

Տեղային պատերազմների պայմաններում որոշ վարակիչ հիվանդությունների հակահամաճարակային ապահովման միջոցառումները գործող բանակում

Գ.Ա. Աղայան

Տարբեր կլիմա-աշխարհագրական տարածքներում համաճարակային իրավիճակի փոփոխության կանխադաշնակումը ռազմական համաճարակաբանության կարևորագույն խնդիրներից է: Անցած պատերազմների փորձը ցույց է տալիս, որ միայն նման մոտեցումն է ի գոյու բացառելու դորքերում համաճարակային իրավիճակի կտրուկ և հանկարծակի փոփոխությունները, օժանդակելով հակահամաճարակային միջոցառումների կազմակերպմանն ու իրականացմանը:

Անհրաժեշտ է հաշվի առնել, որ գործնականում կարող են հանդիպել այնպիսի վարակիչ հիվանդություններ, որոնք անծանոթ են ռազմական բժշկներին և բնորոշ են միայն այդ տարածքին: Վերջին հանգամանքը կարող է խոչընդոտել դրանց ժամանակին ախտորոշմանն ու հակահամաճարակային և բուժական միջոցառումների կազմակերպմանը: Բացի այդ, համաճարակային իրավիճակը կարող է բարդանալ նաև այդ տարածքներում գտնվող զորամասերի անձնակազմի տվյալ վարակիչ հիվանդությունների նկատմամբ պատվաստված չլինելու պատճառով:

Մի շարք հեղինակներ նման դեպքերում խորհուրդ են տալիս վերլուծությունը կատարել ըստ այն հիվանդությունների, որոնք առավել տարածված են պատերազմող երկրին հարևան պետություններում:

Ելնելով վերը նշվածից, մենք նպատակահարմար համարեցինք վերլուծել մեր հանրապետության կլիմա-աշխարհագրական պայմաններին մոտիկ բնութագիր ունեցող ուրիշ երկրների փորձը՝ կապված մի շարք վարակիչ հիվանդությունների, մասնավորապես մալարիայի, տուլարեմիայի, խոլերայի, ինչպես նաև որոշ աղիքային վարակների հետ:

Պատմական աղբյուրների ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ մալարիայի բռնկումների և համաճարակների պատմությունը կապված է պատերազմների հետ: Այն հակամարտող կողմերին պատճառել է զգալի մարդկային կորուստներ՝ նպատակելով գործերի մարտունակության իջեցմանը:

Այսպես, 1877-1878թթ. ռուս-թուրքական պատերազմի ժամանակ, Բալկանյան ռազմաճակատում 592085 հոգանոց անձնակազմ ունեցող ռուսական բանակի 320062 զինվորներ հիվանդացել են մալարիայով [2]:

Առաջին համաշխարհային պատերազմի տարիներին Գերմանիայի բանակում արձանագրվել է մալարիայի 120000 դեպք: Իրավիճակը առավել վատ է եղել Փոքր Ասիայում տեղակայված գերմանական զորամասերում, որտեղ մալարիայով հիվանդացել է անձնակազմի 65,1%-ը: Ըստ մի շարք աղբյուրների պատկերը նույնն է եղել մյուս պետությունների բանակների այն զորամասերում, որոնք մասնակցում էին Միջագետքում և Պաղեստինում ընթացող մարտերին՝ հիվանդացությունը կազմել է 369,29 անձնակազմի 1000 մարդուն [2]:

Ուշագրավ է, որ 1944թ. Հայրենական Մեծ պատերազմում Յասկ-Զիշինկյան գործողության ժամանակ II-III Ուկրաինական ռազմաճակատներում միայն մալարիայով հիվանդացել է 87602 մարդ [6]:

Չի բացառվում, որ Խորհրդային բանակում մալարիայի հիվանդացության նման բարձր մակարդակը պայմանավորված է եղել ինչպես հիվանդության ներթափանցմամբ համաճարակային տեսակետից անբարենպաստ շրջաններից (Միջին Ասիայի, Անդրկովկասի հանրապետություններ և Հյուսիսային Կովկասի երկրամասեր) կատարված համարման, այնպես էլ էնդեմիկ օջախներում գործերի տեղակայման հանգամանքով:

Ըստ գրականության տվյալների, Վիետնամական պատերազմի տարիներին՝ 1965-1973թթ., մալարիայի տեսակետից համաճարակային իրավիճակը անբարենպաստ է եղել ԱՄՆ-ի բանակի այստեղ կռվող զորամասերում: Այսպես, միայն 1966թ. 500000 ամերիկացիներից մալարիայով հիվանդացել է 20000 մարդ [9]:

