

УДК 616.24—002—053.2

Ս. Ռ. ԻՐԱՅԱՆ

ԿՅԱՆՔԻ ԱՌԱՋԻՆ ՏԱՐՎԱ ԵՐԵՎԱՆԵՐԻ ԹՈՔԵՐԻ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄՆԵՐԸ
ԸՍՏ ԵՐԵՎԱՆԻ 4-ՐԴ ՄԱՆԿԱԿԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐԻ

Ինչպես ՍՍՀՄ-ում ընդհանրապես, այնպես էլ Հայաստանում տարեց-տարի մանկական մահացությունը հասցվում է նվազագույնի:

Դա բացատրվում է լայնորեն կիրառվող բուժական-կանխարգելիչ, սանիտար-լուսավորչական միջոցառումներով, ինչպես նաև մեր ժողովրդի նյութական-կուլտուրական մակարդակի բարձրացմամբ:

Երեխաների համար շարիք հանդիսացող պոլիոմիելիտը, դիֆթերիան, բուժելը, կապույտ հազը, թունավոր լուծերը նահանջել են կամ գտնվում են իրենց վերացման փուլում:

Ի հակադեպ այդ հիվանդությունների, վերջին տասնամյակի ընթացքում բավական հաճախացել է հիվանդացությունը թոքերի բորբոքումով: Ներկայումս մանկական հիվանդանոցներ ընդունված երեխաների մոտ 30%-ը տառապում է թոքերի բորբոքումով: Այդ տոկոսը ավելի բարձր է կրծքի հասակի երեխաների բաժանմունքներում և հասնում է մինչև 45—50%-ի:

Նկատի ունենալով այդ հիվանդության տարածվածությունը, ներկայումս նրա դեմ տարվում են լայն միջոցառումներ, ուսումնասիրվում են նրա առանձնահատկությունները կյանքի առաջին տարվա երեխաների մոտ, ինչպես նաև մշակվում են նորագույն բուժական միջոցառումներ:

Մեր հանրապետությունում ևս թոքերի բորբոքումը տարածված և վտանգավոր հիվանդություն է: Բայց նրա ուսումնասիրությունը, դժբախտաբար, առ այսօր էլ դեռևս պատշաճ բարձրության վրա չէ: Հրապարակի վրա եղած մի քանի աշխատանքները հիմնված են ոչ ծավալուն դիտողությունների վրա: Բացի այդ, մեր սլայմաններում դեռևս չեն ուսումնասիրված այդ հիվանդության սեզոնայնությունը, առանձնահատկությունները, ինչպես նաև մի շարք անբարենպաստ, նախահիվանդագին վիճակները (ոսխիտ, հիպոտրոֆիա, էքսուդատիվ դիաթեզ, խառը և արհեստական սնուցում և այլն), որոնք հող են ստեղծում թոքերի բորբոքումների համար:

Նլնելով դրանից, մենք սույն աշխատության մեջ նպատակ ենք ունեցել ընթերցողին ներկայացնել մեր դիտողությունների արդյունքները մինչև մեկ տարեկան 1500 երեխաների վրա, որոնք հիվանդանոց են ընդունվել թոքերի բորբոքման կապակցությամբ: Նկատի ունենալով դիտողությունների ծավալը, ցուցանիշները բերվում են տոկոսներով:

Վերլուծությունը ցույց տվեց, որ թոքերի բորբոքումով տառապող երեխաների 40,3%-ը եղել է մինչև 3 ամսական, 30,3%-ը՝ 4—6 ամսական, 18,5%-ը՝ 6—9 ամսական և միայն 10,9%-ը՝ 9—12 ամսական:

Այսպիսով, թոքերի բորբոքումով ավելի հաճախ հիվանդանում են կյանքի

առաջին 6 ամսվա ընթացքում (70,6%), ուստի տեղամասային բժիշկների ուշադրությունը հրավիրում ենք այդ հարցի վրա:

Ինչպես հայտնի է, որոշ հիվանդությունների բնորոշվում են սեզոնայնությամբ: Նման պատկեր նկատվում է նաև թոքերի բորբոքումների ժամանակ: Այսպես, հիվանդների 78,5%-ը հիվանդանոց են ընդունվել առաջին և երկրորդ եռամսյակների ընթացքում: Դա, ըստ երևույթին, բացատրում է ոչ միայն օդի հարաբերական խոնավության փոփոխմամբ ու մանկան օրգանիզմի դիմադրողականության անկմամբ, այլ նաև ռախիտի հաճախակի առկայությամբ ձմռան ամիսների ընթացքում:

Թոքերի բորբոքումների ընթացքի, բուժման և հաջող ելքի համար մեծ նշանակություն ունի հիվանդների վաղ մեկուսացումը հիվանդանոցներում: Փորձերը ցույց են տալիս [1, 3, 5], որ որքան երեխան շուտ է ընդունվում հիվանդանոց, այնքան լավ է բուժվում թոքերի բորբոքումը և այնքան ավելի նվազ են հանդիպում ձգձգված և խրոնիկական թոքաբորբերը: Ինչ վերաբերում է մեր դիտողություններին, ապա ափսոսանքով պետք է նշել, որ հիվանդների 72,6%-ը հիվանդանոց են ընդունվել հիվանդության 3-րդ օրվանից հետո: Սա, ինչ խոսք, բացասական ցուցանիշ է և չպետք է վրիպի մանկաբույժների տեսադաշտից:

