



ՀՀ ԿԹՈՒՆՅԱՆ, ԳԻՏՈՒՆՅԱՆ, ՄՇԱԿՈՒՅԹԻ ԵՎ ՍՊՈՐՏԻ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒՅՈՒՄ
ԵՐԵՎԱՆԻ ՀԵՆԱԿԵՏԱՅԻՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՔՈՒՆԶ

ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄՈՒՆՔՆԵՐ

ՈՒՍՈՒՄՆԱԿԱՆ ՁԵՌՆԱՐԿ



«ԵՐԵՎԱՆԻ ՀԵՆԱԿԵՏԱՅԻՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՔՈԼԵՁ» ՓԲԸ

ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄՈՒՆՔՆԵՐ

Ուսումնական ձեռնարկ
բժշկական քոլեջների
ուսանողների և դասախոսների համար

Երևան – 2024

ՀՏԴ 616-036.22(07)

ԳՄԴ 51.9ց7

Մ 350

«Համաճարակաբանության հիմունքներ»

Ուսումնական ձեռնարկ բժշկական քոլեջների ուսանողների և դասախոսների համար: «Երևանի հենակետային բժշկական քոլեջ» ՓԲԸ, Երևան, 2024, 88 էջ:

Ձեռնարկը կազմված է ԵՀԲՔ «Ընդհանուր բժշկական մոդուլների, մանրէաբանության, հիգիենայի և էկոլոգիայի, վարակիչ, մաշկային, սեռավարակ հիվանդությունների» ամբիոնի վարիչ Ի.Մ. Մարգարյանի կողմից

Ձեռնարկի կազմմանը մասնակցել են նաև ԵՀԲՔ դասախոսներ Տ.Ջ. Դավոյանը և Բ.Ռ. Հարությունյանը

Խմբագիր՝ ԵՀԲՔ մեթոդիստ Կ.Ջ. Մնացականյան

Գրախոս՝ «Սլավմեդ» Բժշկական Կենտրոնի և «Պրոմտեստ» Լաբորատորիայի համաճարակաբան Ն.Է. Կրիշչյան

Համակարգչային ձևավորում՝ ԵՀԲՔ դասախոս Հ.Լ. Դավոյան

Ուսումնական ձեռնարկը նախատեսված է բժշկական քոլեջների ուսանողների և դասախոսների համար, նյութի ծավալը համապատասխանում է պետական կրթական չափորոշիչներին:

Երաշխավորված է տպագրության «Երևանի հենակետային բժշկական քոլեջ» ՓԲԸ-ի տնօրեն Ն.Վ.Ներսիսյանի, մեթոդական կաբինետի կողմից:

ՀՏԴ 616-036.22(07)

ԳՄԴ 51.9ց7

ISBN 978-9939-0-5169-7

© «Երևանի հենակետային բժշկական քոլեջ» ՓԲԸ, 2024

© Մարգարյան Իգարեղյա, 2024

ԳՐԱԽՈՍԱԿԱՆ

Համաճարակաբանությունը կարևոր տեղ է զբաղեցնում միջին բուժաշխատողների նախապատրաստական համակարգում: Այն տեսական և գործնական գիտելիքներ է տալիս, որը բուժաշխատողին թույլ կտա հետագայում ծավալել համապատասխան գործունեություն:

Առաջարկվող ձեռնարկը նախատեսված է բժշկական քոլեջների ուսանողների և դասախոսների համար: Տվյալ ձեռնարկը կթեթևացնի ուսումնական պրոցեսը, կնպաստի նյութի ավելի լավ յուրացմանը:

Ձեռնարկը համապատասխանում է ուսումնական ծրագրին և մեծ դեր կունենա համաճարակաբանության վերաբերյալ ժամանակակից գիտելիքների ձեռքբերման գործում:

Ձեռնարկից ուսանողը տեղեկություններ կստանա համաճարակաբանության հիմունքների, վարակի օջախի, համաճարակային գործընթացի, օրգանիզմի ընկալունակության, կանխարգելիչ պատվաստումների, ժամանակակից ախտահանման մեթոդների և այլ հիմնահարցերի մասին: Ստացած գիտելիքները հետագայում կիրառելի են պրակտիկ գործունեության մեջ:

Առաջարկվում է տվյալ ձեռնարկը տպագրել որպես ուսումնական ձեռնարկ բժշկական քոլեջների համար:

*«Սլավմեդ» Բժշկական Կենտրոնի և
«Պրոմտեստ» Լաբորատորիայի
համաճարակաբան Նունե Էմիլի Կրիշյան*

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

Համաճարակաբանություն	6
Համաճարակաբանության պատմությունը	7
Համաճարակաբանության զարգացումը Հայաստանում	9
Համաճարակաբանության ուսումնասիրության մեթոդները	11
Համաճարակային պրոցես	20
Պարբերականություն	24
Մեզոնայնություն	25
Բնական օջախայնություն	27
Վարակիչ հիվանդությունների էնդեմիկություն	29
Համաճարակային պրոցեսի շարժիչ ուժերը	30
Վարակիչ հիվանդությունների փոխանցման մեխանիզմներ	33
Փոխանցման անկենդան գործոններ	35
Միջոցառումներ համաճարակային օջախում	45
Հակահամաճարակային միջոցառումներ	47
Հատուկ վտանգավոր վարակներ, կարանտին	53
Ախտահանում (դեզինֆեկցիա)	57
Ախտահանման մեթոդները	60
Ախտահանման քիմիական միջոցներ	61
Պայքար միջատների դեմ (դեզինսեկցիա)	62
Անընկալունակություն	63
Կանխագուշակական պատվաստումներ	67

Կանխազգուշական պատվաստումների կազմակերպումը.....	69
Կանխազգուշական պատվաստումների ազգային ծրագիրը Հայաստանի Հանրապետությունում	72
Կանխազգուշական պատվաստումների ծրագրի հիմնավորում ...	73
Հետպատվաստումային անբարեհաջող դեպքեր (ՀԱԴ).....	78
Սառցե շղթա	79
Բժշկական միջամտությամբ պայմանավորված վարակներ.....	83

ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Վարակիչ հիվանդությունների հետ առնչվող տարաբնույթ հարցերը ուսումնասիրվում են մանրէաբանների, վիրուսաբանների, համաճարակաբանների, հիգիենիստների և այլ մասնագետների կողմից: Մակայն, միայն համաճարակաբանությունն է, որ ուսումնասիրում է վարակիչ հիվանդությունների գոյությանը և տարածմանը նպաստող իրավիճակը, մշակում մեթոդներ՝ ազգաբնակչությանը զերծ պահելու այդ հիվանդություններից: Ուստի, սա գիտություն է մարդկային խմբերում վարակիչ հիվանդությունների առաջացման ու տարածման օրինաչափությունների, դրանց դեմ պայքարի և կանխարգելման միջոցառումների մասին, որոնց հիմքում ընկած են մարդկային խմբերում վարակիչ հիվանդությունների առաջացման ու տարածման պատճառները: Էպիդեմիոլոգիա տերմինն առաջացել է հունարեն epidemos բառից (epi – վրա, demos - ժողովուրդ և logos - գիտություն): Համաճարակաբանությունը բաժանվում է երկու հիմնական մասի՝ ընդհանուր և մասնավոր: Ընդհանուր համաճարակաբանությունը տեսական և գործնական բնույթի է, այն ուսումնասիրում է վարակիչ հիվանդությունների տարածվածության ընդհանուր օրինաչափությունները, և դրա հիման վրա մշակում է պայքար և կանխազգուշական միջոցառումներ (անկախ վարակիչ հիվանդության տեսակից): Մասնավոր համաճարակաբանությունը գործնական բնույթ է կրում, սրա հիմքում ընկած է համաճարակային գործընթացի ընդհանուր օրենքների կիրառությունն առանձին վարակիչ հիվանդությունների ժամանակ:

ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆՈՒԹՅԱՆ ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆԸ

Համաճարակները մարդկությանը հայտնի են եղել անհիշելի ժամանակներից: Եգիպտական պապիրուսներում, հույն, հռոմեացի պատմագիրների, պոետների և բժիշկների աշխատություններում մեծ տեղ է հատկացվել բնական ծաղիկի, ժանտախտի, բորի համաճարակներին, որոնք միլիոնավոր կյանքեր են խլել: Համաճարակները և դրանց պատճառած մեծաքանակ զոհերը ստիպել են մարդկանց մեր թվարկությունից շատ առաջ միջոցներ որոնել վարակիչ հանդուրյուններից պաշտպանվելու համար: Չինաստանում 3000 տարի առաջ արդեն կիրառում էին բնական ծաղիկից պաշտպանվելու եղանակներ վարիոլացիայի միջոցով (արհեստական պատվաստում):

1796 թվականին Է.Ջենները բնական ծաղիկից պաշտպանվելու համար հայտնաբերեց շատ արդյունավետ և միանգամայն անվնաս միջոց՝ առողջ մարդկանց պատվաստելով կովի ծաղիկի հարուցիչներով:

Սակայն համաճարակաբանության իրական մեծ հեղաշրջումը եղավ XIX դարի երկրորդ կեսին, երբ ի հայտ եկավ նոր գիտություն մանրէների մասին (մանրէաբանություն), որը ֆիզիկայի, քիմիայի և կենսաբանության նվաճումների արդյունք էր: Լ.Պաստերի, Ռ.Կոխի, Բ.Մեչնիկովի հանճարեղ հայտնագործությունները հնարավորություն տվեցին հայտնաբերելու մի շարք վարակիչ հիվանդությունների հարուցիչներ և արդյունավետ պայքարելու դրանց դեմ: Հատկապես հիշատակության արժանի են Լ.Պաստերի աշխատանքները կատաղության և սիբիրյան խոցի դեմ կանխազգուշական

պատվաստանյութերի հայտնաբերման ուղղությամբ, որոնք խիստ կարևոր նշանակություն ունեցան այդ հիվանդությունները կանխարգելելու համար:

Ն.Ֆ.Գամալեան հիմնավորեց կատաղության ժամանակ կանխագուշակյալ պատվաստումների անվտանգությունը և Օդեսա քաղաքում հիմնեց Ռուսաստանի առաջին հակակատաղության կայանը:

Շատ մեծ են Դ.Կ.Զաբոլոտնու ծառայությունները համաճարակաբանության մեջ. նա Խորհրդային ժամանակաշրջանի համաճարակաբանության հայրն է: Խոլերայի պատվաստանյութի անվտանգությունն ապացուցելու նպատակով նա և Ի.Գ.Սավչենկոն առաջին փորձերը կատարեցին իրենց վրա:

Գ.Ն.Մինխը և Օ.Օ.Մոչուտկովսկին խիստ վտանգավոր փորձ կատարեցին իրենց վրա և ապացուցեցին, որ բժավոր և հետադարձ տիֆերի դեպքում վարակը հիվանդ մարդուց առողջին փոխանցվում է ոջիլների միջոցով:

Համաճարակաբանության կարևոր նվաճումներից է նաև բնական օջախայնություն ունեցող վարակիչ հիվանդությունների Ե.Ն.Պավլովսկու տեսությունը, որի ներդրումը գործնական առողջապահության մեջ մեծապես նպաստեց այդ հիվանդությունների դեմ առավել արդյունավետ պայքարին:

Բրիտանացի բժիշկների ուսումնասիրությունների արդյունքում Ռիչարդ Դոլլի և Օսթին Բրեդֆորդ Հիլի ղեկավարությամբ 1954 թվականին հրատարակված աշխատությունը բեկումնային պահ էր համաճարակաբանության ոլորտում, քանի որ

հայտանբերվեց հստակ վիճակագրական կապ ծխախոտի և թոքերի քաղցկեղի միջև:

ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆՈՒԹՅԱՆ ԶԱՐԳԱՑՈՒՄԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ

Վարակի և հպավարակայնության մասին գաղափար են ունեցել դեռևս հնագույն ժամանակներում: Տեղեկություններ են պահպանվել այն մասին, որ 260-270թթ Հայաստանում հիմնվել է առաջին բորոտանոցը, այն դեպքում, երբ Արևմտյան Եվրոպայում առաջին բորոտանոցը հիմնվել է 300 տարի ուշ: Դեռևս IV-րդ դարում Փոքր Հայքում գործել են հիվանդանոցներ, որոնք ունեցել են առանձին ինֆեկցիոն բաժանմունքներ: Դրանք կոչվել են «բազիլիկա»:

Միսիթար Հերացին դեռ միջնադարում հնարավոր էր համարում հիվանդ կենդանիներից կաթի միջոցով վարակի փոխանցումը և նշում, որ տիֆային հիվանդությունները հպավարակային ընթացք ունեն: Նա ուսումնասիրել է Հայաստանում այդ տարիներին մեծապես տարածված այնպիսի հիվանդություններ, ինչպիսիք են՝ մալարիան, բնական ծաղիկը, տիֆային հիվանդությունները: Վարակի աղբյուրը և նրա փոխանցման ուղիները առավել հստակ նկարագրվում են Գրիգորիսի բժշկարանի առաջին գրքում, որում հեղինակը վարակը նյութական է համարում և նկարագրում է, թե ինչպես է այն մարդուց առողջ մարմին թափանցում:

Այսպիսով, վարակի և նրա փոխանցման ուղիների մասին գաղափարները, որ Եվրոպայում 1546թ. հայտնի դարձան Հայաստանում հայտնի էին դրանից շուրջ 300 տարի առաջ:

Պետք է նշել, սակայն, որ դեռևս միջնադարում ծնունդ առած համաճարակաբանության պարզագույն հիմունքներն իրենց գիտական հիմնավորումը ստացան միայն 20-րդ դարի առաջին կեսերին, և համաճարակաբանության՝ որպես ինքնուրույն գիտության ձևավորման հիմքը դարձան 1922-1923 թվականները: Այդ տարիներին հանրապետությունում առկա տնտեսական անմխիթար վիճակը, գաղթը, սովը և ազգաբնակչության սոցիալ-տնտեսական ծայրահեղ անբավարար մակարդակը պարարտ հող էին ստեղծել մի շարք վարակիչ հիվանդությունների (մալարիա, հետադարձ տիֆեր, հելմինթոզներ, աղիքային վարակիչ հիվանդություններ և այլն) տարածման համար:

1922 թվականին Երևանում, ապա Հայաստանի բոլոր շրջաններում վարակիչ հիվանդությունների դեմ պայքարի նպատակով ստեղծվեցին առաջին սանիտարահիգիենիկ կազմակերպությունները: 1923 թվականին Երևանում հիմնադրվել է Տրոպիկական ինստիտուտը (այնուհետև՝ Մալարիայի և բժշկական մակաբուծաբանության), որն առաջին բժշկական գիտահետազոտական ինստիտուտն էր Հայաստանում:

Մանրակրկիտ ուսումնասիրություններ են կատարվել հելմինթոզների և միաբջիջ միկրոօրգանիզմներից առաջացող աղիքային հիվանդությունների վերաբերյալ, հայտնաբերվել են միաբջիջ մակաբույծների մի շարք տեսակներ, որոշվել է նրանցով ազգաբնակչության հիվանդացության և վարակվածության աստիճանը

Մանկական վարակիչ հիվանդությունների դեմ պայքարի և կանխարգելման գործում առաջարկվել և կիրառվել են վակցինական խարգելման մեթոդներ:

Վիրուսոլոգիական լաբորատորիայում իրականացված տևական աշխատանքների շնորհիվ բնութագրվեցին վիրուսային հեպատիտների պատճառագիտական կառուցվածքը և համաճարակաբանական օրինաչափությունները:

Հանրապետությունում մեծածավալ աշխատանք է կատարվել հատուկ վտանգավոր վարակների (բնական ծաղիկ, ժանտախտ, խոլերա) դեմ պայքարի և կանխարգելման ուղղությամբ, որի շնորհիվ մեզանում իսպառ վերացվեցին բնական ծաղիկ և ժանտախտ հիվանդությունները: 1943 թվականին Հայաստանում, ըստ ժանտախտի համաճարակաբանական վիճակի, ստեղծվեց հակաժանտախտային կայան , որը զբաղվել է ժանտախտի, տուլարեմիայի, բնական օջախայնության, դրանց աշխարհագրական տարածվածության ուսումնասիրման խնդիրներով և մշակել համապատասխան միջոցառումներ այս հիվանդությունների տեղայնացման և վերացման ուղղությամբ:

ԶԻԱՀ-ի կանխարգելման հանրապետական կենտրոնը Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության համակարգում ստեղծվել է երկրում ՄԻԱՎ-ԶԻԱՀ-ի առաջին դեպքերի արձանագրումից ընդամենը մեկ տարի անց՝ 1989 թվականին:

ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆՈՒԹՅԱՆ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

Որոշակի տարածքում համաճարակային պրոցեսի բազմակողմանի ուսումնասիրության համար օգտվում են մի

շարք հետազոտման մեթոդներից, որոնք հնարավորություն են տալիս ստանալ իրական տվյալներ այդ պրոցեսի մասին, և հիմք են հանդիսանում կանխագուշակյալ և հակահամաճարակային միջոցառումների պլանավորման և անցկացման համար: Այդ մեթոդներից ամենահիմնականը, որն ունի գործնական և գիտական խոշոր նշանակություն, համաճարակաբանական հետազոտության և դիտարկման մեթոդն է, իսկ պատմական, վիճակագրական, միկրոկենսաբանական, իմունոլոգիական, փորձարարական, էնտոմոլոգիական մեթոդները լրացուցիչ են:

1. Համաճարակաբանական հետազոտության և դիտարկման մեթոդ.

