

Ա. Լ. ԱՍՏԱՔԱՅՅԱՆ

ՔՈՒԹԵՇԻ ԷՊԻԴԵՄԻՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԲՆՈՐՈՇ ԿՈՂՄԵՐԻ ՄԱՍԻՆ
(ՀԱՅԿԱԿԱՆ ՍՍՌ ՆՅՈՒԹԵՐՈՎ)

Վերջին տարիների ընթացքում ձեռք են բերվել մեծագույն հաջողություններ քութեշի ուսումնասիրման և նրա դեմ տարվող պրակտիկ պայքարի ապարեզում: Ներկայումս քութեշը դադարել է վտանգավոր և նենգ հիվանդություն լինելուց: Գործնականորեն քութեշային մահացությունը այժմ հասել է համարյա թե զերոյի, իսկ նրանից առաջացած բարդությունները շատ շնչին թվերով են արտացոլվում:

Այս ամենը անշուշտ մեծ չափով կախված է մանկական բնակչության կյանքի, տնտեսական պայմանների բարելավումից և ձեռնարկվող հակահամաճարակային միջոցառումներից: Մի շարք տարափոխիկ հիվանդությունների լրիվ վերացումը և որոշ այլ հիվանդությունների խիստ նվազեցումը իր ունակ արտացոլումն է գտել ժողովրդական տնտեսության զարգացման 7 ամյա պլանում, որը հաջողությամբ կենսագործվում է, սակայն նշված հաջողությունները չի կարելի համարել բավարար, քանի որ քութեշը շարունակում է մնալ որպես մանկական տարածված հիվանդություններից մեկը և վարակիչ այս հիվանդությունը ավելի խորը և մանրակրկիտ ուսումնասիրման կարիք ունի:

Քութեշի վերաբերյալ տարվող հետազոտությունները և նրա դեմ պայքարի ավելի էֆեկտիվ միջոցառումների որոնումները շեն կորցնում իրենց նշանակությունը և պահպանում են իրենց լրիվ արդիականությունը, նրա էտիոլոգիայի, պաթոգենեզի, իմունիտետի և ակտիվ պրոֆիլակտիկայի հետազոտումն ուսումնասիրման բնագավառներում:

Առաջին անգամ 1911 թ. Կանտակուզենը [6], իսկ նրանից հետո նաև Բերնհարդը [3] հաղորդեցին, որ նրանց հաջողվել է էքսպերիմենտալ ճանապարհով ցածրակարգ կապիկների, ճագարների և ծովախոզուկների մոտ առաջացնել ախտաբանական երևույթներ, որոնք նմանվում էին մարդու քութեշ հիվանդությանը: 20-ական թվականներին քութեշի էտիոլոգիային նվիրված աշխատանքներ հրապարակեցին Դի-Կրիստինան, Կարոնին և Սինդոնին, որոնց համաձայն փոքր անասնորք դիպլոկոկկերի միջոցով հեղինակներին հաջողվել էր էքսպերիմենտալ քութեշ առաջացնել ճագարների և ոչ մեծ թվով երեխաների մոտ: Զլատոգորովի և նրա աշխատակիցների կողմից քութեշով հիվանդներից նույնպես անջատվեցին մանրէներ, որոնք իրենց հատկություններով նման էին վերը նշած դիպլոկոկկերին:

1934 թ. Իմամուրան, Օնոն, Էնդոն և Կավամուրան [10] հայտնեցին, որ նրանց հաջողվել է էքսպերիմենտալ ճանապարհով ճագարներից անջատել քութեշի վիրուսը: Սակայն այդ աշխատանքները մի շարք այլ հետազոտողների կողմից չհաստատվեցին: Լյոֆֆերը առաջին անգամ 1882 թ. միտք էր հայտնել այն մասին, որ քութեշի առաջացման մեջ դեր է խաղում ատրեպ-