Տուլարեմիայի վերաբերյալ տվյալները խիստ աղբյուրիկ են, չեն արտացոլում ամբողջական վիճակը և իրականպատկերը, որն էլ հնարավորություն չի տալիս կատարելու անհրաժեշտ եզրակացություններ: Մեր կարծիքով մնան երևույթը պայմանավորված է հետևյալ հանգամանքներով՝

1. Գոյություն ունի հակատուլարեմիային քաղաքական արդյունավետ և իրեն արդարացրած պատվաստանյութ:

2. Վերջին տասնամյակների տեղային պատերազմներ վարող պետությունների մարտական գոր-

ծողությունների տարածքները տուլարեմիայի տեսակետից անբարենպաստ չեն եղել (Կորեա, Վիետնամ, Թաիլանդում և այլն):

3. Իրական կորուստները ցույց չտալու նպատակով պատերազմող կողմերի հիվանդացության տվյալները պատկերավորվել են: Վերջինս հատկապես վերաբերվում է Աֆղանական և Բալկանյան թերակղզու պատերազմներին:

Համաձայն Առողջապահության Համաշխարհային կազմակերպության տվյալների 1961-1994թթ. աշխարհում արձանագրվել է խոլերայի 3,1 մլն դեպք, Ասիայում՝ 45,6, Ամերիկայում՝ 28,8, Աֆրիկայում՝ 25,2, Ավստրալիայում և Օկեանիայում՝ 0,25, Եվրոպայում՝ 0,2 [1,3,4]: Ընդ որում, մահացությունը կազմել է Աֆրիկայում՝ 1,5-25, Ասիայում՝ 2-10, Ամերիկայում՝ 1,3-5,8, Եվրոպայում՝ 1,45-4%: Ռուսաստանում խոլերայի դեպքեր արձանագրվել են Աստրախանի, Նովոսիբիրսկի, Ռյազանի մարզերում, Կրասնոդարի երկրամասում, Կալմիկիայում և Թաթարիայում: Մեզ հարևան երկրներից Վրաստանում դիտվել է 8, Ադրբեջանում 24 դեպք:

Ներկայումս որոշ համաճարակաբաններ համարում են, որ խոլերան դեկավարվող վարակ է, և այն չպետք է դասվի հատուկ վտանգավոր վարակների շարքին: Սակայն ըստ մեզ, կոմկրետ մեր զինված ուժերի համար մահացու եզրակացությունը ժամանակավորեալ է, քանի որ զորքերի համար դեռևս մշակված չէ հակահամաճարակային պաշտպանության հայեցակարգը, կանոնակարգված չեն իրենց իրավասություններով և պարտականություններով հսկողության և ապահովման օրգանների գործառնությունը, քաղաքացիական առողջապահության և ռազմական

բժշկության համագործակցությունը:

Այժմ անդրադառնանք ադիքային վարակների հիմնախնդրին: Ռուսաստանում 1991-1996թթ. արձանագրվել է տարեկան մոտ 1 մլն դեպք, որոնց մեծ մասը պայմանավորված է եղել շիզելաներով [5]: Ընդ որում, շիզ Ֆլեքսներից առաջացած դիզենտերիայից մահացությունը անցել է 6%-ի սահմանը: Չորքերում կատարված հետազոտությունները ցույց են տալիս [8], որ սննդի հետ կապված բոնկումները կազմել են ավելի քան 70%: Հեղինակները պնդում են, որ սրանց մեջ հիմնական հարուցիչը Ֆլեքսներ 2ա-ն է (45%), հիմնականում կապված ճաշարանների սանիտարա-հիգիենիկ վիճակի վատացման, սննդի պատրաստման կանոնների խախտման, թերմիկ մշակման չենթարկված սալաթների իրացման, ինչպես նաև սննդի օբյեկտների աշխատողների և ճաշարանի վերակարգի հիվանդների ժամանակին չհայտնաբերման հետ: Այսպիսի եզրակացությունը ճշտման և լրացուցիչ ուսումնասիրությունների կարիք ունի, քանի որ Ֆլեքսներ 2ա-ով պայմանավորված համաճարակներն ունեն հիմնականում ջրային ուղի:

Ըստ մի շարք հեղինակների [7] 1996թ. չեչենական կամպանիայի ժամանակ Ռ-Չ Չեչնիայում գտնվող զորքերում վարակիչ հիվանդությունների մեջ գերակայել են ադիքային վարակները (95%): Ընդ որում 53,2%-ը կազմել են վիրուսային հեպատիտները՝ էակամորեն գերազանցելով շիզելաները (26,7%) և էնտերոկոլիտները (20,1%): Տարբեր օկրուգների զինծառայողների մոտ վիրուսային հեպատիտների էթիոլոգիական կառուցվածքը ներկայացված է աղյուսակում:

Տարբեր օկրուգների զինծառայողների շրջանում վիրուսային հեպատիտների էթիոլոգիական կառուցվածքը (%)

Նոզոլոգիական ձևը և հիմնական մարկերը	Ձորախումբ Չեչնիայում	Հյուսիս-արևմտյան զինվորական տարածաշրջան	Հարավային զինվորական տարածաշրջան
Մոնովարակ			
Հեպատիտ A (հակա HAV IgM)	86,1	64,9	63,9
Հեպատիտ B (հակա HBc IgM)	4,3	14,9	8,2
Հեպատիտ C (հակա HCV)	0,5	2,0	1,6
Հեպատիտ E (հակա HEV)	0	0,9	0
Խառը վարակ	1,0	13,7	16,5
Չտարբերակված հեպատիտ	8,1	3,6	9,8

Բնակության մասին վայրի հետ կորելյացիոն կապ չի հաստատվել: Հեղինակները նշում են, որ հիվանդացածների ավելի քան 80,8% վարակվել է գործառնանքի մշտական տեղակայման վայրերում: Մարտական գործողությունների բնույթի հետ որոշակի կապ հայտնաբերվել է 19,2% դեպքերում: Ներկայացված տվյալները առաջին հայացքից ցույց են տալիս, որ մարտական գործողությունների բնույթի և հեպատիտների հիվանդացության միջև կապ չկա: Մակայն այստեղ պետք է հաշվի առնել այն կարևոր հանգամանքը, որ պատերազմը Չեչնիայում Ռուսաստանի կողմից կրում է ոչ հարձակողական և ոչ էլ պաշտպանողական բնույթ: Անձնակազմը գտնվում է ամրացված կայագրերում: Մշտական մարտական գործողությունները դադարել են: Դրանք ծավալվում են միայն անհրաժեշտության դեպքում, հակառակորդ

կողմին հակահարված տալու կամ էլ հատուկ առաջադրանքներ կատարելու համար: Դրանց տևողությունը կարճ է: Այսինքն, այդ գործողությունները ժամանակային տեսակետից փաստացի դուրս չեն եկել հեպատիտների զարգացման շրջանի սահմաններից:

Վերը նշվածը թույլ է տալիս եզրակացնել, որ տեղային պատերազմների ժամանակ կլիմա-աշխարհագրական պայմաններում, ինչպես մահ վարակիչ հիվանդությունների տեսակետից էնդեմիկ համարվող տարածքներում գործերի տեղակայման և մարտական գործողությունների անցկացման դեպքում ռազմաբժշկական ծառայության կարևորագույն խնդիրներից է պետք համարել համաճարակային իրավիճակի փոփոխության կանխագուշակումը:

Поступила 22.02.02

Գրականություն

1. Դեղձունյան Կ.Մ., Համարձույնյան Ա.Չ. Համաճարակաբանություն: Երևան, 1999:
2. Մկրտչյան Մ.Է. և համահեղ. Որոշ հարցեր մարդկային կորուստների վերաբերյալ մի շարք պատերազմների և բնական աղետների ժամանակ: Երևան, 2000թ:
3. Агафонов В.И. Воен. мед. журн., 1983, 8, с. 45.
4. Белаишев Б.П. Воен. мед. журн., 1995, 7, с. 31.
5. Лобзин Ю.В., Винакмен Ю.А., Финогеев Ю.П., Захаренко С.М. Воен. мед. журн., 1998, 8, с. 54.
6. Комаров Ф.И., Лобастов О.С. Воен. мед. журн., 1990, 5, с. 3.
7. Огарков П.И., Малышев В.В., Цуциев С.А., Михайлов Н.В. 1996: Воен. мед. журн., 1996, 8, с. 48.
8. Перепелкин В.С., Хохлов Д.Т. Воен. мед. журн., 8, с. 32.
9. Смирнов Е.И., Лебединский В.А., Гарин Н.С. Войны и эпидемии. М., 1988.