Տարբերում են օպերատիվ և ռետրոսպեկտիվ համաճարակաբանական հետազոտություն: Համաճարակաբանական հետազոտության մեթոդի նպատակը՝ վարակի օջախում հիվանդության առաջացման պատճառների բացահայտումն է, վարակի աղբյուրի, փոխանցման մեխանիզմի և փոխանցման գործոնների հայտնաբերումը, որից հետո կազմակերպվում են հակահամաճարակային և կանխարգելիչ միջոցառումներ օջախում վարակը տեղայնացնելու և վերացնելու ուղղությամբ: Հիմնական համաճարակաբանական հետազոտությունը կատարվում է բժիշկ համաճարակաբանի կողմից: Նա այս միջոցառման կազմակերպիչն ու պատասխանատուն է: Սակայն, նման հետազոտություններին մասնակցում են նաև տեղամասային բժիշկը (նախնական հետազոտություն), մանրէաբանը, հիգիենիստը և այլ մասնագետներ: Վարակիչ հիվանդին

հայտնաբերելուց հետո անմիջապես կատարվում է համաճարակաբանական հետազոտություն: Օպերատիվ համաճարակաբանական հետազոտության բաղադրամասերն են՝ հարցումը (էպիդեմիոլոգիական անամնեզի հավաքում), օջախի ուսումնասիրությունը, ախտորոշման և սանիտարահիգիենիկ քննության համար անհրաժեշտ կասկածելի նյութերի հավաքումը, փաստաթղթերի ուսումնասիրությունը: Այնուհետև ամփոփում են եզրակացությունը: Այս հետազոտությունը կատարվում է վարակի օջախում: Օջախի տարածքի որոշումը կախված է տվյալ վարակիչ հիվանդության առանձնահատկություններից (ընդգրկված մարդկանց թվից, հիվանդության ծագման ժամանակից և այլն): Համաճարակի օջախ կարող են լինել բնակարանը, բնակելի շենքը, հանրակացարանը, մանկական հիմնարկությունը, արտադրամասը, դասարանը, դպրոցը և այլն: Համաճարակի օջախը կարող է անհամեմատ մեծ լինել, երբ վարակը տարածված է բնության մեջ (բնական օջախայնություն ունեցող հիվանդություններ): Համաճարակի օջախի ակտիվությունը պայմանավորված է վարակիչ հիվանդության յուրահատկությամբ, վարակի աղբյուրի մեկուսացման աստիճանով, վարակի աղբյուրի հետ շփման մեջ եղած անձանց անվտանգ դարձնելու հանգամանքով, ախտահանման արդյունավետությամբ, օջախի համաճարակաբանական հետազոտության որակով: Բնական օջախներում վարակիչ հիվանդության վերացման աշխատանքներն անհամեմատ ավելի դժվար են, պահանջում են բժշկական և անասնաբուժական ծառայությունների համատեղ ջանքեր: Համաճարակաբանական

հետազոտության ժամանակ հիվանդի, նրա հարազատների և շրջապատի մարդկանց հարցումը նպատակ ունի հայտնաբերել հավանական վարակի աղբյուրը, փոխանցման մեխանիզմը և գործոնները, ինչպես դա անում են բուժող բժիշկները, երբ հավաքում են հիվանդից անամնեստիկ տվյալները՝ հիվանդության ախտորոշման նպատակով: Առաջնային համաճարակաբանական անամնեզի տվյալները գրանցվում են քարտում և միաժամանակ ուղարկվում է շտապ հաղորդում վարակիչ հիվանդություն հայտնաբերելու մասին: Վարակի օջախի գնումը համաճարակաբանական հետազոտության կարևոր մասն է: Մրա ժամանակ անհրաժեշտ է գնահատել վարակի օջախի սանիտարահիգիենիկ վիճակը, որը կարող է պայմաններ ստեղծել վարակի փոխանցման համար: Անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել ջրամատակարարման, աղբահանության, սննդի, խոհանոցի մաքրության և այլ հարցերին: Ուշադրություն պետք է դարձնել վարակի օջախում տնային մակաբույծների (ճանճեր, մոծակներ, ոջիլներ, լվեր և այլն) առկայությանը: Զոոնոզ հիվանդության դեպքում պետք է ուշադրություն դարձնել տնային կենդանիների շրջանում տվյալ հիվանդության առկայությանը, որոշել մարդկանց և կենդանիների շփման բնույթը: Արյան միջոցով վարակումների ժամանակ կարևոր նշանակություն ունի կենդանի փոխանցողների առկայությունը օջախում: Այս նպատակով կատարվում է էնտոմոլոգիական հետազոտություն (փոխանցողների սեզոնային քանակությունը, արյուն ձծելու ինտենսիվությունը, նրանց օրգանիզմից հարուցիչների հայտնաբերումը և այլն): Օջախի համաճարակաբանական

զննման ժամանակ կարևոր նշանակություն է ստանում արտաքին միջավայրի զանազան նյութերից (հող, օդ, ջուր, սննդամթերք և այլն) վերցված նմուշների մանրէաբանական քննությունը : Հավաքված նմուշների հետազոտությունները կատարվում են հատուկ լաբորատորիաներում (մանրէաբանական, մակաբուծաբանական, իմունոլոգիական, վիրուսոլոգիական,): Համաճարակաբանական հետազոտության վերջում կատարվում է արդյունքների գնահատում: Այս շրջանում հավաքված տվյալները ճշտվում են, կատարվում է խորը վերլուծություն, տվյալները համեմատվում են կլինիկադիագնոստիկ լաբորատոր քննությունների արդյունքների հետ, որից հետո մշակվում են հակահամաճարակային և կանխարգելիչ միջոցառումներ՝ նպատակ ունենալով տեղայնացնել, ապա վերացնել հիվանդությունը տվյալ օջախում: Հետազոտության տվյալները, հակահամաճարակային և այլ միջոցառումները գրանցվում են համաճարակային հետազոտության քարտում: Քարտը պարունակում է մի շարք հարցեր, որոնց անհրաժեշտ է սպառիչ պատասխան տալ: Համաճարակային քարտի հարցերը տարբեր բնույթի են լինում, կախված՝ տվյալ հիվանդության պատկանելիությունից: Ռետրոսպեկտիվ համաճարակաբանական հետազոտությունը ունի կարևոր կանխատեսիչ նշանակություն: Դրա նպատակն է՝ պարզել տարածաշրջանում այս կամ այն հիվանդության տարածվածությունը որոշակի ժամանակահատվածում: Այս մեթոդի օգնությամբ կարելի է պարզել հիվանդության պարբերականությունը, հնարավոր է սեզոնայնությունը, որոշել հիվանդությանը բնորոշ կանխատեսումների հիվանդության հնարավոր բռնկումների վերաբերյալ:

2. Միկրոկենսաբանական (մանրէաբանական, վիրուսոլոգիական, մակարուծաբանական) հետազոտությունների մեթոդներ.

Այս հետազոտությունները խիստ կարևոր նշանակություն ունեն համաճարակաբանական քննությունների ժամանակ: Միկրոօրգանիզմների հայտնաբերումը անհրաժեշտ քայլ է հիվանդության ախտորոշման, համապատասխան հակահամաճարակային և կանխարգելիչ միջոցառումների կազմակերպման տեսակետից: Մանրէաբանական (նաև վիրուսոլոգիական, մակարուծաբանական) քննությունների արդյունքներն անհրաժեշտ է օգտագործել համաճարակաբանական հետազոտության տարբեր փուլերում՝ համաճարակային պրոցեսի տարբեր օղակների վիճակը պարզելու համար (հիվանդության ախտորոշում, փոխանցման մեխանիզմի գործոնների հայտնաբերում, հիվանդների հետ շփման մեջ եղած մարդկանց վարակակրության հայտնաբերում, օջախը հսկողության տակ պահելու ժամկետների որոշում և այլն):

3. ԲՈՒՆՈՒՆՈՂՈՎԱԿԱՆ ՀԵՏԱԳՈՏՈՒԹՅԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐ.

Հատկապես վերջին տարիներին այս մեթոդը լայն կիրառություն է գտել համաճարակաբանության բնագավառում, նրա օգնությամբ գործնական համաճարակաբանությունը կարող է.

1. ընթացիկ և ռետրոսպեկտիվ եղանակով ախտորոշել վարակիչ հիվանդությունների առկայությունը մարդկանց շրջանում,

2. Իմունոլոգիական ռեակցիաների օգնությամբ պատկերացում կազմել հիվանդության տարածվածության, վարակիչ հիվանդությունների գործող և պոտենցիալ օջախների, բնական օջախայնությամբ օժտված վարակիչ հիվանդությունների նոգոսրեալի մասին,
3. որոշել բնակչության առանձին խմբերում պաշտպանիչ հակամարմինների առկայության աստիճանը (տիտրը), կանխատեսել մի շարք հիվանդություններ (դիֆթերիա, փայտացում, կարմրուկ, պոլիոմիելիտ և այլն),
4. Իմունոլոգիական ռեակցիաների օգնությամբ հայտնաբերել կենդանիների մոտ տարածված վարակիչ հիվանդությունների հարուցիչներին,
5. Իմունոլոգիական ռեակցիաների օգնությամբ ընտրել առավել արդյունավետ բիոպրեպարատները՝ սպեցիֆիկ կանխարգելման նպատակով,
6. այս ռեակցիաների օգնությամբ տալ հիվանդների բուժման և սանացիայի արդյունավետության գնահատականը, կանխորոշել հիվանդությունների կրկնությունները (ռեցիդիվները) և այլն:

Իմունոլոգիական ռեակցիաներից առավել հաճախակի օգտագործվում են շճաբանական քննությունները՝ ազյուտինացիայի, պրեցիպիտացիայի, կոմպլեմենտի կապման, ոչ ուղիղ հեմագլյուտինացիայի, հեմագլյուտինացիայի արգելակման, չեզոքացման և այլ ռեակցիաները:

4. Վիճակագրական մեթոդ.

Եթե վարակիչ հիվանդությունների վիճակագրությունը բարձր հիմքերի վրա է, հիվանդությունների տարածվածության մասին տեղեկությունները լինում են ստույգ: Այս մեթոդի օգնությամբ մենք ստանում ենք տեղեկություններ վարակիչ հիվանդությունների էքստենսիվ և ինտենսիվ ցուցանիշների, նրանց համաճարակաբանական առանձնահատկությունների, հիվանդությունների ստատիկ և դինամիկ վիճակի, ախտահարվածության աստիճանի մասին: Այս մեթոդը վերջին տասնամյակներում զգալիորեն զարգացել է: Շնորհիվ մաթեմատիկական մոդելավորման հնարավոր դարձավ հայտնաբերել հետաքրքիր օրինաչափություններ ոչ միայն վարակիչ, այլ նաև՝ ոչ վարակիչ, զանգվածային բնույթ կրող հիվանդությունների մասին:

5. Պատմական մեթոդ.

Սա համարվում է համաճարակաբանության ուսումնասիրության առաջին և ամենահին մեթոդը: Այս մեթոդի էությունն այն է, որ օգտվելով պատմական այն նյութերից, որոնցում հիշատակվում է այս կամ այն տարածաշրջանում արձանագրված վարակիչ հիվանդության մասին և, հաշվի առնելով ներկայիս համաճարակաբանական իրավիճակը նույն տարածքում, գալիս ենք որոշակի եզրահանգումների: Նման նյութեր մենք կարող ենք քաղել միջնադարի հայ բժիշկներ Մխիթար Հերացու, Ամիրդովլաթ Ամասիացու աշխատություններից, հայ նշանավոր գրող Ռաֆֆու երկերից: Օգտվելով պատմիչների հաղորդած տեղեկություններից նա, օրինակ, իր «Մամվել» վեպում

նկարագրում է ժանտախտի համաճարակը, որ բռնկվել էր Արշակ Բ-ի (350-368) գահակալության մի քանի տարիներին, Արարատ լեռան հարավ-արևմտյան մասում: Հետագայում, երբ Հայաստանում ուսումնասիրության էին ենթարկում ժանտախտի բնական օջախները, հաստատվեց Բաֆֆու կողմից բերված փաստերի պատմական իսկությունը:

6. Էնտոմոլոգիական մեթոդ.

Համաճարակաբանական տեսակետից մեծ հետաքրքրություն է ներկայացնում վարակիչ հիվանդությունների կենդանի փոխանցողների (մոծակներ, սզեր, մլակներ և այլն) հետազոտությունը: Չանագան լաբորատոր քննությունների միջոցով ուսումնասիրվում է օրգանիզմի այն մասը, ուր ավելի հաճախ են հայտնվում հիվանդության հարուցիչները (թքագեղձեր, հեմոլիմֆա և այլն): Այս մեթոդով որոշում են նրանց վարակվածության ինտենսիվությունը (սպորոզոիտային ինդեքս մալարիայի ժամանակ): Բացի լաբորատոր քննություններից, ուսումնասիրվում է նաև միջատների հասակային կազմը, սեզոնային քանակության ընթացքը և եզրակացության են հանգում նրանց վտանգավորության աստիճանի մասին:

7. Փորձարարական մեթոդ.