տոկոկը, որը քութեշով մահացածների բկանցքից, արյունից և օրգաններից նա անջատել էր: Խոշոր նշանակություն ունեցան քութեշի ժամանակ ստրեպտոկոկի դերի ուսումնասիրման ասպարեզում Գաբրիշևսկու և Սավչենկոյի աշխատանքները: Հետագայում ստրեպտոկոկային թեորիան ստացավ իր լրիվ խատանքները: Հետագայում ստրեպտոկոկային թեորիան ստացավ իր լրիվ հաստատումը Դիկ ամուսինների (1923—1925) աշխատանքներում [9]: Նրանք հայտնեցին, որ հեմոլիտիկ ստրեպտոկոկը, որը օժտված է տոքսին առաջացնելու հատկությամբ, հայտնաբերվում է քութեշի ժամանակ 98 տոկոս դեպքերում: Նրանց կողմից առաջարկված միջմաշկային փորձը հնարավորություն է տալիս մտածելու տվյալ օրգանիզմի քութեշի հանդեպ ունեցած բնկալուծյան մասին: Դիկ ամուսինների հիմնական դրույթները հաստատվեցին բազմաթիվ հետազոտողների կողմից՝ «Խրուշչովա, Լեինա և Տետելբաում, Խասկինա-Մունդեր, Սոլնցևա և Սմիրնովա, Գրունն Գրիֆից [1, 2, 7, 8], Ալիսոն և Գրունն, Կոդամա (իր աշխատակիցներով և ուրիշներ):

Վերջին տարիներին առաջ քաշված նոր հիպոթեզի համաձայն քութեշն առաջացնող էտիոլոգիական գործոնների մեջ նշանակություն է տրվում թեյուրահատուկ վիրուսին և թե հեմոլիտիկ ստրեպտոկոկին: Ենթադրվում է, որ դրանց փոխադարձ համագործակցությունն և ներգործությունն է պայմանավորում քութեշային կլինիկան: Փորձնական հետազոտություններով հիմնավորված այս տեսակետը ևս, հավանաբար, կարիք ունի հետագա ստուգման և ճշտման:

Քութեշը մանկական տարիքի հիվանդություն է, որով հիվանդանում են առավելապես երեխաները, չնայած բացառված չեն քութեշի եզակի դեպքեր նաև մեծահասակների մոտ: Մանուկներից քութեշով ամենից շատ հիվանդանում են 1—6 տարեկան երեխաները: Աստիճանաբար, տարիքի բարձրացման հետ մեկտեղ, նվազում է նաև հիվանդացման հաճախականությունը: Այն փաստը, որ քութեշով հիվանդանում են միայն երեխաները, պետք է բացատրել նրանով, որ մեծահասակները օժտված են անընկալությամբ (իմունիտետով), որը առաջ է եկել կամ մանկական հասակում կրած հիվանդությունից, կամ էլ գաղտնի (լատենտ)՝ իմունացման պատճառով:

Ընդհանրապես քութեշով հիվանդացության կորագծերի ուսումնասիրման ժամանակ, որոնք ցուցադրում են մի շարք տարիների ընթացքում հիվանդության տարածման պատկերը, նկատվում է սեզոնականություն և որոշակի պարբերականություն: Երկար տարիների քութեշային կորագծին սովորաբար բնորոշ են հիվանդացման ալիքի պարբերական բարձրացումները: Դրանում կարելի է համոզվել նաև մեր մշակած նյութերից, որոնք վերաբերում են վերջին 13 տարիներին Հայկական ՍՍՌ, Երևան, Լենինական և Կիրովական քաղաքների բնակչության քութեշով հիվանդացությանը: Քութեշ հիվանդության էպիդեմիկ ալիքները, մեծ մասամբ բացատրվում են շփման հասցած մանկական կոնտինգենտի պարբերաբար ավելացումով, կամ ինչպես այլ կերպ ընդունված է անվանել «այրվող նյութի» կուտակումով: Մեր կողմից ուսումնասիրված տվյալները շատ բնորոշ ձևով ցույց են տալիս, որ քութեշային էպիդեմիկ պրոցեսի պարբերականությունը Հայկական ՍՍՌ-ում արտահայտվում է ամեն 3—4 տարին մեկ անգամ, այդ իսկ պատճառով էլ յուրաքանչյուր հիվանդացման ալիքի բարձրացումից հետո նկատվում է նրա իջեցում մինչև բնկալ օրգանիզմների հաջորդ կուտակումը: Ինչպես վերը նշեցինք քութեշին յուրահատուկ է նաև սեզոնականությունը: Զի ժխտվում այն փաստը, որ քութեշը լի-