Հայրենական և արտասահմանյան հեղինակները [1, 2, 4, 6, 7, 8] վաղուց ապացուցել են, որ թոքերի բորբոքումների համար հիանալի հող են ստեղծում ռախիտը, էքսուդատիվ դիաթեզը, մարսողության խրոնիկական խանգարումները, ինչպես նաև խառը և արհեստական սնուցումը:

Մենք ևս մեր հետազոտությունների հիման վրա հանգեցինք նույն եզրակացությանը: Այսպես, հետազոտված 1500 երեխաների միայն 47%-ն է սնվել մայրական կաթով, իսկ մնացածները սնվել են արհեստական և խառը ճանապարհով: Սնուցման վերջին եղանակները, ինչպես հայտնի է, իջեցնում են երեխաների օրգանիզմի դիմադրողականությունը և նպաստում թոքերի բորբոքումների առաջացմանը: Հիվանդությունը նման երեխաների մոտ ավելի ծանր է ընթանում և հաճախ էլ հասցնում է անցանկալի հետևանքների:

Մեր հետազոտությունների մանրակրկիտ վերլուծությունը ցույց է տալիս ռախիտի մեծ հաճախականություն, այն հասնում է 58%-ի: Մեր հանրապետության աշխարհագրական, բնակլիմայական պայմանները, ինչպես նաև ժողովրդի նյութական-կուլտուրական մակարդակի աստիճանը հզոր գործոններ են ռախիտը մինիմալ չափերի հասցնելու համար: Բայց, դժբախտաբար, այդ հարցում մենք դեռևս ետ ենք մնում ՍՍՀՄ մի շարք քաղաքներից (Իվանովո, Դնեպրոպետրովսկ, Կազան, Դոնեցկ): Այդ հանգամանքը ավելի է անհանգստություն պատճառում, որովհետև մեր հետազոտած երեխաները բնակվել են Երևան քաղաքում:

Ուրախությամբ պետք է նշել, որ մեզ մոտ վերջին տարիների ընթացքում նվազել են հիպոտրոֆիայի դեպքերը: Դա, անկասկած, նվաճում է և, ըստ երևույթին, բացատրվում է ժողովրդի բնակարանա-կենցաղային և նյութական պայմանների բարելավմամբ: Բայց հիպոտրոֆիաների հաճախականությունը, որը թոքերի բորբոքումով հիվանդ երեխաների մոտ հասնում է 21,7%-ի, վկայում է այն մասին, որ մեր անեկիքները այդ ուղղությամբ դեռ չեն սպառվել:

Ինչպես հայտնի է, թոքերի բորբոքման առաջացման մեջ բավական մեծ

դեր ունի էքսուդատիվ դիաթեզը: Նա օրգանիզմում գերզգայուն վիճակ է առաջացնում, ուստի և ծանրացնում է դանազան հիվանդությունների, այդ թվում նաև թոքերի բորբոքումների ընթացքը: Վերլուծության ենթարկելով մեր դիտողությունները այդ ուղղությամբ, մենք համոզվեցինք, որ էքսուդատիվ դիաթեզը 47,3% դեպքում ուղեկցել է թոքերի բորբոքմանը:

Վերջացնելով մեր խոսքը թոքերի բորբոքմանը նախորդող անբարենպաստ վիճակների մասին, հարկ ենք համարում նշել, որ նրանք դեռևս բավական մեծ թվերի են հասնում և իրենց կնիքն են դնում հիվանդության ընթացքի և տևողության վրա: Այդ բանի ապացույցն է մասնավորապես հետևյալ փաստը: Բոլոր հիվանդների համար մահճակալ օրերի միջին տևողությունը եղել է 14,1, մինչդեռ ռախիտի, հիպոտրոֆիայի և էքսուդատիվ դիաթեզի ժամանակ այդ թիվը հասել է 20,5-ի:

Ստորև բերում ենք թոքերի բորբոքումների ժամանակ նկատվող ախտանշանները (արտահայտված տոկոսներով):

Ցիանոզ	68,8
Հևոց	84,9
Ռնգախաղ	81,0
Ցնցումներ	15,1
Փսխում	18,0
Փորլուծություն	8,2
Բարձր ջերմություն	92,0
Պուլսի հաճախացում	97,3
Խզղոցներ թոքերում	89,2
Սրտի տոների խլացում	48,2
Լեյկոցիտոզ	23,8
ՌՕէ-ի արագացում	51,9

Հիվանդության դասակարգման ժամանակ մենք օգտվել ենք Ցու. Ֆ. Դոմբրովսկայայի և Գ. Ն. Սպիրանսկու դասակարգումից: Ըստ այդ դասակարգման, լուկալիզացված ձևեր արձանագրվել են 56,1%, տոքսիկո-սեպտիկ ձևեր՝ 8,7%, տոքսիկ ձևեր՝ 26,4% և ձգձգված ձևեր 8,6% դեպքերում:

Մանրազնին կլինիկական դիտողություններից բացի 630 հիվանդի մոտ պաթոգենեզի մեխանիզմները պարզաբանելու նպատակով ուսումնասիրել ենք սպիտակուցային ֆրակցիաները, լիպոպրոտեինները, գլյուկոպրոտեինները, մի շարք ազատ ամինոթթվուներ, ընդհանուր գլուտամիններ, ամիակը և սուլֆահիդրիլ խմբերը: Տեղի սղության պատճառով հարկ եմ համարում մի քանի խոսք ասել միայն ամինոթթվուների մասին: Վերջիններս երեխաների թոքերի բորբոքումների ժամանակ ուսումնասիրված չեն: Բայց նրանք մեծ նշանակություն ունեն միջանկյալ փոխանակության մեջ, որը թոքերի բորբոքման ժամանակ խիստ կերպով տուժում է: Ամինոթթվուներից մենք թղթային էլեկտրոֆորեզի եղանակով ուսումնասիրել ենք գլյուտամինթթվու և ասպարազինթթվուն, որոնք մեծ դեր ունեն օքսիդոկերականզման պրոցեսներում:

Հետազոտությունը ցույց տվեց, որ այդ ամինոթթվուների մակարդակը հիվանդության ծաղկում շրջանում մոտ երկու անգամ իջնում է (համեմատած առողջ երեխաների տվյալների հետ): Բուժման ֆոնի վրա և հիվանդանոցից դուրս գրվելու պահին ամինոթթվուների ցուցանիշները բարձրանում են, բայց

երբեք չեն հասնում նորմալ մեծությունների: Հետաքրքիրն այն է, որ ռախիտի, հիպոտորֆիաների, արհեստական և խառը սնուցման ժամանակ ամինոթթուները ավելի շատ են նվազում:

Ելնելով դրանից, մենք ներկայումս երեխաների թոքերի բորբոքման ժամանակ բուժական նպատակով կիրառում ենք դլյուտամինաթթու:

Ի մի բերելով մեր դիտողությունների համառոտ շարադրությունը, հարկ ենք համարում մեկ անգամ ևս ընդգծել, որ՝

1. Երեխաները թոքերի բորբոքումով ավելի շատ հիվանդանում են կյանքի առաջին վեց ամսվա ընթացքում:

2. Հիվանդների մեծ մասը հիվանդանոց է ընդունվում հիվանդության 3-րդ օրվանից հետո:

3. Թոքերի բորբոքումը դեպքերի մեծ մասում զուգակցվում է ռախիտով, էրսուդատիվ դիաթեզով և մարսողական խրոնիկական խանգարումներով:

4. Ելնելով վերոհիշյալից, մանկաբույժների ուշադրությունն ենք հրավիրում այդ փաստերի վրա:

Նրևանի մանկաբուժական ֆակուլտետի
մանկական հիվանդությունների ամբիոն

Ստացված է 30/VII 1968 թ.

С. Р. ИБОЯН

ВОСПАЛЕНИЕ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ПО МАТЕРИАЛАМ IV ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ г. ЕРЕВАНА

В работе приведены наблюдения автора над 1500 детьми первого года жизни, больных пневмонией. У большинства больных отмечалось неблагоприятное предпневмоническое состояние: рахит (58%), экссудативный диатез (47,3%), хронические нарушения питания (21,7%), а также смешанное и искусственное питание (53%). Большинство больных (72,6%) поступило в больницу после третьего дня болезни, что затруднило их лечение.

Далее приводится частота отдельных симптомов пневмонии. Кроме тщательного клинического наблюдения, для выяснения патогенетических механизмов пневмонии у 630 больных в динамике заболевания определены сывороточные белки, их липидные и углеводные комплексы, некоторые свободные аминокислоты, общий глютамин, аммиак и сульфгидрильные группы.

В течении пневмонии происходит снижение аминокислот, в частности глютаминовой кислоты. На фоне лечения и в периоде реконвалесценции ее содержание повышается, однако она отстает от величин, отмечаемых у здоровых детей. Поэтому предлагается для лечения пневмонии широко применять глютаминовую кислоту.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Домбровская Ю. Ф. Патогенетическое обоснование лечения и профилактики заболеваний органов дыхания в детском возрасте. М., 1955.
2. Маслов М. С. Патогенез дыхательной недостаточности при пневмониях у детей и ее лечение. М., 1953.
3. Соколова К. Ф. Диссертация. М., 1957.
4. Сперанский Г. Н. Педиатрия, 1939, 12, стр. 3.
5. Переладова О. Л. Материалы XXVIII научной сессии Днепропетровского медицинского института. 1965, стр. 36.
6. Adams J. T. J. Am. Med. Ass., 1948, 7, 1142.
7. Debray P. Broncho-alveolitis cataerhes suffocants et broncho-pneumoules. Nourrisson, 1952, 40, 152.
8. Gold A. Arch. Pathol., 1944, 38, 187.