Վարակիչ հիվանդությունների տարբեր առանձնահատկությունները պարզելու նպատակով կարելի է կենսաբանական փորձի օգնությամբ վարակել փորձակենդանիներին, ստանալ համաճարակային պրոցեսի մոդել, այնուհետև՝ հաշվի առնելով տարբերությունները,

պատկերացում կազմել մարդկային պոպուլյացիայում այդ պրոցեսի առանձնահատկությունների մասին:

ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱՅԻՆ ՊՐՈՑԵՍ

Վարակիչ հիվանդություններն առաջանում են միայն այն ժամանակ, երբ այս կամ այն հիվանդության հարուցիչը ներդրվում է կենդանի օրգանիզմ: Մանրէ-հարուցիչները, ինչպես առհասարակ բոլոր կենսաբանական տեսակները, կարող են պահպանվել բնության մեջ միայն այն ժամանակ, երբ առկա է նրանց բազմացման և տեսակի պահպանման անընդհատ շղթան: Համաճարակային պրոցեսը սերտորեն առնչվում է վարակ հասկացության հետ, առանց որի այն գոյություն ունենալ չի կարող: Հարուցիչների՝ օրգանիզմ ներդրումից հետո մարդու կամ կենդանու և միկրոօրգանիզմի միջև առաջանում են որոշակի փոխհարաբերություններ՝ սկսած վարակակրությունից, մինչև բացահայտ կլինիկորեն արտահայտված հիվանդություն: Վարակիչ հիվանդությունների տարածման հետևանքով մարդկային հասարակությունում առաջանում են համաճարակային օջախներ: Համաճարակային պրոցեսն առաջանում, իսկ հետո պահպանվում է երեք շարժիչ ուժերի առկայության դեպքում.

1. վարակի աղբյուր,
2. փոխանցման մեխանիզմ,
3. ընկալ օրգանիզմ:

Համաճարակային պրոցեսը կենսաբանական այն պրոցեսն է, որը ներառում է մանրէ և օրգանիզմ փոխհարաբերությունը: Սակայն, ուսումնասիրելով հասարակության մեջ վարակիչ հիվանդությունների տարածվածության օրինաչափությունները, չպետք է

անտեսել մանրէ-հարուցիչների իրենց բնական միջավայրում պահպանվելու հատկությունը: Համաճարակային պրոցեսի 3 շարժիչ ուժերը կարող են դառնալ իրոք շարժիչ ուժեր այն ժամանակ, երբ այդ պրոցեսին մասնակցում են բնական և սոցիալ տնտեսական պայմանները, որոնք կարող են մի դեպքում արագացնել, իսկ մյուս դեպքում՝ ճնշել համաճարակային պրոցեսը: Բնակլիմայական պայմաններն ուղղակի ազդեցություն ունեն մի շարք վարակիչ հիվանդությունների վրա: Այդ հիվանդություններից հատկանշական է մալարիան:

Համաճարակային պրոցեսի վրա որոշակի ազդեցություն ունեն սոցիալ տնտեսական պայմանները՝ (ազգաբնակչության տնտեսական և նյութական պայմանները, բնակչության խտությունը, բնակավայրերի սանիտարահիգիենիկ վիճակը, բնակչության աշխատանքի ու կենցաղի պայմանները, պատերազմները, սովը, առողջապահության վիճակը, մարդկանց սանիտարահիգիենիկ գիտելիքների մակարդակը և այլն: Օրինակ՝ բարձրորակ ջրամատակարարումը, կոյուղացումը, բնակավայրերի կանոնավոր մաքրումը, հարդարումը, զգալիորեն նպաստում են աղիքային վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելմանը: Մի շարք վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման գործում հսկայական նշանակություն ունեն ազգաբնակչության զանգվածային կանխազգուշական պատվաստումները (բնական ծաղիկ, դիֆթերիա, կարմրուկ, տուլարեմիա, պոլիոմիելիտ, բրուցելոզ, տուբերկուլոզ և այլն): Համաճարակային պրոցեսի վրա ազդեցություն են ունենում նաև վարակիչ հիվանդությունների և հարուցիչների յուրահատկությունները՝ հիվանդության գաղտնի շրջանի

սևտոնությունը, հարուցիչների ախտածնության (վիրուլենտության) աստիճանը և քանակը, փոխանցման մեխանիզմի դյուրինությունը, հարուցիչների կենսունակությունն արտաքին միջավայրի պայմաններում, մարդկանց ընկալունակության աստիճանն այս կամ այն հիվանդության նկատմամբ, վարակակրությունը, նրա սևտոնությունը, հիվանդության կլինիկական ձևերի առանձնահատկությունները և շատ այլ գործոններ: Վարակիչ հիվանդությունները, որոնց հարուցիչները փոխանցվում են օդակաթիլային մեխանիզմով, տարածվում են արագ, կարճ ժամանակամիջոցում համաճարակային պրոցեսի մեջ են ընդգրկում ազգաբնակչության այն մասը, որը ընկալ է այդ հիվանդության նկատմամբ (գրիպ, կարմրուկ և այլն): Մինչդեռ ջրի և սննդամթերքի միջոցով տարածվող աղիքային վարակիչ հիվանդությունների դեպքում համաճարակային պրոցեսը սովորաբար ընթանում է ավելի դանդաղ, ոչ ինտենսիվ: Չնայած դրան, վարակի բազմաթիվ աղբյուրների, ինչպես նաև ջրի զանգվածային վարակման պայմաններում համաճարակային պրոցեսը կարող է նաև բուռն ընթանալ:

Համաճարակային պրոցեսի ինտենսիվությունը կախված է նաև ազգաբնակչության հիվանդացության աստիճանից. մի դեպքում այն կարող է ընթանալ հատ ու կենտ դեպքերի ձևով (սպորադիկ հիվանդացություն), մի այլ դեպքում՝ զանգվածային հիվանդացության (համաճարակային հիվանդացություն) ձևով: Բնական է, որ համաճարակային պրոցեսն ավելի ինտենսիվ կլինի համաճարակների ժամանակ: Համաճարակային պրոցեսի գնահատման ժամանակ հաշվի են առնվում մի շարք ցուցանիշներ՝ հիվանդացությունը, մահաբերությունը, մահացությունը,

որոնցով և որոշվում է նրա ինտենսիվությունը: Համաճարակային պրոցեսի մասին գիտությունը համաճարակաբանության հիմքն է: Այն մշտապես զարգանում ու կատարելագործվում է:

Համաճարակային պրոցեսի չափանիշների ինտենսիվության արտահայտման համար օգտագործվում են հետևյալ հասկացությունները՝ սպորադիկ հիվանդացություն, էպիդեմիա և պանդեմիա:

Սպորադիկ հիվանդացություն համարվում է համաճարակային պրոցեսի այն աստիճանը, երբ տվյալ վայրում արձանագրվում է վարակիչ հիվանդությունների նվազագույն քանակություն՝ հատ ու կենտ դեպքերի ձևով, որոնց միջև ոչ մի կապ չկա (վարակի աղբյուր, փոխանցման մեխանիզմ):

Համաճարակ (էպիդեմիա) սպորադիկ հիվանդացության հակառակ վիճակն է, երբ արձանագրվում են համաճարակային պրոցեսի ուժգնացում, համաճարակային բռնկումներ, ազգաբնակչության խմբային հիվանդացություն (ընտանեկան, դպրոցական, նախադպրոցական, արտադրական և այլն):

Երբ համաճարակները դուրս են գալիս տվյալ երկրի սահմաններից և ընդգրկում են շատ երկրներ, մայրցամաքներ՝ անվանվում են գլոբալ համաճարակ կամ **պանդեմիա**:

Որոշ վարակիչ հիվանդությունների համար բնութագրական են հետևյալ հասկացությունները.

- **Էնդեմիան** (հունարեն՝ en - մեջ, demos - ժողովուրդ) բնորոշ է տվյալ վայրում առկա բնակլիմայական յուրահատկություններով պայմանավորված

անթրոպոնոզ հիվանդություններին: Մրա վառ օրինակը Արարատյան դաշտավայրում մալարիայի էնդեմիկությունն է: Բնական օջախայնություն ունեցող հիվանդությունները նույնպես պայմանավորված են տարածքի բնակչի մայական պայմաններով: Այս հիվանդությունները բնության մեջ պահպանվում են վարակի աղբյուր հանդիսացող կենդանիների և փոխանցողների շնորհիվ:

- **Էկզոտիկ** վարակիչ հիվանդություններն այն հիվանդություններն են, որոնք տվյալ վայրում չեն արձանագրվում, այլ բերվում են ուրիշ երկրներից:

ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Պարբերականություն է կոչվում այս կամ այն վարակիչ հիվանդությամբ հիվանդացության մի քանի տարին մեկ, ցիկլիկ վերելքները: Այսպիսի բնական ցիկլերը լինում են վառ արտահայտված այն դեպքում, երբ կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունավետությունը ցածր է, իսկ համաճարակային պրոցեսն աղետալի զարգանում է: Պարբերականության երևույթները լավ ուսումնասիրված են վերին շնչուղիների վարակների ժամանակ և բացատրվում են բնակչության շրջանում ոչ իմուն շերտի կուտակմամբ: Այսպես, կարմրուկի համար բնորոշ են 2-3 տարվա ինտերվալները, քութեշին՝ 5-9 տարի, կապույտ հազով հիվանդացության բարձրացում դիտվում է յուրաքանչյուր 3-4 տարին մեկ և այլն: Պարբերականության երևույթն առավել արտահայտված է համեմատաբար փոքր բնակավայրերում: Հիվանդացածների մոտ ձևավորվում է հետինֆեկցիոն

անընկալություն, և իմուն անձանց քանակի ավելացման հետ հիվանդացությունն աստիճանաբար մարում է: Համաճարակն աստիճանաբար փոխարինվում է բարենպաստ ժամանակահատվածով: Տարիների ընթացքում բնակչության շրջանում կուտակվում են տվյալ հիվանդության նկատմամբ ընկալ անձինք՝ ի հաշիվ նոր ծնվածների և տարիների ընթացքում ձեռք բերված իմունիտետը կորցրածների: Վարակի նոր ներկրման դեպքում կրկին ծագում է համաճարակի նոր ալիք: Եվ, հակառակը, խոշոր քաղաքներում հիվանդացության ի սպառ դադար չի դիտվում, քանի որ բնակչության շրջանում մշտապես առկա են տվյալ վարակի նկատմամբ ընկալ մարդիկ: Հիվանդացության վերելք դիտվում է նաև այլ վարակիչ հիվանդությունների ժամանակ: Օրինակ՝ բժավոր տիֆով հիվանդացության վերելքները համընկել են սովի, պատերազմների և այլ սոցիալական ցնցումների ժամանակաշրջանների հետ, մարդկանց շրջանում տուլարեմիայով հիվանդացության բարձրացումները հաճախ կախված են կրծողների թվաքանակի փոփոխության պարբերականությունից, էպիզոոտիկ պրոցեսի ինտենսիվությունից:

ՄԵԶՈՆԱՅՆՈՒԹՅՈՒՆ

Վարակիչ հիվանդություններին բնորոշ է ոչ միայն պարբերականություն, այլ նաև սեզոնայնություն, կամ հիվանդացության ցուցանիշների ռիթմիկ բարձրացում, որը կրկնվում է մեկ տարվա ընթացքում որոշակի ժամանակահատվածում: Տարեկան կտրվածքով տարբերում են սեզոնային և միջսեզոնային ժամանակահատվածներ:

Միջսեզոնային ժամանակահատվածը բնութագրվում է հիվանդացության ցածր մակարդակով: Ցանկացած վարակիչ հիվանդության սեզոնայնությունը բնորոշվում է տարվա որոշակի ժամանակահատվածում հիվանդացության մակարդակի բարձրացմամբ: Բազմամյա դիտարկումները ցույց են տվել, որ օդակաթիլային մեխանիզմով փոխանցվող վարակներին բնորոշ է աշուն-ձմեռ կամ ձմեռ-վաղ գարուն սեզոնայնություն, իսկ ֆեկալ-օտալ մեխանիզմով փոխանցվող վարակներին՝ ամառ աշուն սեզոնայնություն: Նույն սեզոնայնությունն է բնորոշ նաև արյունային վարակներին, ինչը կախված է վարակը փոխանցող միջատների կենսաբանական ակտիվությունից և թվաքանակի աճից: Բացառություն են կազմում միայն ոջիլների միջոցով փոխանցվող վարակները, որոնք առավելապես հանդիպում են տարվա ցուրտ եղանակին, կապված՝ բնակչության կուտակումների և սոցիալական պայմանների հետ: Օրինակ՝ բծավոր տիֆի ձմեռ-գարնանային սեզոնայնությունը: Փոխանցողների կենսաակտիվության և կենդանիների (հատկապես՝ կրծողների) ապրելակերպի հետ կապված սեզոնայնություն է բնորոշ զոոնոզ վարակներին, որոնք կենդանիներից մարդուն են փոխանցվում միջատների միջոցով: Տրանսմիսիվ մեխանիզմով փոխանցվող վարակների ակտիվությունը հիմնականում կախված է բնական պայմաններից և փոխանցողի ակտիվությունից, որը բարձրանում է ամռանը: Տրոպիկական և ենթատրոպիկական երկրներում նման օրինաչափություն կարող է չդիտվել:

ԲՆԱԿԱՆ ՕԶԱԽԱՅՆՈՒԹՅՈՒՆ

Վարակիչ հիվանդությունների բնական օջախայնության մասին ուսմունքն առաջին անգամ մշակել է Ե.Ն.Պավլովսկին 1938թ-ին: Այն սերտորեն կապված է նոր տարածությունների յուրացման հետ: Մարդուց անկախ բնության մեջ առկա են վայրի ողնաշարավոր կենդանիներին բնորոշ վարակիչ հիվանդությունների օջախներ: Բնական օջախի բաղադրիչներն են՝ հիվանդության հարուցիչները, արյունածուծ հոդվածոտանիները և դրանց նախասնուցողները (տերերը)՝ վայրի կաթնասունները և թռչունները: Ինչպես հոդվածոտանիների, այնպես էլ՝ նրանց նախասնուցողների շրջանում շատ տեսակներ ունակ են ընկալել, երկարատև պահպանել և տարածել հիվանդության հարուցիչները բնության մեջ: Միջատներն ու հոդվածոտանիները փոխանցում են հարուցիչները հիվանդ կենդանուց առողջ կենդանուն, ինչպես նաև՝ մարդուն: Բնական օջախային հիվանդություններից են՝ տզային էնցեֆալիտը, տուլարեմիան, ժանտախտը, լեյշմանիոզները, տզային հետադարձ տիֆը, որոշ ռիկետսիոզներ, լեպտոսպիրոզը, տոքսոպլազմոզը և այլն: Բնական օջախայնություն բնորոշ է նաև որոշ հելմիթոզների: Տափաստանային, անապատային և մարգագետնային լանդշաֆտի ահռելի հարթավայրեր ունեն քիչ թե շատ միանման ֆլորա և ֆաունա: Այդպիսի պայմաններում հեշտանում են հիվանդության հարուցիչների շրջանառության ուղիները: Կտրտված ռելիեֆի պայմաններում (լեռներ, նախալեռներ) հանդիպում է կենսապայմանների բազմազանություն, ինչը պայմանավորում է բնական բիոցենոզում ներկայա-

ցուցիչների ավելի հարուստ տեսակային կազմը: Այդ պայմաններում հիվանդության հարուցիչն իրականացնում է ավելի բարդ շրջանառություն մի քանի կենդանիների միջև, ինչն ապահովում է նրա ավելի լայն տարածումը: Այսպես, Քյու տենդի, տուլարեմիայի հարուցիչներին տարածում են հողվածոտանիների մի քանի տասնյակ տեսակներ և դրանց նախասնուցողների ոչ պակաս լայն շրջանակ: Սակայն, բնական բիոցենոզներում շատ բնական օջախային հիվանդությունների (տզային էնցեֆալիտ, տզային հետադարձ տիֆ, տուլարեմիա, ճապոնական էնցեֆալիտ և այլն) հարուցիչների իրական պահպանողները տարբեր խմբերի տզերն են: Տզերի շատ տեսակներ տարիներ շարունակ պահպանում են հարուցիչներին և կարող են դրանք փոխանցել իրենց սերունդներին: Միայն որոշ հիվանդությունների դեպքում (մաշկային և ընդերային լեյշմանիոզներ, լեպտոսպիրոզ, տոքսոպլազմոզ և այլն) հարուցիչների պահպանման հիմնական դերը կաթնասուն կենդանիներինն է: Տեղանքի բնույթը պայմանավորում է բնական օջախայնությամբ հիվանդությունների տարածվածության շրջանն ու արեալը: Դա հատկապես բնորոշ է տրանսմիսիվ մեխանիզմով փոխանցվող վարակներին, որոնք սերտորեն կապված են արեալի հետ, այսինքն՝ այդ հիվանդությունների փոխանցող հողվածոտանիների բնական տարածվածության շրջանի հետ: Բնական օջախի կազմում կարող են լինել մի քանի հիվանդությունների հարուցիչներ, ինչպես նաև դրանց նկատմամբ ընկալ կենդանիների տարբեր տեսակներ: Այդպիսի օջախները կոչվում են պոլիհոստալ (բազմատերային): Մարդկանց վարակումը տեղի է ունենում