նում է տարվա բոլոր եղանակներին, ամենաքիչը՝ ամառային ամիսներին: Մեր պայմաններում պետք է հատկապես ուշադրության արժանացնել այն, որ քութեշով հիվանդացման աճ լինում է աշնանային-ձմեռային ամիսներին (սեպտեմբեր-դեկտեմբեր): Այս երևույթը կարելի է բացատրել մանկական կոլեկտիվների ինտենսիվ շփմամբ, որը տեղի է ունենում փակ շենքերում, դպրոցական պարապմունքների ժամանակաընթացքում: Ինչպես հայտնի է կլիմայական պայմանների կտրուկ փոփոխությունները հատկապես նկատվում են աշնանային ամիսներին, քանի որ օդի ջերմաստիճանը տալիս է մեծ տատանումներ և բարձրանում է օդի հարաբերական խոնավությունը, այս վերջիններս հանդիսանում են զրդապատճառ երեխաների մոտ վերին շնչական ուղիների բորբոքային երևույթների հաճախացման և որոնք նպաստավոր ձևով են ներգործում միկրոբային գործոնի ակտիվացմանը և նրա ներթափանցմանը մակրոօրգանիզմ:

1951—1952 թթ. ինտենսիվ ցուցանիշը յուրաքանչյուր 10.000 բնակչին կազմում էր համապատասխանորեն 20,5 և 20,2: 1952 թվականից հետո ընկած ժամանակաշրջանում, քութեշով հիվանդացումը ռեսպուբլիկայի մասշտաբով եղել է ոչ բարձր թվերի վրա մինչև 1957 թվականը, որի ընթացքում ինտենսիվ ցուցանիշը չի գերազանցել 16,6-ից: Բավականաչափ բարձրացավ քութեշով հիվանդացումը մեր ռեսպուբլիկայում ինչպես նաև նրա խոշոր քաղաքներում 1958 թվականին: Հիվանդացման ինտենսիվ ցուցանիշը այդ տարեթվերին մեր ռեսպուբլիկայի մասշտաբով հավասարվում է 26,6-ի, ուստի կարիք է զգացվում որոշ չափով կանգ առնել այդ տարվա հիվանդացության վրա:

1958 թվականին ռեսպուբլիկայի մասշտաբով քութեշով հիվանդացման աճը նախորդ տարվա համեմատ կազմել է 2,5 անգամ: Մի շարք քաղաքներում նույնպես նկատվել է հիվանդացության աճ—Երևանում, Լենինականում և Կիրովականում հիվանդացության ինտենսիվ ցուցանիշները համապատասխանաբար արտահայտվում են հետևյալ թվերով՝ 48,5%, 47,9% և 49,7%: Որոշակի հետաքրքրություն է ներկայացնում նաև քութեշի սեզոնայնությունը, որի վերաբերյալ մեր ուսումնասիրության արդյունքները ներկայացվում են ստորև բերվող աղյուսակում:

Քութեշով հիվանդացման շարժումը 1951—1963 թ.թ. ըստ ամիսների (% օ/օ տարեկան գումարից)

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Երևան	11,2	8,2	8,2	6,1	7,1	6,4	4,5	5,2	9,9	12,1	11,4	9,7
Լենինական	11,8	9,8	8,9	6,0	5,1	5,1	5,1	7,4	9,7	12,5	9,8	8,8
Կիրովական	9,8	10,0	9,6	9,1	6,0	4,7	7,2	9,3	7,5	8,6	10,4	7,8

