոմանովսկու և ճշտել դիագնոզը, հայտաբերելով *Leishmania tropica* պարազիտը: Միայն մեկ կլինիկոսն տիպիկ դեպքում պարազիտներ մեզ չհաջողվեց հայտաբերել: Չորս դեպքում աչքի էլ ընկնում պարազիտների խոշոր քանակությունը:

Այսպիսով, երկարատև ինկուբացիան, առաջնային թմբիկի առկայությունը, ինֆիլտրատի ուշ քայքայվելը, փնասման տարրերի քիչ լինելը, հիվանդության երկարատևությունը և, վերջապես, ցավի բացակայությունը բերում են այն եզրակացության, որ Գորիսում մեր հայտաբերած դեպքերը վերաբերում են մաշկային լեյշմանիոզի չոր կամ ուշ խոցոտվող տիպին:

Գրականության մեջ մաշկային լեյշմանիոզի բուժման վերաբերյալ առաջարկված են անսահման շատ միջոցներ, որոնց մեծ մասը լավ արդյունք է տալիս 3-րդ շրջանում, երբ խոցը ռեգրեսի հակում ունի: Ատեր-րինի լուծույթի սրսկումները, որ առաջարկված է Flarer-ի կողմից, ընդհակառակը, լավ է ազդում հիվանդության սկզբնական շրջանում: Ըստ Թուրքմենիայի Վեն. ինստիտուտի նախնական հաղորդման տվյալների (1940 թ.)՝ ակրիխինի 3--5%-ոց լուծույթի սրսկումները վիժեցնում են պրոցեսը նախնական թմբիկի շրջանում, տալով 100% առողջացում: Մինչդեռ ինֆիլտրատի և խոցի շրջանում նրանք ստացել են բավարար էֆեկտ:

Մենք 8 հիվանդի փորձեցինք բուժել ակրիխինի 5%-ոց լուծույթով՝ սրսկելով այն խոցի շուրջը և ինֆիլտրատի մեջ: Միայն երկու դեպքում մենք սրսկումները կրկնեցինք: Մինչև բուժումն սկսելը հիվանդության տևականությունը 3 ամիս էր 1 դեպքում, 5 ամիս՝ 3, 8-ից ավելի՝ 2 և 1 տարի՝ 2 դեպքում: Բոլորի մոտ էլ հիվանդությունը գտնվում էր ծաղկման, զարգացած ինֆիլտրատի և խոցոտման շրջանում: Այդ պատճառով էլ

հյուսվածքի լավ հագեցում (imbibitio) ակրիխինի լուծույթով չէր հաջողվում ստանալ, որովհետև սրակած լուծույթը շատրվանի նման խփում էր խոցի պնջքերից: Սրակումից հետո և հաջորդ օրերում գործ էինք ածում ակրիխինի 1 կամ 3⁰/₀-ոց սպեղանի: Ակրիխինի սրակման հաջորդ օրը այտուցը զգալի չափով մեծանում էր, ինֆիլտրատը գունատվում, սակայն 2—3 օրից սկսում աստիճանաբար ներծծվել և լավանալ: Մեկ հիվանդի, որի ձախ աչքի անկյունի մոտ կար 1,5—2 սմ չափերով խոց, բուժել ենք միայն ակրիխինի 3⁰/₀-ոց սպեղանիով և ստացել առողջացում:

Արյան ընդհանուր մորֆոլոգիական քննությունը, թրոմբոցիտների և ռետիկուլոցիտների հաշվումը ցույց տվին, որ բուժումից առաջ և հետո արյան պատկերում առանձին փոփոխություններ չկան: Առհասարակ նկատվում է էրիթրոցիտների նստման սրագության բարձրացում (16—40 մմ) և էոզինոֆիլիա (8—25⁰/₀ սահմաններում): Կոնտրոլ խմբի հետազոտությունը պարզեց, որ նույն փոփոխությունները նկատվում են և առողջ տեղացիների մոտ: Երկու խմբերի էլ կղանքի քննությունից երևաց, որ բոլորը վարակված են մեկ կամ մի քանի տեսակ որդերով, որով հավանորեն կարելի է բացատրել էոզինոֆիլիան:

Դիտողության ժամանակամիջոցը և բուժումը տևել է ամենաերկարը՝ 28, ամենակարճը՝ 12, միջինը՝ 16,5 օր: Մեր 8 հիվանդներից 4-ի մոտ ստացվել են նուրբ և կոսմետիկ սպիներ, լավացել են 3-ը, ելքը հայտնի չէ մեկ դեպքում: Լավացում համարել ենք այն դեպքերում, երբ ստացել ենք ինֆիլտրատի և կարմրության պակասում, խոցի փոքրացում: Որովհետև էքսպեդիցիան մեկ ամսից վերադարձավ, մենք հնարավորություն չունեցանք բուժումը շարունակել մինչև վերջը և լավացման դեպքերում պետք է համարել, որ բուժումը մնացել է թերի: Ռեցիդիվների մասին ոչինչ չենք կարող ասել, քանի որ դիտողության ժամանակամիջոցը չափազանց կարճ էր:

Այսպիսով, մեր հետազոտությունը և անցյալի տվյալները ցույց են տալիս, որ Գորիսի շրջանը հանդիսանում է մաշկային լեյշմանիոզի օջախ: 1945 թվի ուսումնասիրությունը պարզեց, որ մաշկային լեյշմանիոզն այս շրջանում տարածվելու հակում ունի և ընդգրկում է նոր վայրեր: Մաշկային լեյշմանիոզի լայն ուսումնասիրությունը հանդիսանում է հերթական պրոբլեմ՝ այդ ինֆեկցիայի տարածումը Գորիսի շրջանում կանխելու և լիկվիդացիայի ենթարկելու համար:

Մալարիայի և բժշկական
պարազիտոլոգիայի ինստիտուտ
Երևան, 1946, մայիս:

В. М. Карапетян и М. А. Саркисян

Кожный лейшманиоз в Армении

Экспедиция Института малярии и мед. паразитологии летом 1945 г. при обследовании населения некоторых населенных пунктов Горийского района обнаружила 25 местных случаев кожного лейшманиоза. Выяснилось, что Шинуайрский подрайон является старым очагом к. л., а в Горисе, Хндзoresке и Кёру инфекция зане-

сена сравнительно недавно, т. к. первые случаи отмечаются с 1942 года. Клинические данные (длительная инкубация, наличие первичного бугорка, поздний распад инфильтрата, малое число поврежденных элементов, длительное течение заболевания) говорят за то, что выявленные случаи относятся к сухому, поздно-изъязвляющемуся типу кожного лейшманиоза.

Проведенное лечение больных (в разгаре болезни) местными инъекциями 5% раствором акрихина и акрихиновой мазью в 7 случаях, и только акрихиновой мазью в одном случае, дало хороший эффект; полное излечение с образованием нежного рубца получено в 4-х случаях, улучшение в 3-х, и исход неизвестен в одном случае.

V. M. Karapetian and M. A. Sarkisian

Skin-leishmaniosis in Armenia

The expedition of the Institute for Malaria and Medical Parasitology Research when medically inspecting some populated places detected among the inhabitants of the Goris District 25 local cases of skin-leishmaniosis. The Shinuhair sub-district appeared to be an old nidus of skin-leishmaniosis, while to Goris, Khndzoresk and Keru the infection was imported rather recently, as the first cases were recorded only beginning from 1942. Clinical data have shown that the recorded cases refer to a dry type of skin-leishmaniosis with a delayed ulceration.

The carried out treatment (at the climax of the disease) by means of local injections of 5% acrichine solution and acrichine ointment in 7 cases and only of an acrichine ointment at one case gave a good result. A full recovery with the formation of a skin scar was attained in four cases, an improvement in three cases and the result in one case being unknown.