Էպիգոռոտիկ օջախի հետ նրանց կապի դեպքում, և, որպես օրենք, առանց հետագա մարդուց մարդ փոխանցման: Միայն եզակի դեպքերում է դիտվում այնպիսի վարակման շղթա, ինչպես՝ ժանտախտի դեպքում, երբ փոխվում է վարակի բնորոշ փոխանցման մեխանիզմը: Այս խմբի հիվանդությունների ճնշող մեծամասնության դեպքում մարդը հանդիսանում է կենսաբանական փակուղի: Բնական օջախում կանխարգելիչ միջոցառումների բնույթը կախված է անբարենպաստ տարածքում մարդկանց գտնվելու տևողությունից: Բնական օջախում կարճատև գտնվելու դեպքում նշանակում են անձնական կանխարգելիչ միջոցներ, որոնք պաշտպանում են միջատների հարձակումից: Օջախում երկարատև գտնվելը պահանջում է պարտադիր վակցինացիա: Բնական օջախայնությամբ գոտիներում պահանջվում է իրականացնել տարածքի առողջացում:

ՎԱՐԱԿԻՉ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԷՆԴԵՄԻԿՈՒԹՅՈՒՆ

«Էնդեմիա» տերմինը ծագել է հունական en-ներս և demos- ժողովուրդ բառերից և բնորոշում է տվյալ տարածքին բնորոշ վարակիչ հիվանդությունների սովորական առկայությունը: Էնդեմիկ են համարվում այն հիվանդությունները, որոնք մշտապես հանդիպում են տվյալ տարածքի բնակչության շրջանում: Վարակիչ հիվանդությունների էնդեմիկությունը որոշակի տարածքներում պայմանավորվում է բնակլիմայական, սոցիալ-տնտեսական, մշակութային և կենցաղային առանձնահատկություններով: Էնդեմիկության

առումով հատկապես կարևոր նշանակություն ունեն բնակլիմայական պայմանները:

ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱՅԻՆ ՊՐՈՑԵՍԻ ՇԱՐԺԻՉ ՈՒԺԵՐԸ

Վարակի աղբյուր է համարվում վարակիչ հիվանդությունների հարուցիչներով վարակված մարդու և կենդանիների օրգանիզմը, ուր, որպես մանրէների բնական պահպանման միջավայր, նրանք բազմանում, կուտակվում, և զարգանում են: Վարակի աղբյուրը հանդիսանում է համաճարակային պրոցեսի պարտադիր օղակը և ապահովում է նրա անընդհատ ընթացքը ժամանակի և տարածության մեջ: Բնական է, որ առանց վարակի աղբյուրի առկայության համաճարակային պրոցեսը գոյություն ունենալ չի կարող: Ըստ վարակի աղբյուրի հիվանդությունները բաժանվում են՝ անթրոպոնոզների, զոոնոզների և սապրոնոզների: Անթրոպոնոզների դեպքում վարակի աղբյուրը հիվանդ մարդն է, կամ վարակակիրը, զոոնոզների դեպքում՝ հիվանդ կենդանին, իսկ սապրոնոզների ժամանակ հարուցիչների շտեմարան են հանդիսանում արտաքին միջավայրի տարրերը՝ ջուրը, հողը և այլն: Վարակի աղբյուրի համաճարակային վտանգը կախված է այն ժամանակաշրջանի տևողությունից, որի ընթացքում վարակվածն արտաքին աշխարհ է արտագատում հիվանդության հարուցիչներ: Հիվանդ մարդը վարակի աղբյուր կարող է հանդիսանալ ինչպես հիվանդության ընթացքում, այնպես էլ հիվանդության գաղտնի շրջանի վերջին օրերին (որովայնային տիֆ, կարմրուկ, համաճարակային մենինգիտ), ինչպես նաև առողջացման

շրջանում (որովայնային տիֆ, խուլերա, մենինգիտ, դիֆթերիա և այլն): Այլ է վիճակը, երբ վարակիչ հիվանդության կլինիկական նշաններն ընթանում են թեթև, ոչ տիպիկ, «ջնջված» ձևերով: Այսպիսի ոչ տիպիկ կլինիկական նշաններով ընթացող վարակիչ հիվանդությունները վերջին տարիներին, կախված ազգաբնակչության կողմից զանգվածային կերպով հակաբիոտիկների ընդունման հետ, բավականին հաճախ են հանդիպում: Այսպիսի հիվանդները (հիվանդանոցային պայմաններում ժամանակին չախտորոշելու պատճառով) միշտ չէ, որ մեկուսացվում են և կարող են հիվանդության հարուցիչները տարածել արտաքին միջավայրում՝ բարենպաստ պայմաններ ստեղծելով հիվանդության նորանոր դեպքերի առաջացման համար: Շատ դեպքերում այդ հիվանդներն ապրում են իրենց սովորական կենցաղով, որը համաճարակային տեսակետից բավականին վտանգավոր է: Սակայն, սովորաբար, մարդն առավել վարակիչ է հիվանդության վառ արտահայտված կլինիկական երևույթների շրջանում, երբ արտաքին աշխարհ է արտագատում ամենից շատ վիրուլենտ հարուցիչներ: Բայց, պետք է հաշվի առնել, որ անկողնուն գամված հիվանդները վարակի տարածման առումով վտանգ չեն ներկայացնում, մանավանդ, երբ պահպանվում է ստացիոնարում հակահամաճարակային ռեժիմը, և իրականացվում է արդյունավետ բուժում: Վարակի աղբյուրը վտանգավոր է այն հիվանդությունների ժամանակ, երբ հիվանդն առողջանալուց հետո շարունակում է արտաքին աշխարհ արտագատել հարուցիչներ (ռեկոնվալեսցենտ վարակակիրներ): Այս ժամանակաշրջանը վտանգավոր է նախ այն պատճառով, որ այսպիսի մարդիկ, լինելով առողջ, բավականին շարժուն են և

դիսպանսեր հսկողության բացակայության դեպքում վարակը կարող են փոխանցել առողջ մարդկանց: Այսպիսի անձանց մոտ վարակակրությունը կարող է կրել սուր (մինչև 2-3 ամիս) և քրոնիկական (3 ամսից ավելի, անգամ՝ ցմահ) բնույթ: Վարակի աղբյուրի տեսակետից որոշ նշանակություն ունեն նաև առողջ և իմուն վարակակիրները: Առողջ վարակակիրներն ունեն բավականին մեծ համաճարակաբանական նշանակություն, քանի որ հիվանդության կլինիկական նշանների բացակայության պատճառով նրանք հիմնականում դուրս են մնում բժշկական հսկողությունից և անարգել տարածում են հարուցիչները: Իմուն վարակակրությունը լինում է այն անձանց մոտ, ովքեր ստացել են կանխազգուշական պատվաստումներ այդ հիվանդության դեմ: Համաճարակաբանական առումով նրանց դերը գրեթե աննշան է, քանի որ արտազատվում են հիմնականում հարուցիչների ավիրուլենտ շտամներ: Վարակի աղբյուր են նաև վարակված կենդանիները: Այդ դեպքում հիվանդությունն անվանվում է զոոնոզ (ժանտախտ, տուլարեմիա, տզային հետադարձ տիֆ, կատաղություն, դաբաղ, բրուցելոզ, խլնախտ, տոքսիկոինֆեկցիաներ, մի շարք բիոհելմինթոզներ և այլն): Մի դեպքում մարդիկ կենդանիներից այս հիվանդություններով վարակվում են կենդանի փոխանցողների միջոցով, մի այլ դեպքում՝ վարակված կենդանիների միսը, կաթնամթերքն օգտագործելիս, ինչպես նաև՝ կենդանու հետ անմիջական շփման հետևանքով (կատաղություն), կամ վարակված կենդանիների մաշկը, մորթին մշակելիս (վարակման օդափոշային ուղի): Այս ճանապարհով վարակվելիս մարդկանց շրջանում մեծ համաճարակային բռնկումներ չեն

առաջանում, հիվանդության դեպքերն ավելի հաճախ տեղային բնույթ են կրում, բացառություն կարող է լինել միայն ժանտախտը, որն արդի պայմաններում դարձյալ տեղային բնույթի է (ոչ հեռավոր անցյալում այն բազմաթիվ համաճարակների պատճառ էր): Զոոնոզ հիվանդությունների ժամանակ հիվանդ մարդն առողջին չի վարակում: Վարակված մարդու օրգանիզմն այդ հարուցիչների համար կենսաբանական փակուղի է (բացառություն են կազմում ժանտախտը և մի քանի էկզոտիկ հիվանդություններ): Վերը նշվածին գուգահեռ, բնության մեջ կան վարակիչ հիվանդություններ՝ արտակենդանական շտեմարանով, որոնց հարուցիչները գտնվում են արտաքին միջավայրի զանազան տարրերի վրա (ջուր, հող, բույսեր): Այս հիվանդությունները կոչվում են սապրոնոզներ: Սապրոնոզները հարուցող միկրոօրգանիզմների թվին են պատկանում աղիքային իերսենիոզի, պսևդոտուբերկուլյոզի, փղախտի, լիստերիոզի, լեգիոնելիոզի, փայտացման, սիբիրյան խոցի հարուցիչները և այլն: Հարկ է նշել, որ սապրոնոզների ցանկը խիստ մոտավոր է:

ՎԱՐԱԿԻՉ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՓՈԽԱՆՑՄԱՆ ՄԵԽԱՆԻԶՄՆԵՐ

Փոխանցման մեխանիզմը էվոյուցիայի ընթացքում ձևավորված հարուցիչ փոխանցման տարատեսակն է, որը ապահովում է յուրահատուկ անհատական տերերի փոփոխումը, ինչը անհրաժեշտ է տեսակի պահպանման համար: Վարակի փոխանցման մեխանիզմը յուրօրինակ մի շղթա է, որի ժամանակ հարուցիչը դուրս է գալիս վարակված

օրգանիզմից դեպի արտաքին աշխարհ, որտեղից էլ ներթափանցում է առողջ օրգանիզմ՝ դրանով իսկ պահպանելով իր տեսակի գոյությունը: Արտաքին միջավայրի պայմանները հիմնականում անբարենպաստ են միկրոօրգանիզմների կենսագործունեության համար և պատահական չէ, որ նրանց զգալի մասն այդ միջավայրում ոչնչանում է: Սակայն միկրոօրգանիզմների մի մասը դիմանում է արտաքին միջավայրի պայմաններին և կարող է ներթափանցել նոր, առողջ օրգանիզմ, ուր աճելով ու բազմանալով՝ ոչ միայն վերականգնում է կորուստը, այլև գերազանցում նախնական քանակությունը (տեսակի պահպանման օրենք): Միկրոօրգանիզմներն արտաքին միջավայրից դեպի առողջ օրգանիզմ անցնում են զանազան մեխանիզմներով: Շնչառական համակարգի վարակիչ հիվանդությունների ժամանակ վարակը փոխանցվում է օդի միջոցով՝ **օդակաթիլային մեխանիզմով**: Աղիքային վարակիչ հիվանդությունների դեպքում վարակը փոխանցվում է **ֆեկալ-օռալ մեխանիզմով**՝ վարակված սննդամթերքի, ջրի միջոցով, երբ դրանք ախտահարվում են այդ հիվանդությունների հարուցիչներով: Սննդամթերքն այս հիվանդությունների ժամանակ կեղտոտվում է վարակված մարդկանց կղանքից: Արյունային վարակները փոխանցվում են **տրանսմիսիվ մեխանիզմով**՝ կենդանի փոխանցողների (միջատներ և հողվաձուտանիներ) միջոցով: Մաշկի և արտաքին ծածկույթների վարակների ժամանակ վարակը փոխանցվում է **կոնտակտային մեխանիզմով**, երբ խախտվում է մաշկի և լորձաթաղանթի ամբողջականությունը (վնասվածքներ, կեղտոտված հող, վարակված կենդանիների խայթոց և այլն): Փոխանցման հիմքում ընկած է առողջ մարդկանց շփումն

արտաքին միջավայրի վարակված գործոնների հետ: Շփումը կարող է լինել անմիջական և ոչ անմիջական: Անմիջական կամ ուղղակի շփման ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների (կատաղություն, սիֆիլիս, սուսանակ, փափուկ շանկր) թիվը բավականին սահմանափակ է: Մնացած բոլոր վարակիչ հիվանդությունները փոխանցվում են ոչ անմիջական, անուղղակի շփման ճանապարհով: Փոխանցման մեխանիզմն իրագործվում է փոխանցման գործոնների և ուղիների միջոցով:

Փոխանցման ուղին` շրջակա միջավայրի տարրերի ամբողջականությունն է, որն ապահովում է հարուցիչ տեղափոխումը մի օրգանիզմից մյուսը:

Փոխանցման գործոնները` արտաքին միջավայրի տարրերն են, որոնք նպաստում են հարուցիչ տեղափոխմանը մի օրգանիզմից մյուսը: Փոխանցման գործոնները լինում են` անկենդան (ջուր, հող, օդ, սննդամթերք և այլն) և կենդանի (միջատներ):

ՓՈՒԱՆՑՄԱՆ ԱՆԿԵՆԴԱՆ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ

Ջրի դերը վարակի փոխանցման գործում

Ջուրը վարակվում է հիվանդության հարուցիչներով, երբ նրա մեջ է թափանցում մարդկանց և կենդանիների արտաթորանքը: Ավելի վտանգավոր են այն դեպքերը, երբ կոյուղու անմաքրություններն առանց վնասազերծման թափվում են բաց ջրամբարներ: Ջրի դերը վարակի փոխանցման գործում հայտնի է մարդկանց դեռևս վաղ ժամանակներից: Այդ մասին տեղեկություններ կան

Հիպոկրատի, Մխիթար Հերացու, Ամիրդովլաթ Ամասիացու աշխատանքներում: 1849թ. Լոնդոնում բռնկված խոլերայի համաճարակի ժամանակ Սնոուն ապացուցեց ջրի միջոցով այս հիվանդության տարածման հնարավորությունը: Ջրի դերը վարակիչ հիվանդությունների փոխանցման գործում գիտականորեն հիմնավորեց Լ.Պաստերը՝ նրա մեջ հայտնաբերելով զանազան միկրոօրգանիզմներ: Այնուհետև Ռ.Կոխը Հնդկաստանում ջրամբարների ջրից անջատեց խոլերայի վիրբիոնը: Ջանազան վարակիչ հիվանդությունների հարուցիչները բավականին երկար ժամանակ կարող են իրենց կենսունակությունը պահպանել ջրում: Այսպես, որովայնային տիֆի հարուցիչները խմելու ջրում կարող են մնալ 2-93, ջրհորի ջրում՝ 12-107, գետի ջրում՝ 4-183 օր: Տուլարեմիայի հարուցիչները խմելու ջրում՝ կարող են պահպանվել մինչև 92, ջրհորի ջրում՝ 12-60, գետի ջրում՝ 7-31 օր: Դիզենտերիայի հարուցիչները խմելու ջրում իրենց կենսունակությունը կարող են պահպանել 15-27, գետի ջրում՝ 12-92 օր: Ջրի միջոցով փոխանցվող վարակիչ հիվանդությունները ավելի հաճախ առաջանում են ոչ կենտրոնական ջրամատակարարման աղբյուրներից (ջրհոր, գետի ջուր, բաց ջրամբար), որոնք չեն ենթարկվում վարակազերծման: Կենտրոնացված ջրամատակարարման պայմաններում վարակիչ հիվանդությունների փոխանցումը ջրի միջոցով կարելի է լրիվ բացառել, եթե այն պարբերաբար վարակազերծվի: Ջրի միջոցով փոխանցվող վարակիչ հիվանդություններից հատկապես վտանգավոր են աղիքային հիվանդությունները (խոլերա, որովայնային տիֆ, պարատիֆեր, դիզենտերիա և այլն): Ջրի միջոցով կարող են փոխանցվել նաև լեպտոսպիրոզը, զանազան հելմինթները,

ինչպես նաև սիբիրյան խոցը, տուլարեմիան, տուբերկուլյոզը և այլն: Ջրային բոնկումների բնորոշ են հետևյալ առանձնահատկությունները.