Ինչպես երևում է վերը բերված աղյուսակից քութեշային ինֆեկցիային բավականին բնորոշ է աշնան-ձմեռային սեզոնայնությունը, որի հետևանքով սեպտեմբեր-դեկտեմբեր ամիսներին արձանագրված դեպքերի թիվը կազմում է տարեկան հիվանդացման 48,6%-ը: Այդպիսի օրինաչափություն դիտվում է նաև Երևան, Լենինական, Կիրովական քաղաքներում: Բարձր հիվանդացություն է դիտվել հատկապես Երևան քաղաքում, որը տալիս է ռեսպուբլիկական թյուն է դիտվել հատկապես Երևան քաղաքում, որը տալիս է ռեսպուբլիկական հիվանդացության 55,4%-ը:

Հիվանդացությունը մեծ մասամբ ընթացել է թեթև և առանց արտահայտված երևույթների: Հիվանդների տարիքային կազմի ուսումնասիրությունը ցույց է տվել, որ ախտահարվել են 1-ից մինչև 20 տ. հասակ ունեցողները: Բարձր հիվանդացում է նկատվել հատկապես 5—10 տ.-ի մոտ (48,0%), իսկ 2—5 տ. հասակը կազմել է բոլոր դեպքերի 40,0%-ը: Համեմատաբար հիվանդացության ցածր ցուցանիշներ են տվել մինչև 1 տ. և 11-ից մինչև 20 տ. հասակը (բոլոր դեպքերի 12%-ը):

Քուլեշով հիվանդացության կտրուկ վերելքը 1958 թվականին հավանաբար, հետևանք է հանդիսացել մի կողմից այն բանի—որ հիվանդությունը ընթացել է առանց ակնհայտ կլինիկական սիմպտոմների, քուլեշով տառապողները թողնվել են տնային պայմաններում, առանց մեկուսացման ռեժիմի ճիշտ պահպանման, որից էլ ուժեղացել է շփումը առողջ կոնտիզենտի հետ: Մյուս կողմից նշանակություն է ունեցել նախորդ տարիների հիվանդացության ցածր մակարդակը և անցած ժամանակաշրջանում բնակչության մեջ ընկալ շերտավորում է կուտակվել:

Քուլեշով հիվանդացման դինամիկայի ուսումնասիրման մեջ հատկանշական է այն, որ սկսած 1958 թվականից մինչև այժմ, հիվանդացման կորագիծը տալիս է կայուն իջեցում: 1960 թվականին ինտենսիվ ցուցանիշը կազմում է 9,9%, իսկ 1961 թվականին 8,9%: Հիվանդացման տեսակարար կշիռը ավելի բարձր է քաղաքներում, քան թե գյուղական վայրերում: Քաղաքում այն կազմում է 53%, այդ թվում միայն երեւանում 38,2%: Ըստ տարիքի 1961 թվականին հիմնականում հիվանդացել են 1—4 տ. երեխաներ, որը կազմում է ընդհանուր հիվանդացման 58%-ը: Հիվանդացածների 36%-ը կազմում էին այն երեխաները, որոնք հաճախել են մանկական հիմնարկներ և այդ դեպքերի մեծ մասը արձանագրվել են երևան և Լենինական քաղաքներում (47,6% և 18%):

Անհրաժեշտ է նշել այն փաստը, որ իր ժամանակ որոշ հեղինակների կողմից առաջարկված քուլեշի մասսայական պարտադիր հոսպիտալացման հարցը իրեն շարդարացրեց և այն 1956 թվականից հետո վերացվեց: Չնայած մի քանի տարիներ շարունակ, համաձայն գոյություն ունեցող հրամանի այդ հիվանդները մեր ռեսպուբլիկայում պարտադիր կարգով չեն հոսպիտալացվում, այնուամենայնիվ ինչպես մենք տեսնում ենք ստացած տվյալներից, հիվանդացման կորագիծը սկսած 1958 թվականից տալիս է զգալի իջեցում և եթե ինտենսիվ ցուցանիշը 1958 թվականին ռեսպուբլիկայում յուրաքանչյուր 10.000 բնակչին կազմում էր 26,6, ապա այն 1961 թվականին կազմում էր 8,9 1962 թ. 6,6 իսկ 1963 թվականին 6,4, այսինքն հիվանդացումը նվազել է մոտավորապես 4 անգամ:

