

Ա. Ն. ԱՎԵՏԻԱՆ

ԵՐԵՎԱՆԻՄ ՈՐՈՎԱՅՆԱՅԻՆ ՏԻՖԻ ՀԻՎԱՆԴԱՑՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՏԵՐԻՏՈՐԻԱԼ
ՏՆՎԱՐԱՇԽՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ՄԻ ՔԱՆԻ ԱՌԱՆՁԱՀԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ձեռնարկված սանիտարա-համաճարակային և բուժպրոֆիլակտիկ միջոցառումների շնորհիվ վերջին տարիներին որովայնային տիֆը օրինաչափորեն նվազում է. նրա ինտենսիվ ցուցանիշը (100,000 բնակչի հաշվով) 1966 թվին 1960 թվի հետ համեմատած նվազել է 3,8 անգամ, իսկ տեսակարար կշիռը ընդհանուր ինֆեկցիոն հիվանդությունների շարքում 1962 թվի 1,4%-ից նվազել է և 1966 թ. հասել 0,4%-ի:

Միևնույն ժամանակ, պարատիֆային հիվանդության (պարատիֆ B) ինտենսիվ ցուցանիշը այդ ժամանակամիջոցում ավելացել է 2,8 անգամ, իսկ տեսակարար կշիռը ընդհանուր ինֆեկցիոն հիվանդությունների մեջ 1962 թ. 0,4%-ից բարձրացել է և 1966 թ. հասել 0,6%-ի:

Պարատիֆային հիվանդության տոկոսը տիֆ-պարատիֆային հիվանդությունների մեջ 1960 թվի 11,5%-ից 1966 թվին բարձրացել և հասել է 60%-ի:

Այսպիսի տեղեկեց է նկատվում նաև միուլթենական այլ հանրապետություններում, Մ. Վ. Նևսկու, Կ. Յու. Յուսուպովի և ուրիշների տվյալներով [1] Ուզբեկական ՍՍՀ-ում 1959 թվին պարատիֆերը կազմել են տիֆ-պարատիֆային հիվանդությունների 15%-ը, 1961 թվին՝ 20%-ը, 1964 թ.՝ 32,6%-ը: Նման վիճակ է նկարագրված նաև Բուխարայում (1966 թ.) Վ. Ի. Նվտուշենկոյի և Ա. Ա. Ալլանազարովայի կողմից [2]:

Այսպիսով, կատարված մանրակրկիտ էպիդեմիոլոգիական ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ որովայնային տիֆի ժամանակ առկա են էպիդեմիոլոգիական մի շարք առանձնահատկություններ, որոնք տարբերվում են պարատիֆ B-ի էպիդեմիոլոգիական առանձնահատկություններից: Այդ մասին են վկայում նաև նշված հիվանդությունների շարժման միանգամայն տարբեր տեղեկեցումները վերջին 6 — 7 տարիներին և տերիտորիալ տեղաբաշխվածությունը առանձնահատկությունները: Քաղաքի այն թաղամասերում, որոնք տարիներ շարունակ աչքի են ընկել որովայնային տիֆի հիվանդացության համեմատաբար բարձր մակարդակով, պարատիֆ B, ընդհակառակը, չի արձանագրվել, կամ արձանագրվել են եզակի դեպքեր: Եզրակացությունն այն է, որ այդ հիվանդությունները ունեն տարածման տարբեր օրինաչափություններ և պայմանավորված են տարբեր գործոններով (կաթ, կաթնամթերք, կանաչդեղն): Այս եզրակացությունը հաստատվում է նաև Երևանի բժշկական ինստիտուտի էպիդեմիոլոգիայի ամբիոնում կատարված հետազոտություններով:

Ուսումնասիրություններից միաժամանակ պարզվում է, որ որովայնային տիֆի տարեկան քանակի զգալի տոկոսը կազմում են խմբակային հիվանդությունները կամ սահմանափակ բռնկումները՝ կապված միաժամանակյա, կամ միևնույն ինկուբացիոն շրջանում տեղի ունեցած վարակումների հետ:

1957 — 1966 թթ. այդ տոկոսը տատանվել է 25 — 63-ի սահմաններում. 1957 թ. այն կազմել է 29%, 1958 թ.՝ 46,6, 1959 թ.՝ 51, 1960 թ.՝ 49, 1961 թ.՝ 37, 1962 թ.՝ 63, 1963 թ.՝ 44, 1964 թ.՝ 48, 1965 թ.՝ 36, 1966 թ.՝ 25%: Այսպիսով, 1958, 1960, 1964 թթ. հիվանդների մոտավորապես կեսը, իսկ 1959, 1962 թթ. կեսից ավելին արձանագրվել է խմբակային հիվանդությունների կամ բռնկումների ժամանակ: Այսպիսի երևույթ պարատիֆ հիվանդության ժամանակ այդ տարիներին չի արձանագրվել:

Առանձնահատուկ հետաքրքրություն են ներկայացնում դեպքերի տերիտորիալ տեղաբաշխման առանձնահատկությունները: Տարիներ շարունակ որովայնային տիֆի համեմատաբար բարձր հիվանդացություն է արձանագրվել Նոր Արեշում, Սարի թաղում, Նորքում, Արաբկիրում, Ալգեստանում, Հրազդանում, Շահումյան ավանում, Օրջոնիկիձեի և Հոկտեմբերյան պողոտաների որոշ հատվածներում, Աշափնյակում և այլուր: Իսկ պարատիֆային հիվանդություններ և հատկապես պարատիֆ B նշված թաղամասերում այդ տարիներին կամ չեն արձանագրվել, կամ արձանագրվել են առանձին դեպքեր: Բացառություն է կազմում 1966 թիվը: Նոր Արեշում 1957 թ. որովայնային տիֆի հիվանդացության ինտենսիվ ցուցանիշը միջին քաղաքային ցուցանիշին գերազանցել է երկու անգամ, 1958 թ.՝ 2,7, 1959 թ.՝ 1,6, 1960 թ.՝ 2, 1961 թ.՝ 2,4, 1962 թ.՝ 2,5, 1963 թ.՝ 2,1, 1964 — 1966 թթ.՝ 2 անգամ: Սարի թաղում 1957 թ. հիվանդացության ինտենսիվ ցուցանիշը միջին քաղաքային ցուցանիշին գերազանցել է մոտ 3 անգամ, 1959 — 1960 և 1962 թթ.՝ 1,5, 1963 թ.՝ 5, 7, 1965 թ.՝ 3,3 անգամ: Նորքում այդ ցուցանիշը միջին քաղաքայինին գերազանցել է 1957 թ.՝ 2, 1958 թ.՝ 2,3, 1959—1960 թթ.՝ 1,3—1,4, 1966 թ.՝ 2,8 անգամ, Արաբկիրում 1958 թ.՝ 2 անգամ, 1959 թ.՝ 1,3, 1960 թ.՝ 1,5, 1961, 1962, 1964 թթ.՝ 2,1, 2,3, 1965 թ.՝ 4 և 1966 թ.՝ 3 անգամ: Աշափնյակում (կենդանության խճուղի) 1962 թ. որովայնային տիֆի ինտենսիվ ցուցանիշը գերազանցել է միջին քաղաքայինին մոտ 3 անգամ: Նման վիճակ գոյություն ունի նաև մյուս թաղամասերում:

Նշված տարիներին այդ թաղամասերում արձանագրված որովայնային տիֆով հիվանդների ավելի քան 70%-ը մինչև 14 տարեկան երեխաներ են (հիմնականում տղաներ): Հատկանշական է նաև այն, որ նրանք միևնույն թաղամասի տարբեր փողոցներից են, որտեղ բացառվում է կենցաղային անմիջական շփումը հայտնաբերված բակտերիակիրների և նախկինում հիվանդացածների հետ: Խմբակային հիվանդությունները և սահմանափակ բռնկումները մեծ մասամբ նկատվել են ամառվա ամիսներին, առանձին դեպքերում՝ նաև ուշ աշնան և ձմռան ամիսներին: Պարատիֆ B-ի հիվանդացություն նկատվել է նաև այլ տերիտորիաներում, բայց չունի հասակային նման առանձնահատկություններ: Վերը նշված տերիտորիաների համար ընդհանուր են կոյուղացման ցածր տոկոսը, կառուցապատումը անհատական տներով, որոնք հիմնականում ապահովված չեն տնային ջրի ծորակներով և կոյուղացված զուգարաններով (օգտը վում են անհատական կամ ընդհանուր հորատիկ զուգարաններից). բնակչության զբաղվածությունը անհատական բանջարաբուծությամբ և այգեգործությամբ, և այդ նպատակի համար բաց ջրամբարների ջրերի ինտենսիվ օգտագործումը՝ երեխաների շփումը ոռոգման ջրերի և բաց ջրամբարների հետ՝ լողանալու և այլ ճանապարհներով. բաց ջրամբարների ջրերի մեծ կեղտոտվածությունը տնտեսաֆեկալ կեղտաջրերով. խմելու ջրի ծորակների զգալի հեռավորությունը առանձին բնակարաններից. ջրի սահմանափակ օգտագործումը:

տերիտորիայի և բնակչության ոչ լրիվ ընդգրկվածությունը մաքրմամբ և աղբահանությամբ (մոտավորապես 20—30%):

Եղրակացություններ.

1. Նշված տերիտորիաների սանիտարա-հիգիենիկ ոչ բարվոք վիճակը, բնակչության և հատկապես երեխաների ինտենսիվ շփումը բաց ջրամբարների ջրերի հետ, և վերջիններիս ինտենսիվ կեղտոտվածությունը տնտեսաֆեկալ կեղտաջրերով, երեխաների բարձր հիվանդացությունը, հիվանդության խմբակային բնույթը և սահմանափակ բռնկումների առկայությունը, կենցաղային շփման բացակայությունը բակտերիակիրների, նախկինում հիվանդացածների և միմյանց հետ (հատկապես ամառվա ամիսներին)՝ հիմք են տալիս վարակի տարածման հիմնական ուղին համարել տնտեսաֆեկալ կեղտաջրերով վարակված բաց ջրամբարների ջրերը:

2. Եթե որովայնատիֆի էպիդեմիոլոգիական առանձնահատկությունները պարզաբանված են բավական մանրակրկիտորեն, ապա պարատիֆերը և մասնավորապես պարատիֆ В-ն կարիք ունեն հետազա լայն և բազմակողմանի ուսումնասիրության:

3. Եթե սանիտարա-հակահամաճարակային միջոցառումների բարելավմանը ղուգընթաց տարեցտարի նկատվում է որովայնատիֆով հիվանդացության նվազեցման տենդենց, ապա այդպիսի օրինաչափություն չի նկատվում պարատիֆ В-ի էպիդեմիոլոգիայում:

4. Կոմունալ բնակարանային շինարարության աճը և բաց ջրամբարների կեղտոտման հետագա վերացումը որովայնային տիֆի անշեղ իջեցման կարևոր հրաշխիքներից մեկն են:

Երևանի քաղաքէպիդեմիոլոգիայի

Մտացված է 6/III 1968 թ.

С. Н. АВЕТЯН

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ БРЮШНОГО ТИФА В г. ЕРЕВАНЕ

Резюме

Брюшной тиф и паратиф в условиях города Еревана имеют разные эпидемиологические особенности.

Общие санитарно-противоэпидемические и лечебно-профилактические мероприятия, проводимые в последние годы против тифопаратифозных инфекций, оказались эффективными только для брюшного тифа, процент заболеваемости которого снизился, а паратифа В, наоборот, значительно повысился.

Высокая заболеваемость, ограниченные вспышки и групповые заболевания брюшным тифом наблюдались на неблагоустроенных территориях и участках, где имелся интенсивный контакт населения, особенно детей, с открытыми водоемами, неудовлетворительное водоснаб-

жение и низкий процент канализированной территории и неполный охват регулярной очисткой и вывозом мусора.

Паратиф В. на этих территориях либо не регистрировался, либо регистрировался в единичных случаях.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Невский М. В., Юсупов К. Ю., Леренпай М. Я., Котюминская Н. А. Материалы III выездной научной конференции по актуальным вопросам инфекционной патологии. М., 1966, стр. 47.
2. Евтушенко В. И., Алланазарова А. А. Материалы III выездной научной конференции по актуальным вопросам инфекционной патологии. Бухара, 1966, стр. 14.