1. Դրանք կապ չունեն հիվանդության սեզոնայնության հետ, (նայած, թե երբ է ջրամատակարարման աղբյուրը կեղտոտվում ախտածին հարուցիչներով):
2. Հիվանդությունը սկզբնական շրջանում կրում է զանգվածային բնույթ, հիվանդության դեպքերը հասնում են գագաթնակետին , որից հետո դեպքերն զգալիորեն նվազում են, արձանագրվում են հատ ու կենտ դեպքեր, որոնք հետևանք են ոչ թե ջրային, այլ կոնտակտային փոխանցման, և թողնում են «համաճարակային պոչ»:
3. Միշտ չէ, որ ջրի միջոցով տեղի ունեցող համաճարակային բոնկումների ժամանակ արձանագրվում են զանգվածային հիվանդացության դեպքեր: Հատուկենտ, թեթև հիվանդացություն արձանագրվում է եթե ազգաբնակչությունը, տարիներ շարունակ օգտվելով վարակված ջրից, ձեռք է բերել անընկալություն: Միշտ չէ, որ ախտածին հարուցիչներով վարակված ջուրը կարող է լինել փոխանցման գործոն:

Բաց ջրամբարներում ընթանում են ինքնամաքման գործընթացներ, որոնց հիմքում ընկած է մի կողմից ջրի աերացիան, մյուս կողմից՝ սապրոֆիտ միկրոօրգանիզմների մրցակցությունը, ինչպես նաև արևի ճառագայթների ազդեցությունը: Աերացիայի հետևանքով ջուրը հարստանում է թթվածնով, որի շնորհիվ տեղի ունեցող թթվեցման պրոցեսները կործանիչ ազդեցություն են գործում միկրոօրգանիզմների վրա:

Հողի դերը վարակի փոխանցման գործում

Հողն այն միջավայրն է, որն ամենաշատն է կեղտոտվում, և որտեղ ինքնամաքման պրոցեսներն ավելի դանդաղ են ընթանում: Հողը կեղտոտվում է մարդկանց և կենդանիների արտաթորանքով, տնտեսական, կենցաղային թափոններով: Հողը հատկապես լավ է փոխանցում այն հիվանդությունները, որոնց հարուցիչները կարողանում են երկար ժամանակ իրենց կենսունակությունը պահպանել այս միջավայրում: Առաջին հերթին դրանք այն միկրոօրգանիզմներն են, որոնց վեգետատիվ ձևերը, ընկնելով հողի մեջ, վեր են ածվում սպորների, պատիճավորվում են՝ դրանով իսկ երկարացնելով իրենց կենսունակությունը հողի միջավայրում: Այն բնակավայրերը, որոնք գուրկ են կոյուղացումից և մաքրման սարքավորումներից, մշտապես կեղտոտում են արտաքին միջավայրը՝ հողը: Հողը հատկապես բարենպաստ միջավայր է անաէրոբ վարակների (փայտացում, գազային գանգրենա, բոտուլիզմ) տարածման գործում: Այս հիվանդությունների հարուցիչները հողում անաէրոբ պայմաններում սպորավորվում են և կարող են երկար տարիներ պահպանել իրենց կենսունակությունը, մասնավորապես՝ սիբիրյան խոցի հարուցիչները: Պատահական չէ, որ այդպիսի հողատարածքները կոչվում են «նզովյալ դաշտեր»: Հողն ունի որոշակի համաճարակաբանական նշանակություն սալմոնելոզների, բրուցելլոզի, լեպտոսպիրոզի փոխանցման գործում, իսկ որովայնային տիֆի, պարատիֆերի, դիզենտերիայի, խոլերայի փոխանցման գործում այն ունի քիչ վտանգավոր դեր: Հողը մեծապես նպաստում է հելմինթոզների փոխանցմանը: Հելմինթների ձվերն այս միջավայրում զարգանում են՝ դառնալով ինվազիոն ձվեր,

որից հետո է միայն վարակը փոխանցվում առողջներին: Հողը հատկապես «օգնում է» գեոհելմինթների փոխանցմանը (ասկարիդոզ, տրիխոցեֆալիդոզ, անկիլոստոմիդոզ, հիմենոլիպիդոզ և այլն): Վարակի փոխանցման առումով վտանգավոր է հողի մակերեսային շերտը (մոտ 20 սմ խորությամբ), որն ավելի ինտենսիվորեն է ենթարկվում աղտոտման: Որքան հողը հարուստ է օրգանական թափոններով, այնքան նպաստավոր պայմաններ են ստեղծվում մի շարք միջատների, այդ թվում նաև ճանճերի կենսաբանական զարգացման համար (նախաթևավոր ձևերի զարգացում): Հողի միջոցով վարակի փոխանցումը կանխելու նպատակով անհրաժեշտ է պարբերաբար հետևել բնակավայրերի սանիտարական մաքրման աշխատանքներին, վնասագերծել կոյուղու ջրերը, բնակավայրերի հողային տարածությունները, բարձրացնել բնակչության ընդհանուր սանիտարական կուլտուրան:

Մանդամթերքի դերը վարակի փոխանցման գործում

Մանդամթերքը հեշտությամբ կարող է փոխանցել աղիքային վարակիչ հիվանդություններ և երբեմն նաև՝ ըմպանի և բերանի խոռոչի վարակներ, քանի որ դրանք օրգանիզմ են ներմուծվում այդ ճանապարհով: Կենդանական ծագում ունեցող սննդամթերքը կարող է վարակը փոխանցել մարդուն միայն այն ժամանակ, եթե այն ստացվել է հիվանդ կենդանիներից: Մանդամթերքը կարող է վարակիչ դառնալ նաև մշակման ժամանակ կեղտոտվելիս: Բուսական ծագում ունեցող սննդամթերքը կարող է վարակիչ դառնալ միայն այն դեպքում, երբ այն կեղտոտվում է միկրոօրգանիզմներով: Մանդամթերքում միկրոօրգանիզմները ոչ միայն պահպանում

են իրենց կենսունակությունը, այլ նաև, հաճախ, գտնելով միանգամայն բարենպաստ պայմաններ, զարգանում են (հատկապես՝ կաթում, մսաջրում և այլն):

Կաթը, որպես փոխանցման գործոն, մեծ դեր ունի ինչպես աղիքային վարակիչ հիվանդությունների (ոքոՎայնային տիֆ և պարատիֆեր, դիզենտերիա, բրուցելոզ, սալմոնելոզներ, պոլիոմիելիտ և այլն), այնպես էլ՝ կաթի միջոցով փոխանցվող մի շարք վերին շնչուղիների վարակիչ (դիֆթերիա, քութեշ, անգինաներ, տուբերկուլոզ և այլն), և արտաքին ծածկույթների հիվանդությունների (դաբաղ, իլնախտ և այլն) ժամանակ: Կաթը կարող է վարակվել ինչպես հիվանդ կենդանիներից (բրուցելոզ, տուբերկուլոզ, ստրեպտոստաֆիլոկոկային վարակներ և այլն), այնպես էլ կաթի հավաքման, վերամշակման և սպառողին առաքելու ընթացքում: Կաթից առաջ եկող վարակի բնկումները սովորաբար ընթանում են բավականին ծանր կլինիկական երևույթներով և բարձր մահաբերությամբ: Կաթի կենտրոնացված մատակարարումը ստեղծում է անհրաժեշտ սանիտարահիգիենիկ պայմաններ հիվանդությունների կանխման համար: Այդ ճանապարհով փոխանցվող Վարակիչ հիվանդությունների փոխանցման գործում էական դեր ունի նաև կաթնամթերքը (յուղ, պանիր, թթվասեր, շոռ և այլն): Վերը նշված կաթնամթերքը ստանալիս՝ կաթը սովորաբար ենթարկվում է պաստերիզացիայի կամ եռացման, որը միանգամայն ապահովում է դրա մեջ եղած միկրոօրգանիզմների ոչնչացումը: Սակայն, բրինձա պանրի ստացման ժամանակ չի ապահովվում հարուցիչների ոչնչացումը, այդ իսկ պատճառով բրինձա պանիրը մինչև 2 ամիս պահում են աղաջրի մեջ: Չպետք է մոռանալ, որ կաթնամթերքի ստացման

Ժամանակ տեղի է ունենում կաթնաթթվային խմորման պրոցես, որը նույնպես հանգեցնում է հիվանդության հարուցիչների ոչնչացմանը: Համաճարակաբանական նշանակություն ունեն նաև պաղպաղակը, կարագից պատրաստված քաղցրավենիքը, սերուցքները (ստրեպտոստաֆիլոկոկային հիվանդություններ):

Միսը, ձկնեղենը որոշակիորեն նպաստում են մի շարք վարակիչ հիվանդությունների փոխանցմանը (սննդային տոքսիկոինֆեկցիաներ, բիոհեղմինթոզներ, բրուցելոզ, տուլարեմիա, սիբիրյան խոց և այլն): Կենդանիների միսը վարակվում է երկու ճանապարհով.

1. երբ կենդանին հիվանդանում է, և հիվանդությունը մսի միջոցով փոխանցվում է մարդկանց (ինտրավիտալ վարակում),
2. երբ միսը վարակվում է կենդանու մորթից հետո՝ անհրաժեշտ սանիտարահիգիենիկ պայմանները չպահպանելու հետևանքով (պոստմորտալ վարակում):

Մսի միջոցով վարակի փոխանցումը տեղի է ունենում այն ժամանակ, երբ այն օգտագործվում է կամ հում վիճակում, կամ ջերմային անկատար մշակումից հետո: Նույնպիսի հանգամանքներում կարող են վտանգավոր լինել նաև ձկները: Համաճարակաբանական տեսակետից առավել վտանգավոր հիվանդություններ կարող են առաջանալ նաև հիվանդ կենդանիների հարկադրական մորթերից: Անասնաբուժական հսկողության բացակայության պայմաններում դրանք կարող են փոխանցել տոքսիկոինֆեկցիաներ, բրուցելոզ, սիբիրյան խոց և այլն: Մի շարք բիոհեղմինթոզների ժամանակ խոշոր եղջերավոր կենդանիները, խոզերը, ձկները հանդիսանում են նրանց միջանկյալ տերերը, և, երբ մարդն օգտագործում է

դրանց միսը առանց ջերմային մշակման, ապա հիվանդանում է տավարի, խոզի երիզորդներով, տրիխինելոզով, լայն երիզորդով և այլն: Այս հիվանդությունների ժամանակ մարդիկ հանդիսանում են այդ հելմինթների վերջնական տերերը: Կարմիր ձկները կարող են փոխանցել բոտուլիզմ: Մսի և ձկնեղենի միջոցով փոխանցվող վարակիչ հիվանդությունների դեմ պետք է համալիր պայքար ծավալել՝ միավորելով բժշկական և անասնաբուժական աշխատողների ջանքերը:

Վարակի փոխանցման գործում նշանակալի դեր ունեն *բանջարեղենը, հատապտուղները*: Մրանց միջոցով փոխանցվում են աղիքային վարակիչ հիվանդությունները: Փոխանցման այս գործոնները վտանգավոր են հատկապես այն ժամանակ, երբ դրանք մշակվում են թարմ կղանքային զանգվածներ պարունակող կեղտաջրերով: Մյուս յուրահատկությունը այն է, որ այս սննդամթերքը չի ենթարկվում ջերմային մշակման և վարակն անարգել կարող է տարածվել ու փոխանցվել առողջ մարդկանց: Փոխանցման այս գործոնը որոշակի համաճարակաբանական նշանակություն ունի Երևան քաղաքի պայմաններում: Երևան քաղաքի կոյուղաջրերը մաքրվելուց հետո թափվում են Հրազդան գետը, որի ջրով ոռոգում են Մասիսի և Էջմիածնի շրջանների բնակավայրերի բանջարանոցները: Ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ մաքրման սարքավորումները միշտ չէ, որ անվտանգ են դարձնում կեղտաջրերը, որի հետևանքով վերը նշված սննդամթերքը վարակվում է զանազան հիվանդությունների, հատկապես գեոհելմինթների ձվիկներով:

Օղբ՝ որպես վարակի փոխանցման գործոն

Օղի միջոցով հիմնականում փոխանցվում են վերին շնչուղիների վարակիչ հիվանդությունները՝ կարմրուկ, դիֆթերիա, կապույտ հազ, ջրծաղիկ, բնական ծաղիկ, գրիպ, քուրեշ, մենինգիտ, թոքերի տուբերկուլոզ, ներհիվանդանոցային թարախաբորբոքային հիվանդությունների զգալի մասը և այլն: Վարակված մարդը հազելիս, փռշտալիս, խոսելիս՝ թքի, լորձի, խորխի հետ միասին արտաքին աշխարհ է արտազատում բազմաթիվ ախտածին հարուցիչներ, որոնք կարող են մնալ օդում 4-5 ժամ, և մարդիկ, շնչելով վարակված օդը, հիվանդանում են այս կամ այն հիվանդությամբ: Այս ճանապարհով մարդկանց վարակումը հատկապես մեծ չափերի է հասնում տարվա ցուրտ եղանակներին, երբ նրանց կուտակումներ են լինում փակ շինություններում (տներ, մանկապարտեզներ, դպրոցներ, հասարակական այլ հիմնարկություններ, կինո, թատրոն և այլն)՝ բարենպաստ պայմաններ ստեղծելով վարակի փոխանցման համար: Վարակը կարող է փոխանցվել ոչ միայն օդակաթիլային մեխանիզմով, այլ նաև՝ օդափռչային ճանապարհով: Այս դեպքում հիվանդության հարուցիչները նստում են գետնին, ապա փռշու հետ միասին անցնում են առողջ մարդկանց օրգանիզմ (թոքերի տուբերկուլոզ, բժշկական միջամտություններով պայմանավորված վարակ, բնական ծաղիկ և այլն): Օդափռչային ճանապարհով (վարակված կենդանիների արտաթորանք, բուրդ) կարող է փոխանցվել սիբիրյան խոց, տուլարեմիա և այլն:

Անկենդան փոխանցման գործոն են իրերն ու առարկաները (հիվանդի մահճակալը, սեղանը, աթոռը, ափսեն, սրբիչը, գդալը, պատառաքաղը, բաժակը և այլն): Այս

ճանապարհով վարակի փոխանցման հնարավորությունները սահմանափակելու առումով կարևոր նշանակություն ունեն հիվանդանոցի սանիտարահիգիենիկ ռեժիմի պահպանման և ընթացիկ ախտահանման հարցերը:

ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱՅԻՆ ՕՋԱԽ

Համաճարակային օջախը վարակի աղբյուրի շրջակա տարածքն է, որի սահմաններում հնարավոր է վարակի փոխանցումը: Վարակիչ հիվանդության օջախը, կապված սովյալ հիվանդության համաճարակաբանական յուրահատկությունների հետ (փոխանցման մեխանիզմի ակտիվություն, սոցիալ-կենցաղային յուրահատկություններ, ընկալության աստիճան և այլն), կարող է տարբեր մեծություններ ունենալ: Եթե դիզենտերիայի ժամանակ հիվանդության օջախ կարելի է համարել հիվանդի և նրա հարևանների տները, ապա ժանտախտի ժամանակ օջախն ավելի մեծ տարածքներ է ընդգրկում՝ բնակավայրեր, մարզ, անգամ ամբողջ հանրապետությունը: Վարակիչ հիվանդության օջախը նաև ժամանակային հասկացողություն է, այն հավիտյան գոյություն ունենալ չի կարող: Այդ իսկ պատճառով այն կարելի է վերացված համարել այն ժամանակ, երբ օջախում հիվանդության վերջին դեպքից անցնում է նույն հիվանդության առավելագույն գաղտնի ժամանակաշրջանը, և հիվանդության նոր դեպքեր չեն արձանագրվում: Հակահամաճարակային միջոցառումները տարվում են հիվանդների հայտնաբերման, մեկուսացման և բուժման ուղղությամբ՝ անկախ կլինիկական յուրահատկություններից: Սակայն համաճարակային օջախը

կարող է իր ակտիվությունը պահպանել հիվանդների մեկուսացումից և բուժումից հետո ևս, եթե հիվանդության հարուցիչները պահպանում են իրենց կենսունակությունը արտաքին միջավայրում: Այդ իսկ պատճառով՝ երկրորդ միջոցառումը պետք է տարվի արտաքին միջավայրում հիվանդության հարուցիչների վերացման ուղղությամբ (դեզինֆեկցիա):

ՄԻՋՈՑԱՌՈՒՄՆԵՐ ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱՅԻՆ ՕՋԱԽՈՒՄ

Վարակի աղբյուրը (հիվանդ մարդ) հայտնաբերելիս անհրաժեշտ է անմիջապես՝ շտապ հաղորդման քարտը ստանալուց ամենաուշը 24 ժամ հետո, իրականացնել միջոցառումներ, որոնք պետք է ուղղված լինեն.