Հետագա դիտողությունները հավանաբար ցույց կտան, թե արդյոք մենք գործ ունենք միջէպիդեմիկ ժամանակաշրջանի հետ, թե այն, որ հիվանդների հոսպիտալիզացիան էական նշանակություն չունի քուլեշի դեմ պայքարի միաջատար միջոցառումների շարքին:

Քուլեշով հիվանդների հոսպիտալիզացիան ընդհանրապես նպատակ ունի իկվիդացնելու այն բարդությունները, որոնք կարող են առաջ գալ մանկական հասակում (օտիտ, մաստոիդիտ և այլն), այդ իսկ պատճառով այդ ժամկետները բազմաթիվ կլինիկական դիտողություններից հետո աստիճանաբար

Հասցվեցին մինիմալ տևողության. օրինակ՝ մինչև 1930—1933 թթ. քուլեշով
հիվանդներին մեկուսացնում էին ստացիոնարներում 6 շաբաթ տևողությամբ,
իսկ բարդությունների ժամանակ նույնիսկ ավելին:

1950-ական թվականների սկզբներին, քանի որ անտիբիոտիկ պրեպարատների օգնությամբ հնարավոր եղավ ավելի շուտ ազատվել ստրեպտոկոկերից, մի շարք մանրակրկիտ կլինիկական դիտողություններից հետո, տարբեր հեղինակներ եկան այն եզրակացության, որ հիվանդներին կարելի է դուրս գրել 20—25 օրից հետո, իսկ հետագայում այդ ժամկետը հասցվեց 12—17 օրի և վերջապես մեր Միության որոշ հիվանդանոցներում կլինիկական և էպիդեմիոլոգիական դիտողություններից ելնելով, եկան այն եզրակացության, որ հոսպիտալիզացիայի ժամանակամիջոցը բավական է մինչև 7—10 օր: Մասնավորապես Չեխոսլովակիայում, ստացված են բավականին արդյունավետ տվյալներ, երբ հիվանդները պահպանվել են ստացիոնարում 5—7 օր: Այս պայմաններում քութեշով հիվանդը ենթարկվում է բուժման անտիբիոտիկներով և լրիվ կուրսը (5—7 օր) ստանալուց հետո, նա անմիջապես դուրս է գրվում: Սակայն նրանք 14 օր գտնվում են հսկողության տակ: Հստ Պրոխասկի և Կրեդբիի, այդպիսի բուժման մեթոդի ժամանակ մահաբերությունը լրիվ վերանում է: Անկողնային ռեժիմի տևողությունը ընդհանրապես որոշվում է հիվանդության ընթացքի յուրահատկությամբ: Մինչև վերջին տարիներս, քութեշով հիվանդին, անկախ նրանց հիվանդության ժանրության աստիճանից և ինքնազգացումից պահում էին ստացիոնարում 3 շաբաթից ոչ պակաս, ղեկավարվելով այն սկզբունքով, որ ինֆեկցիոն սրտի սինդրոմը 3-րդ շաբաթվա վերջում թուլանում կամ վերանում է: Վերջին տարիներին անց կացրած կլինիկական դիտողությունները քութեշի թեթև ձևերի ժամանակ, ցույց տվեցին, որ անկողնային ռեժիմի ավելի վաղ ընդհատումը ոչ թե վատացնում է, այլ լավացնում է երեխայի մոտ նրա էմոցիոնալ տոնուսը և բացասաբար չի անդրադառնում նրա սիրտ-անոթային սխտեմի վրա: Այս հանգամանքից ելնելով հիվանդը 8—10 օրից հետո, հաշված հիվանդության սկզբից, ազատվում է անկողնուց:

Քուլթեշի դեմ պայքարի և պրոֆիլակտիկայի միջոցառումները լիարժեք շեն կարող լինել այնքան ժամանակ, քանի դեռ վերջնականապես հայտնի չէ նրա էտիոլոգիան և չի լուծված սպեցիֆիկ իմունիզացիայի խնդիրը, ուստի այժմ հիմնական ուշադրությունը անհրաժեշտ է դարձնել հիվանդության էպիդեմիոլոգիական առանձնահատկությունների վրա, խորը կերպով ուսումնասիրության ենթարկելով յուրաքանչյուր ինֆեկցիայի օջախ՝ գոյություն ունեցող հակահամաճարակային միջոցառումներով կանխել այդ հիվանդության հետագա տարածումը:

Ճրեանի բժշկական ինստիտուտի
Հայկերեմիոլոգիայի ամբիոն

Umsatzjahr t. IX 1962 B.