1. հիվանդ մարդուն,
2. հիվանդի հետ շփման մեջ մտած անձանց (կոնտակտավորներ),
3. արտաքին միջավայրի զանազան ազդակների (դեզինֆեկցիա, դեզինսեկցիա, դեռատիզացիա) նկատմամբ:

1. **Հիվանդ մարդկանց նկատմամբ** ձեռնարկվող միջոցառումներից են՝ նրանց վաղաժամ ախտորոշումը, հաշվառումը (շտապ հաղորդումը), մեկուսացումը և սպեցիֆիկ բուժումը: Հիվանդի վաղաժամ ախտորոշումն ապահովում է օջախում ավելի արդյունավետ հակահամաճարակային միջոցառումների անցկացումը, իսկ նրա պատճառագիտական բուժումը խիստ սահմանափակում է վարակի տարածումն առողջ մարդկանց

շրջանում: Նրա մեկուսացումը հիվանդանոցում կամ տանը ծառայում է նույն նպատակին:

- 2. Կոնտակտավորների նկատմամբ** իրականացվող միջոցառումների համալիրում կարևոր նշանակություն ունի նրանց ճիշտ հաշվառումը: Այս կապակցությամբ պետք է ասել, որ գոյություն ունի կայուն օրինաչափություն՝ կոնտակտավորների թիվը միշտ ավելի բարձր է տվյալ հիվանդի ընտանիքի անդամների թվից: Համաճարակային օջախում հիվանդի հետ շփվում են ոչ միայն ընտանիքի անդամները, այլև՝ հարևանները, բարեկամները, ընկերները և ուրիշներ: Կոնտակտավորների հաշվառումից հետո նրանց նկատմամբ սահմանվում է բժշկական հսկողություն, ինչի հիմքում ընկած է տվյալ վարակիչ հիվանդության առավելագույն գաղտնի շրջանը, որից հետո հսկողությունը դադարեցվում է (եթե կոնտակտավորը չի հիվանդանում): Կոնտակտավորների շրջանում վարակակիրներ հայտնաբերելու նպատակով անցկացնում են լաբորատոր քննություն, վերջիններիս հայտնաբերելիս՝ սանացիայի նպատակով անհապաղ հոսպիտալացնում են: Որոշ վարակիչ հիվանդությունների (ժանտախտ, խոլերա) ժամանակ կոնտակտավորների շրջանում անցկացվում է դեղորայքային քիմիոկանխարգելում հիվանդությունը և վարակակրությունը կանխելու նպատակով: Որոշ վարակիչ հիվանդությունների (կատաղություն, բնական ծաղիկ, կարմրուկ) ժամանակ կոնտակտավորների շրջանում անցկացնում են կանխազգուշական պատվաստումներ: Այս միջոցառումներն արդյունավետ են

այն ժամանակ, երբ հայտնի է հիվանդի հետ կոնտակտավորի շփման օրը (կարմրուկ):

3. **Արտաքին միջավայրի նկատմամբ** ուղղված միջոցառումներից համաճարակային օջախում անցկացվում է դեզինֆեկցիա, դեզինսեկցիա և դեռատիզացիա: Դեզինսեկցիան (ախտահանում) կատարվում է կենդանի փոխանցողների, ինչպես նաև տնային ճանձերի նկատմամբ, իսկ դեռատիզացիան՝ վարակի աղբյուր հանդիսացող զանազան կրծողների նկատմամբ:

ՀԱԿԱՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱՅԻՆ ՄԻՋՈՑԱՌՈՒՄՆԵՐ

Վարակիչ հիվանդությունների դեմ հակահամաճարակային միջոցառումները հիմնականում ուղղված են համաճարակային պրոցեսի երեք շարժիչ ուժերի (վարակի աղբյուր, փոխանցման մեխանիզմ և ընկալ օրգանիզմ) դեմ: Կախված վարակիչ հիվանդության յուրահատկություններից՝ առաջնությունը տրվում է այն միջոցառմանը, որն ավելի մեծ արդյունավետություն ունի, օրինակ՝ շնչուղիների վարակիչ հիվանդությունների ժամանակ կանխազգուշական պատվաստումներն ավելի բարձր արդյունավետություն ունեն, քան մյուս միջոցառումները: Ուստի, այս խմբի վարակիչ հիվանդությունների դեմ պայքարելիս, առաջնությունը տրվում է պատվաստումներին, հետո միայն՝ մնացած միջոցառումներին: Աղիքային վարակիչ հիվանդությունների դեմ պայքարի միջոցառումների համալիրում առաջնայինը և արմատականը փոխանցման մեխանիզմի նկատմամբ ձեռնարկվող միջոցառումներն են

(կենտրոնական ջրամատակարարում և կոյուղացում, աղբահանություն, պայքար ճանճերի դեմ, սննդամթերքի նկատմամբ սանիտարահիգիենիկ նորմերի պահպանում և այլն): Չնայած այսպիսի մոտեցմանը, հակահամաճարակային միջոցառումները կրում են համալիր բնույթ ու սովորաբար տարվում են բոլոր ուղղություններով:

Միջոցառումներ վարակի աղբյուրի նկատմամբ

Այս միջոցառման հիմքում ընկած է այն խնդիրը, թե որքանով է մեզ հաջողվում անվտանգ դարձնել վարակի աղբյուրը: Եթե հաջողվում է վարակի աղբյուրը արմատականորեն անվտանգ դարձնել, ապա նման միջոցառումը համարվում է ամենից արդյունավետը: Եթե վարակի աղբյուր են կենդանիները (զոոնոզ հիվանդություններ), ապա լավագույն միջոցառումը նրանց ոչնչացումն է (շներ, գայլեր, կրծողներ) կամ լրիվ մեկուսացումը (ձիեր, խոշոր ու մանր եղջրավոր կենդանիներ, խոզեր և այլն): Վարակի աղբյուրի նկատմամբ ձեռնարկվող միջոցառումների մեջ որոշակի նշանակություն ունի հիվանդների վաղաժամ ախտորոշումը և հայտնաբերումը, որից և կախված է նրանց ժամանակին մեկուսացումը (հոսպիտալացումը): Վարակի աղբյուրի նկատմամբ ձեռնարկվող միջոցառումների գնահատականը տալիս, պետք է նկատի ունենալ, թե այն հիվանդության որ օրն է հայտնաբերվել և երբ է մեկուսացվել հիվանդը, որը թույլ է տալիս պարզել թե ինչքան ժամանակ է վարակի աղբյուրը մնացել տանը և տարածել հարուցիչներն արտաքին միջավայրում և առողջ մարդկանց շրջանում: Վարակի աղբյուրի մեկուսացումը որոշակիորեն դժվարանում է այն

դեպքում, երբ աղբյուրը վարակված մարդիկ են (անթրոպոնոզ հիվանդություններ): Հատկապես մեծ են դժվարությունները քրոնիկ ընթացք ունեցող հիվանդությունների դեպքում (տուբերկուլոզ, սիֆիլիս, տրախոմա, որովայնատիֆային քրոնիկ վարակակրություն և այլն), երբ մահճակալային հնարավորությունների պակասի հետևանքով երկար ժամանակ հնարավոր չէ հիվանդին մեկուսացնել ստացիոնարի պայմաններում: Նման դեպքերում վարակի աղբյուրը հնարավոր չէ արմատապես վերացնել, որի պատճառով նրանք վարակն անարգել տարածում են առողջ մարդկանց շրջանում: Վարակի աղբյուրի վնասագերծման գործում կարևոր նշանակություն ունի հիվանդների պատճառագիտական (էթիոլոգիական), սպեցիֆիկ, վաղաժամ բուժումը, որը խիստ կրճատում է հիվանդի վարակելիության ժամանակաշրջանը, միաժամանակ նպաստում է հիվանդների վաղաժամ ապաքինմանը: Հիվանդների մեկուսացումը ստացիոնարներում, սանիտարահակահամաճարակային ռեժիմի պահպանման պայմաններում հանգեցնում է նրան, որ այդպիսիք դադարում են վտանգ ներկայացնել արտաքին միջավայրի համար: Վարակի աղբյուրի դեմ իրականացվող միջոցառումներում մեծ տեղ է հատկացվում վարակակիրների բուժմանը (սանացիա), քիմիոպրոֆիլակտիկային: Վարակակիրների սանացիան կատարվում է բուժող բժիշկի կամ դիսպանսերի բժիշկի կողմից՝ հատուկ դեղամիջոցների օգնությամբ, որոնք ընտրողական ազդեցություն ունեն տվյալ հիվանդության հարուցիչների վրա: Այդ դեղամիջոցները պատկանում են սուլֆանիլամիդների և հակաբիոտիկների շարքին: Վարակակիրների սանացիան մեծապես նպաստում է

վարակի աղբյուրից եկող վտանգի կանխմանը, այն հատկապես արդյունավետ է սուր վարակակրության ժամանակ: Սակայն, վերջին տասնամյակներին այս հարցում ի հայտ են եկել բավականին խնդիրներ, որոնք նվազեցնում են այս միջոցառման արդյունավետությունը: Խոսքը վերաբերում է դեղամիջոցների նկատմամբ միկրոօրգանիզմների զգայունության անկմանը, որը հիմնականում առաջանում է հակաբիոտիկների անկանոն և առանց հսկողության օգտագործումից: Այսպիսի երևույթի կանխման համար անհրաժեշտ է մինչև սանացիայի սկսելը վարակակիրներին ենթարկել բակտերիոլոգիական քննության ու որոշել միկրոօրգանիզմի զգայնությունը և նշանակել այնպիսի հակաբիոտիկ, որի նկատմամբ հիվանդության հարուցիչը զգայուն է: Վերջին տարիներին օգտագործվում են կենսաբանական այնպիսի պատրաստուկներ, որոնց միկրոօրգանիզմները չեն ընտելանում:

Վարակի աղբյուրի նկատմամբ ձեռնարկվող միջոցառումներում որոշակի նշանակություն ունի ազգաբնակչության քիմիոպրոֆիլակտիկան, որը, սովորաբար, կատարվում է հատուկ վտանգավոր, կարանտինային հիվանդությունների ժամանակ: Վարակի աղբյուրի նկատմամբ ձեռնարկվող միջոցառումների համակարգում կարևորվում են նաև հիվանդներին ստացիոնարից դուրս գրելու նախադրյալները: Հիվանդանոցում բուժվող հիվանդին կարելի է դուրս գրել այն ժամանակ, երբ նրա մոտ լրիվ վերացած են հիվանդության կլինիկական երևույթները, հիվանդն իրեն զգում է միանգամայն առողջ և լաբորատոր կրկնակի (որոշ դեպքերում՝ եռակի) քննությունների ժամանակ չեն

հայտնաբերվում հարուցիչները: Որպեսզի այս միջոցառումն առավել արդյունավետ լինի, ստացիոնարից դուրս գրելուց հետո պոլիկլինիկաների վարակիչ հիվանդությունների կաբինետները նման մարդկանց վերցնում են դիապանսեր հսկողության տակ, և նրանց նկատմամբ սահմանվում է բժշկական և բակտերիոլոգիական հսկողություն:

Միջոցառումներ վարակի փոխանցման մեխանիզմի նկատմամբ

Փոխանցման մեխանիզմի նկատմամբ հակահամաճարակային միջոցառումները բազմաբնույթ են՝ կախված փոխանցման յուրահատկություններից: Դրանք նպատակ ունեն համաճարակային պրոցեսի երկրորդ օղակի միջոցով արգելակել վարակի փոխանցման հնարավորությունը:

Տարբեր խմբերի վարակիչ հիվանդությունների ժամանակ հակահամաճարակային միջոցառումները տարբեր բնույթի են լինում: Օրինակ՝ արյունային վարակիչ հիվանդությունների ժամանակ վարակը փոխանցվում է միայն արյուն ծծող միջատների օգնությամբ: Ուստի և պայքարը այս խմբի հիվանդությունների դեմ իրականացվում է միայն այդ փոխանցողների ոչնչացման ուղղությամբ: Մինչդեռ, աղիքային վարակիչ հիվանդությունների ժամանակ վարակի փոխանցումն իրականացվում է մի շարք գործոնների (վարակված ջուր, սննդամթերք, ճանճեր, կեղտոտ ձեռքեր և այլն) միջոցով: Այդ իսկ պատճառով հակահամաճարակային միջոցառումները այս խմբի հիվանդությունների դեպքում կրում են համալիր բնույթ և տարվում այն բոլոր ուղղություններով, որոնցով տեղի է ունենում վարակի փոխանցում:

Ավելի դժվար է հակահամաճարակային միջոցառումների կազմակերպումն այն հիվանդությունների ժամանակ, որոնք ունեն մեկից ավելի փոխանցման մեխանիզմ (բրուցելոզ, տուլարեմիա, ժանտախտ և այլն): Օրինակ՝ տուլարեմիան փոխանցվում է ինչպես տրանսմիսիվ (տզեր), այնպես էլ ֆեկալ-օռալ (ինչպես աղիքային վարակիչ հիվանդությունները) մեխանիզմներով, ուստի այս հիվանդության փոխանցման մեխանիզմի դեմ ուղղված հակահամաճարակային միջոցառումները պետք է տարվեն երկու ուղղությամբ: Նույնը կարելի է ասել նաև ժանտախտի դեպքում, հաշվի առնելով, որ այն կարող է փոխանցվել ինչպես տրանսմիսիվ (լվեր), այնպես էլ օդակաթիլային, անգամ՝ ալիմենտար ուղիներով: Մի շարք շնչուղիների հիվանդությունների ժամանակ փոխանցման մեխանիզմի դեմ ուղղված միջոցառումներ իրականացվում են ախտահանիչ նյութերով, իսկ որոշ դեպքերում բավարարվում են միայն օդափոխությամբ (կարմրուկ, խոզուկ, գրիպ և այլն):