А. Л. АСТАБАЦЯН

О ХАРАКТЕРНЫХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ СТОРОНАХ
СКАРЛАТИНЫ (ПО МАТЕРИАЛАМ АРМЯНСКОЙ ССР)

Р е з ю м е

Обобщение эпидемиологических данных скарлатины в Армянской ССР поможет нам разработать мероприятия по снижению и ликвидации в дальнейшем этого заболевания.

Скарлатина—преимущественно детское заболевание; взрослые обладают иммунитетом либо вследствие перенесения заболевания в детстве, либо благодаря скрытой иммунизации. Эпидемический и межэпидемический периоды заболеваемости скарлатиной наблюдаются закономерно с продолжительностью в среднем 3—4 года. Такая периодичность роста и падения заболеваемости обуславливается механизмом передачи инфекции, свойственным капельным инфекциям, при отсутствии надлежащих мер борьбы и профилактики этой инфекции.

Степень восприимчивости при скарлатине, равная по литературным данным 35—40%, отражает действительность, но без учета легких клинических форм скарлатины.

Анализ показывает, что у нас в республике скарлатиной в основном поражаются дети в возрасте от 1 до 5 лет (40%).

Сезонная заболеваемость скарлатиной связана с изменениями климатических условий, способствующих развитию инфекционного процесса, и с возрастающей степенью общения детей осенью (48,6% общегодовой заболеваемости приходится на осенне-зимние месяцы).

Сравнительно высокая заболеваемость скарлатиной в городах объясняется более частым контактом.

Отмена длительной госпитализации (изоляции) больных скарлатиной дала хороший результат (за последние 3—4 года заболеваемость значительно пала). Последующие наблюдения покажут, имеем ли мы дело в данном случае с явлением периодичности заболеваемости или с результатом влияния других эпидемиологических факторов.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Хаскина-Мундер Г. И., Солицева Л. Я. и Смирнова Е. И. Детские инфекции, 1951, 5.
2. Хрущова В. А., Левина А. В., Тетельбаум Ф. М. и др. Вопросы педиатрии и охраны материнства и младенчества, 1938, 3.
3. Bernhardt G. Experimentelle Untersuchungen über die Scharlachätiologie, Zbl. f. Bakt., 1911, 50.
4. Billandelle H. Beitrag zur Scharlachätiologie, Zschr. f. Hyg. u. Infektionskr., 1950, 4.
5. Bingel K. F. Neue Untersuchungen zur Scharlachätiologie, Dtsch. med. Wschr. 1949, 74, 22.
6. Cantacuzène J. et Bouciu O. Modifications subies par des bactéries autres que les

- streptoques au contact de produits scarlatineux filtrés. Compt. rend. Soc. de Biol., 1927, 96, 1443.
7. **Griffith F.** Types of haemolytic streptococci in relation to scarlet fever. I. Hyg., 1926, 25, 4, 385.
 8. **Grün J., Kikuth W.** u **Küster F.** Zur Scharlachätiologie. Zschr. Kinderheilk, 71, 34, 1952.
 9. **Dick G. F. a Dick G. H.** The etiology of scarlet fever. J. A. M. A., 1924, 82, 4, 301.
 10. **Yamamura O., Ono H., Endo T. a. Kawamura J.** Studies on the etiology of scarlet fever Jap. J Exper. Med., 1935, 13, 341.
 11. **Ráška K., Aldowa E., Ermakowa J. et Rotta J.** Mikrobiologická vyšetřování spály Soubor Prací o nové organisaci hospitalisace a léčni spály, 1949, 28.