Արտաքին ծածկույթների խմբի փոխանցման գործոնները շատ բազմապիսի են, ինչը և բավականին դժվարացնում է այս գործոնների դեմ արմատական պայքարի և կանխարգելման միջոցառումների կազմակերպումը: Ուստի միջոցառումների մեջ որոշակի տեղ են զբաղում անհատական հիգիենայի (սրբիչ, անկոդնային պարագաներ, ամանեղեն, խաղալիքներ և այլն) ապահովմանն ուղղված միջոցառումները:

Այսպիսով, փոխանցման մեխանիզմի դեմ ձեռնարկվող գործողությունները (սանիտարաառողջարարական և հակահամաճարակային) ուղղված են փոխանցման գործոնների ընդհատմանը կամ նրանց վերացմանը:

Միջոցառումներ ընկալ օրգանիզմի նկատմամբ

Այս խումբ միջոցառումներն ուղղված են վարակիչ հիվանդությունների նկատմամբ ազգաբնակչության անընկալության բարձրացմանը, ինչը իրականացվում է ակտիվ (կանխագոյշական պատվաստումներ) և պասիվ (իմունոգլոբուլիններ և իմուն շիճուկներ) իմունիզացիայի ճանապարհով:

ՀԱՏՈՒՎ ՎՏԱՆԳԱՎՈՐ ՎԱՐԱԿՆԵՐ, ԿԱՐԱՆՏԻՆ

Հատուկ վտանգավոր վարակները (ՀՎՎ, կարանտինային վարակներ) վարակիչ հիվանդությունների պայմանական խումբ են, որոնք առանձնահատուկ համաճարակաբանական վտանգ են ներկայացնում: ՀՎՎ-ի ցանկը և տարածման կանխարգելումը ամրագրվել են 1969-ի հուլիսի 26-ի ԱՀԿ-ի 22-րդ նստաշրջանի կողմից ընդունված միջազգային բժշկասանիտարական նորմերով: 1981-ի ուղղումներով ցանկը ներառում էր միայն երեք հիվանդություն՝ ժանտախտ, խոլերա, դեղին տենդ: Ներկայումս ցանկն ընդլայնվել է և չի սահմանափակվում կոնկրետ ցանկի հիվանդություններով, այլ ներառում է «հիվանդություն, կամ բժշկական վիճակ, անկախ դրա ծագումից և աղբյուրից, որը ներկայացնում է, կամ կարող է ներկայացնել վտանգ մարդկանց զգալի վնասի հասցման տեսանկյունից»:

Բնորոշող հատկանիշները՝

1. բարձր վարակելիություն (փոխանցվելու հնարավորություն),

2. կոնտագիոզություն՝ շրջապատին բարձր հիվանդացություն (առանձին օրգանիզմների ընկալություն հիվանդության նկատմամբ),
3. դժվար բուժում և բարձր մահաբերություն:

Ներկայումս ԱՀԿ-ի դասակարգման համաձայն հատուկ վտանգավոր վարակների թվին են պատկանում՝

- իտլերան,
- թոքային ժանտախտը,
- դեղին տենդը,
- վիրուսային հեմոռագիկ տենդերը (Էբոլա, Լասսա, Մարբուրգ),
- Արևմտյան Նեդոսի տենդը,
- այլ հիվանդություններ, որոնք ներկայացնում են հատուկ ազգային և տարածաշրջանային անհանգստություն:

1973-ին ՀՎՎ-ի ցանկից ԱՀԿ-ն հանեց բժավոր և հետադարձ տիֆերը, 1981-ին՝ բնական ծաղիկը՝ դրա վերացման կապակցությամբ: 2005-ին ցանկը համալրվեց հեմոռագիկ տենդերով և ներկայումս ցանկը բաց է ու ներառում է «այլ հիվանդություններ»: Օրինակ Ռուսաստանում ՀՎՎ-ի թվին են պատկանում նաև սիբիրյան խոցը և տուլարեմիան:

Կարանտինը (առաջացել է իտալ. Quaranta-քառասուն բառից) միջոցառումների համալիր է՝ ուղղված վարակված կամ կասկածելի վարակված անձի (անձանց), կենդանու, բեռի, ապրանքի, տրանսպորտային միջոցի, բնակավայրի հետ շփումների սահմանափակմանը (մեկուսացմանը): Ի սկզբանե կարանտին բառը նշանակում էր «ժամանակ՝

կազմված քառասուն օրից» և միայն XVIII դարի վերջին ի հայտ եկավ այս բառի երկրորդ իմաստը՝ «վայր, որտեղ վարակված վայրերից եկողները պետք է իջևանեն»: Կարանտինային միջոցառումների մասին առաջին վերհուշները հանդիպում են դեռևս հին Կտակարանում: Կարանտինի տևողությունը ներկայումս կախված է վարակիչ հիվանդության տեսակից, տարածվածությունից և մի շարք այլ տարածաշրջանային առանձնահատկություններից: ՀՎՎ-ով հիվանդի հայտնաբերման դեպքում բուժ-կանխարգելիչ հաստատությունում հիվանդների ընդունելությունը դադարեցվում է: Արգելվում է սովյալ սենյակում գտնվող անձանց ելքը: Բժիշկը հեռախոսով հայտնում է բուժհաստատության ղեկավարին՝ ՀՎՎ-ի դեպքի հայտնաբերման մասին՝ օգտագործելով համապատասխան ծածկագրեր՝ չնշելով հիվանդությունը: Բուժհաստատության ղեկավարը կրկին ծածկագրով հայտնում է հիգիենիկ համաճարակային հսկողության կենտրոն և գլխավոր սանիտարական բժշկին: Վերջինս ապահովում է հատուկ ստացիոնարի նախապատրաստումը վարակիչ հիվանդանոցի բազայի վրա, ինչպես նաև ապահովում է մեքենաներով տեղափոխումը ՀՎՎ-ի հայտնաբերման վայրից: Արգելվում է բուժհաստատությունում գտնվող անձանց ելքը: ԲԿՀ-ի ավագ բուժքույրը մուտքի մոտ սահմանում է բուժաշխատողի հերթապահություն, որը պատասխանատու է անհրաժեշտ նյութերի փոխանցման համար: Ներս են փոխանցվում անհրաժեշտ պաշտպանիչ արտահագուստ բուժանձնակազմի համար, ախտահանիչ նյութեր, ՀՎՎ-ի հաստատման համար լաբորատոր հետազոտությունների վերցման արտակարգ միջոցներ,

դեղեր, սարքավորումներ, որոնք անհրաժեշտ են հիվանդին շտապ բուժօգնություն ցուցաբերելու համար: Ավագ բուժքույրն ապահովում է հաստատությունում գտնվող բոլոր անձանց հաշվառումը: Բուժաշխատողները, նախապես ախտահանիչ նյութերով մշակվելուց հետո, հազնում են հատուկ արտահագուստը, վերցնում անալիզներ՝ ըստ ընդունված ձևի, հիվանդին ցուցաբերում են անհրաժեշտ բժշկական օգնություն: Հիվանդին տեղափոխում են հիվանդանոց, ուղեկցողներին՝ մեկուսարան: Համաճարակային օջախում իրականացվում է եզրափակիչ ախտահանում: Կազմվում է կոնտակտավորների ցուցակը, հիվանդի հետ սերտ շփման մեջ եղած անձինք ենթարկվում են պրոֆիլոգոր հոսպիտալիզացման: Կոնտակտավորները, ովքեր չունեն հիվանդության նշաններ և ցանկանում են դուրս գալ օջախից, ենթարկվում են օբսերվացիայի, որի տևողությունը կախված է տվյալ վարակիչ հիվանդության մաքսիմալ ինկուբացիոն շրջանից: Գլխավոր համաճարակաբանի հրահանգով հնարավոր է ոչ սերտ շփման մեջ եղած անձանց շրջանում շտապ վակցինականխարգելման իրականացումը: Հատուկ վտանգավոր վարակները, իրենց յուրահատկությունների շնորհիվ կազմում են զանգվածային վնասման կենսաբանական զենքի հիմքը, այդ իսկ պատճառով դրանց ուսումնասիրությունն ունի նաև ռազմական նշանակություն:

ԱՌՏԱՀԱՆՈՒՄ (ԴԵՁԻՆՖԵԿՑԻԱ)

Դեզինֆեկցիա բառը ծագել է ֆրանսիական des - ոչնչացնել, հեռացնել և infectia - վարակ բառերից: Ախտահանումը կոչված է մշակել միջոցներ և մեթոդներ վարակիչ հիվանդությունների հարուցիչներին, նրանց փոխանցողներին, ինչպես նաև կրծողներին ոչնչացնելու համար: Նեղ իմաստով ախտահանում բառի տակ պետք է հասկանալ հիվանդության հարուցիչների ոչնչացումն արտաքին միջավայրում: Գործնականում՝ ախտահանման (դեզինֆեկցիոն) միջոցառումները իրականացվում են ախտահանման (դեզինֆեկցիոն) կայանների կողմից: Ախտահանման աշխատանքները պարբերաբար տարվում են նաև բուժհիմնարկներում (ստացիոնարներ, պոլիկլինիկաներ, դիսպանսերներ և այլն):

Ախտահանումը (դեզինֆեկցիան) լինում է կանխազգուշական և օջախային, որն իր հերթին լինում է՝ ընթացիկ և եզրափակիչ:

- 1. Կանխազգուշական ախտահանումը (դեզինֆեկցիան)** կատարվում է անկախ հիվանդության առկայությունից և նպատակ ունի ոչնչացնել արտաքին միջավայրում կուտակված հիվանդության հարուցիչները: Կանխազգուշական ախտահանում կատարվում է առաջին հերթին մարդկանց կուտակման վայրերում (կայարաններ, գնացքներ, նավեր, ինքնաթիռներ, մետրո, մանկական հիմնարկություններ, դպրոցներ, բժշկական հիմնարկություններ, հյուրանոցներ, լողավազաններ, հանրակացարաններ, արտաքնոցներ և այլն): Կանխազգուշական ախտահանության մեջ է մտնում նաև

խմելու ջրի, կաթի (պաստերիզացիա) վարակազերծումը: Կանխագուշակյան ախտահանումը ներառում է նաև վերը նշված հիմնարկությունների օդի վարակազերծումը (հատկապես բժշկական հիմնարկներում, լաբորատորիաներում) ուլտրամանուշակագույն ճառագայթներով, էթիլենգլիկոլով և այլ նյութերով: Վերը նշված հիմնարկությունների խոնավ ախտահանումը կատարվում է տարբեր ախտահանիչ նյութերի միջոցով: Հիմնարկություններում, բնակարաններում, հանրակացարաններում, հյուրանոցներում վերին շնչուղիների հիվանդությունների կանխարգելման նպատակով կատարվում է խոնավ ախտահանում: Նույն կերպ ախտահանում է կատարվում նաև մանկական հիմնարկություններում: Սննդարդյունաբերության ձեռնարկություններում ախտահանումը կատարվում է ջերմության օգնությամբ (եռացում) և ավելի հազվադեպ քիմիական ախտահանիչ նյութերով: Կոմունալ ձեռնարկություններում (բաղնիքներ, վարսավիրանոցներ) ախտահանման ժամանակ առանձնակի ուշադրություն է դարձվում խոնավ մաքրման աշխատանքների վրա:

2. **Ընթացիկ ախտահանումը** կատարվում է հիվանդի անկողնու մոտ՝ ինչպես հիվանդանոցում, այնպես էլ տան պայմաններում: Այն կատարվում է այնքան ժամանակ, ինչքան հիվանդը գտնվում է ստացիոնարում կամ տանը: Ընթացիկ ախտահանման նպատակն է վարակազերծել արտաքին աշխարհ արտազատված յուրաքանչյուր արտաթորանք (կղանք, մեզ, փսիման գանգվածներ, խորիս և այլն), ինչպես նաև սննդի մնացորդները, սպիտակեղենը, անկողնային պարագաները, հիվանդին շրջապատող

իրերը: Օղակաթիլային վարակիչ հիվանդությունների ժամանակ հաճախ օղափոխում են սենյակը, անհրաժեշտության դեպքում ախտահանում են օդը: Հիվանդից վարակվելու վտանգը կանխելու նպատակով խնամողները պետք է հագնեն բամբակաթանգիֆային դիմակներ: Եթե հիվանդը չի փոխադրվում հիվանդանոց, ապա տանը պետք է պայմաններ ստեղծել վարակի տարածումը սահմանափակելու ուղղությամբ. հիվանդին տեղավորում են առանձին սենյակում: Նման պայմանների բացակայության դեպքում, սենյակում անկյուն են առանձնացնում, այն ընդհանուր սենյակից մեկուսացնում են սավաններով: Հակահամաճարակային ռեժիմը պահպանելու համար անհրաժեշտ է հիվանդի արտաթորանքները, նախքան ընդհանուր կոյուղու մեջ թափելը, սահմանված ժամկետով անպայման ենթարկել ախտահանման:

3. **Եզրափակիչ ախտահանումը** կատարվում է մեկ անգամ՝ հիվանդին կամ վարակակրին տնից հիվանդանոց փոխադրելուց անմիջապես հետո, ինչպես նաև այն դեպքերում, երբ հիվանդասենյակը փոխում է իր պրոֆիլը, օրինակ՝ աղիքային բաժանմունքը վերածվում է օղակաթիլայինի, կամ ընդհակառակը: Եզրափակիչ ախտահանում կատարվում է նաև այն դեպքում, երբ հիվանդը մահանում է: Եզրափակիչ ախտահանման նպատակն է՝ վարակի աղբյուրի փոխադրումից հետո օջախն ախտահանել այնպես, որ բացառվի նոր վարակման հնարավորությունը նույն օջախում: Եզրափակիչ ախտահանման պետք է ենթարկել այն բոլոր իրերն ու առարկաները, որոնք կարող են լինել վարակի

փոխանցման գործոն: Պետք է նաև հաշվի առնել միկրոօրգանիզմների կայունության աստիճանը, որից հետո միայն որոշել ախտահանիչ նյութի խտությունը: Եթե գործ ունենք օրգանիզմից դուրս ոչնչացող հարուցիչների հետ (կարմրուկ, ջրծաղիկ, խոզուկ և այլն), ապա եզրափակիչ ախտահանման կարիք չկա և պետք է բավարարվել միայն օդափոխությամբ: Եզրափակիչ ախտահանման համաճարակաբանական նշանակությունն անհամեմատ մեծանում է հիվանդի փոխադրումից հետո (քաղաքատիպ բնակավայրերում 6 ժամից, իսկ գյուղականում 12 ժամից ոչ ուշ): Ախտահանության արդյունավետության հիմքում ընկած է մշակված վայրից միկրոօրգանիզմների հայտնաբերումը: Այս նպատակով ախտահանված տարբեր իրերից և առարկաներից վերցնում են լվացուկներ և ենթարկում մանրէաբանական քննության: Բացասական պատասխանի դեպքում կարելի է համարել, որ ախտահանումն արդյունավետ է եղել:

ԱԽՏԱՀԱՆՄԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

Տարբերում են՝

1. մեխանիկական մեթոդներ,
2. ֆիզիկական մեթոդներ,
3. քիմիական մեթոդներ:

Մեխանիկականից են՝ լվացումը, խոնավ կամ փոշեկուլով մաքրումը, աղտոտվածության մեխանիկական հեռացումը:

Ֆիզիկական գործոններից լայնորեն կիրառվում է վարակված նյութի եռացումը, այրումը, ջրային գոլորշիներով

ներագրումը, պաստերիզացիան և տինդալիզացիան, ինչպես նաև չոր, տաք օդը, ուլտրամանուշակագույն, ռենտգեն ճառագայթները, ուլտրաձայնը և այլն:

Քիմիական նյութերով ախտահանման ժամանակ օգտագործվում են տարբեր խմբերի պատկանող միացություններ՝ հալոգեններ, ֆենոլներ, թթուներ, հիմքեր, ալդեհիդներ, պերօքսիդներ, ծանր մետաղների աղեր, սպիրտներ և այլն: Քիմիական ախտահանիչ նյութերը պետք է համապատասխանեն հետևյալ պահանջներին՝ ջրում պետք է լավ լուծվեն, նյութի փոքր խտությունները պետք է արդյունավետ լինեն և ազդեն կարճ ժամանակամիջոցում, պետք է բազմակողմանի ազդեն միկրոօրգանիզմի վրա, բացասական հետևանքներ չթողնեն մշակված մակերեսներին, անվնաս կամ քիչ թունավոր լինեն մարդկանց և կենդանիների համար, օժտված լինեն կայունությամբ և հարմար՝ տեղափոխադրվելու համար:

ԱՌՏԱՀԱՆՄԱՆ ՔԻՄԻԱԿԱՆ ՄԻՋՈՑՆԵՐ

1. Քլոր պարունակող նյութեր - քլորը, քլորակիր հիպոքլորիդային կալցիումի աղ չեզոք հիպոքլորիդային կալցիում նատրիումի և կալցիումի հիպոքլորիդներ քլորամիններ
2. Յոդի և բրոմի միացությունները
3. Թթվեցնողներ
4. Սպիրտներ և ալկոհոլներ
5. Ֆենոլը և նրա ածանցյալները
6. Լվացող միջոցներ - դետերգենտներ
7. Թթուներ
8. Հիմքեր

ՊԱՅՔԱՐ ՄԻՋԱՏՆԵՐԻ ԴԵՄ (ԴԵԶԻՆՍԵԿՑԻԱ)

Դեզինսեկցիան (Des - ոչնչացնել, հեռացնել, insectum - միջատներ) զանազան միջատների ոչնչացմանն ուղղված միջոցառումների համալիր է: Միջատները կարող են լինել վարակիչ հիվանդությունների փոխանցողներ (մոծակներ, մլակներ, ճանճեր, լվեր, ոջիլներ, սզեր), և վարակիչ հիվանդությունների փոխանցման գործում դեր չխաղացողներ (փայտոջիլներ, մրջյուններ, ուտիճներ, ցեցեր և այլն):

Դեզինսեկցիան կատարվում է **ֆիզիկական, քիմիական և կենսաբանական** մեթոդներով:

Ֆիզիկական մեթոդի ժամանակ օգտագործվում է տաք օդը, եռացրած ջուրը: Որոշ դեպքերում, հատկապես ուտիճներին ոչնչացնելիս, կիրառվում է նաև ցածր ջերմաստիճանը (-50):

Մեխանիկական միջոցներից օգտագործվում են կաշող թղթերը, թակարդները և այլն:

Քիմիական մեթոդի ժամանակ օգտագործվում են զանազան քիմիական նյութեր, որոնք ոչնչացնում են միջատներին (ինսեկտիցիդներ), սզերին (ակարիցիդներ), ինչպես նաև նրանց ձվերին (օվոցիդ) և թրթուրներին (լարվիցիդներ): Կենսաբանական մեթոդ. այս մեթոդի ժամանակ օգտագործում են զանազան հորմոններ, ճառագայթներ (ռենտգենյան, գամմա և այլն), որոնց օգնությամբ ստերիլիզացիայի են ենթարկում արու միջատներին, որը հանգեցնում է միջատների սերնդավորության նվազեցմանը և ապա՝ վերացմանը: Բացի այդ, օգտագործվում են նաև զանազան բակտերիաներ և

վիրուսներ, որոնք ոչնչացնում են միջատներին և հողվածոտանիներին:

ԴԵՌԱՏԻԶԱՑԻԱ

Ֆրանսերեն բառ է՝ deratisation (կրծողների ոչնչացում): Միջոցառումների համալիր՝ ուղղված համաճարակաբանական առումով վտանգավոր և տնտեսական առումով վնասակար կրծողների ոչնչացմանը: Սովորաբար դեռատիզացիան կատարում են տներում, օժանդակ շինություններում, նավահանգիստիարում, նավերում, ինչպես նաև բաց օդում: Կանխարգելման նպատակն է ոչնչացնել կրծողների սնուցման բազաները, կանխարգելել նրանց մուտքն այդ վայրերը: Բնակավայրերում տարվում են սանիտարական և տեխնիկական շինարարական աշխատանքներ՝ աղբի ամենօրյա հավաքում մետաղյա տարաներում, ապա դրանց դրանց տեղափոխում և վնասազերծում, շինությունների նկուղային հարկի ցեմենտապատում, թիթեղապատում, պատուհանների ապակեպատում, աղբամանները միշտ փակ պահելը և այլն: Կրծողների ոչնչացման միջոցառումները կատարվում են հատուկ ծառայության կողմից ոչ պակաս, քան ամիսը մեկ անգամ: Ոչնչացման աշխատանքները կատարվում են **մեխանիկական, քիմիական, կենսաբանական մեթոդներով:**

ԱՆԸՆԿԱԼՈՒՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

Անընկալունակության կամ իմունիտետային ռեակցիան կրում է պաշտպանողական բնույթ և կոչված է օրգանիզմն

ագատել դրսից ներխուժած օտարածին անտիգենից, որը խախտում է նրա ներքին միջավայրի ամբողջականությունը:

Անընկալունակությունը լինում է երկու տեսակի՝ ***ակտիվ և պասիվ***:

Ակտիվ անընկալունակություն է կոչվում օրգանիզմի այն վիճակը, երբ ի պատասխան օրգանիզմ ներխուժած անտիգենի, առաջանում են հակամարմիններ, որոնք պայքարելով դրանց դեմ, կանխում են հիվանդության առաջացումը:

Ակտիվ անընկալունակությունն ունի երեք տարբերակ՝

- 1) **տեսակային**,
- 2) **բնական**,
- 3) **աքիեստական** ճանապարհով ձեռք բերված անընկալություն:

1. **Տեսակային անընկալունակությունը** համարվում է ամենակայունը: Այն առաջացել է մարդու ժառանգական, սերնդե-սերունդ անցնող յուրահատկությունների հետ: Այս դեպքում մի տեսակը չի հիվանդանում մեկ այլ տեսակին բնորոշ հիվանդություններով: Օրինակ՝ կենդանիները չեն հիվանդանում կարմրուկով, քութեշով, դիֆթերիայով, որովայնային տիֆով և այլն: Տեսակային անընկալությունն ամենակայուն անընկալությունն է և առաջին անգամ Լ.Պաստերին է հաջողվել հավերին, պահելով անբարենպաստ (ցրտի) պայմաններում, հիվանդացնել սիբիրյան խոցով: Հետագայում նմանատիպ փորձեր են կատարվել գորտերի վրա՝ բարձրացնելով նրանց մարմնի

ջերմաստիճանը և դրանք ընկալ են դարձել փայտացման նկատմամբ:

- 2. Բնական ճանապարհով** ձեռք բերված ակտիվ անընկալությունն առաջանում է այն մարդկանց մոտ, ովքեր այս կամ այն հիվանդությամբ հիվանդանալուց հետո կամ վարակակրության հետևանքով ձեռք են բերում ակտիվ անընկալություն, որի շնորհիվ երկրորդ անգամ նույն հիվանդությամբ չեն հիվանդանում: Օրինակ՝ մարդը միայն մեկ անգամ է հիվանդանում կարմրուկով, բնական ծաղկով, ջրծաղկով և այլն: Չնայած դրան, վերջին տասնամյակներում, կապված հակաբիոտիկների զանգվածային օգտագործման հետ, զգալիորեն կրճատվել է վարակիչ պրոցեսի տևողությունը, թեթևացել է հիվանդության ընթացքը, սակայն որոշակի փոփոխություններ են տեղի ունեցել նաև ակտիվ անընկալության առաջացման պրոցեսում, որի հետևանքով արձանագրվում են ակտիվ անընկալության վերջնական ձևավորման պրոցեսի որոշակի արգելակումներ: Հակաբիոտիկների կիրառումից առաջանում է վաղանցիկ անընկալություն, և որոշ ժամանակ անց այդ հիվանդությամբ հիվանդացածները կարող են կրկին հիվանդանալ: Վերջին տարիներին, շնորհիվ այս երևույթի, հաճախացել են քութեշի կրկնակի հիվանդացության դեպքերը: Կան նաև շատ վարակիչ հիվանդություններ, որոնցից հետո առաջացած անընկալությունը հարատև չէ, օրինակ՝ գրիպից հետո հետվարակիչ իմունիտետը տևում է 1-2 տարի, որից հետո հիվանդը կարող է կրկին անգամ հիվանդանալ նույն հիվանդությամբ:

3. **Արհեստական ճանապարհով** ձեռք բերված ակտիվ անընկալությունն առաջանում է այն ժամանակ, երբ արհեստական ճանապարհով օրգանիզմ են ներմուծվում վակցինաներ, անատոքսիններ: Այս ճանապարհով ձեռք բերված անընկալությունը կարող է տևել 6 ամսից մինչև 9-10 տարի:

Պասիվ անընկալունակությունը նույնպես բաժանվում է երկու տիպի՝

- 1) **բնական**
- 2) **արհեստական:**

Բնական ճանապարհով առաջացած պասիվ անընկալունակությունը սովորաբար լինում է մինչև 6 ամսական երեխաների մոտ: Այս անընկալությունը նորածնին է անցնում մորից՝ կաթի և ընկերքային արյան միջոցով և կախված է նրանից, թե մոր օրգանիզմում ինչպիսի հակամարմիններ կան: Այս հակամարմինները նորածիններին որոշ ժամանակ (հիմնականում՝ առաջին երեք ամիսների ընթացքում) պահպանում են զանազան վարակիչ հիվանդություններից:

Արհեստական ճանապարհով առաջացած պասիվ անընկալության ժամանակ օրգանիզմ են մտցվում պատրաստի հակամարմիններ կամ հակատոքսիններ՝ շիճուկի ձևով: Մի դեպքում այդպիսի շիճուկները կոչվում են հակաբակտերիալ, իսկ մյուս դեպքում՝ հակատոքսիկ: Այս ճանապարհով ստացված պասիվ անընկալությունը տևում է 3-4 շաբաթ և կարևոր նշանակություն ունի ոչ միայն կանխազգուշական տեսակետից, այլ նաև ունի բուժական նշանակություն:

ԿԱՆԽԱԶԳՈՒՇԱԿԱՆ ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐ

Կանխազգուշական պատվաստումները կոչված են առաջացնել անընկալություն վարակիչ հիվանդությունների դեմ: Կանխազգուշական պատվաստումների փորձեր կատարվել են դեռևս հնադարում: Այսպես, հնադարյան Չինաստանում բնական ծաղկով հիվանդից վերցնում էին չորացած կեղևները, մանրացնում փոշի էին դարձնում և երկար ժամանակ պահպանելուց հետո մտցնում էին առողջ մարդու քթանցքը՝ արհեստական անընկալություն առաջացնելու նպատակով: Հին Հայաստանում ծաղկի կեղևը դնում էին չամիչի մեջ, ապա խմեցնում առողջ մարդկանց՝ նույն նպատակով: Որոշ ազգեր առողջ մարդկանց հազցրել են հիվանդացած մարդու շապիկը: Սակայն այսպիսի ճանապարհներով արհեստական անընկալություն առաջացնելը շատ հաճախ վատ վախճան է ունեցել, քանզի հիվանդացել են մարդիկ և վարակը փոխանցել առողջներին: 1796թ. Է.Ջենները եկավ այն եզրակացության, որ այն անձինք, ովքեր հիվանդանում են կովի ծաղկով, չեն հիվանդանում բնական ծաղկով: Ելնելով այս իրողությունից, նա առաջին անգամ կովի ծաղկով պատվաստեց 8 տարեկան Ջեյմս Ֆիպսին, ապա նրան շփման մեջ դնելով ծաղկով հիվանդի հետ տեսավ, որ նա չի հիվանդանում: Այս մեթոդը գտավ շատ մեծ տարածում և անվանվեց վակցինացիա: Հիվանդությունն ի սպառ վերացնելու գործում ձեռք բերած նվաճումների համար մենք պարտական ենք Է.Ջենների վակցինային (Vacca - կով և Cina - ծաղիկ): Հետագայում կանխազգուշական պատվաստումներն իրենց զարգացումն ապրեցին մանրէաբանության և իմունոլոգիայի զարգացման հետ միասին: 1880թ. Լ.Պաստերը ստացավ հավերի խոլերայի

մաքուր կուլտուրա, ապա այն պահպանելով հարուցիչների համար անբարենպաստ պայմաններում, հասավ այն բանին, որ այդ հարուցիչները կորցրեցին իրենց ախտածին հատկությունները և միաժամանակ պահպանելով իմունոգենությունը, վերածվեցին մի պատվաստանյութի, որի կիրառումից հետո հավերը այլևս չէին հիվանդանում խոլերայով: Լ.Պաստերի այս հանճարեղ հայտնագործությունը հիմք հանդիսացավ իմունոլոգիայի զարգացման համար: 1881թ. Լ.Պաստերը նույն եղանակով հայտնաբերեց պատվաստանյութ՝ սիբիրյան խոցի, իսկ 1885թ-ին՝ կատաղություն հիվանդության դեմ: Կատաղության վիրուսով երկար ժամանակ վարակելով ճագարների գանգուղեղը, նա ստացավ նոր որակի վիրուս, որն անվանեց «Ֆիքս» վիրուս: Այս վիրուսով պատվաստելով կատաղած կենդանիների կծելուց վնասված մարդկանց, առաջանում էր անընկալություն: «Ֆիքս» վիրուսից պատրաստված պատվաստանյութը մինչ օրս օգտագործվում է որպես կանխարգելում կատաղության դեմ: Հետագա տասնամյակներում, կանխագուշակյան պատվաստումների փորձագիտական և գիտական հիմնավորումից հետո, ուսումնասիրություններ կատարվեցին հետպատվաստումային անընկալության տևողության, կրկնապատվաստումների ժամկետի ճշտման ուղղությամբ, ինչպես նաև պատվաստումներից հետո առաջացած բարդությունների, պատվաստումների ցուցումների և հակացուցումների, համակցված (մի քանի հիվանդությունների դեմ) պատվաստանյութերի օգտագործման ուղղությամբ և այլն:

ԿԱՆԽԱԶԳՈՒՇԱԿԱՆ ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐԻ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒՄԸ

Կանխազգուշական պատվաստումները կատարվում են պլանային և համաճարակաբանական ցուցումների առկայության դեպքում:

Պլանային կանխազգուշական պատվաստումներ կատարվում են դիֆթերիայի, կապույտ հազի, տուբերկուլոզի, պոլիոմիելիտի, փայտացման, հեպատիտ B-ի, կարմրուկի, կարմրախտի, խոզուկի, հեմոֆիլուս ինֆլուենզա B-տիպի (ՀԻԲ) և մի շարք զոոնոզների (բրուցելոզ, սիբիրյան խոց, տուլարեմիա) և այլ հիվանդությունների ժամանակ:

Համաճարակաբանական ցուցումներով կանխազգուշական պատվաստումներ կատարվում են այն ժամանակ, երբ այս կամ այն բնակավայրի ազգաբնակչությունը պաշտպանված չէ զանազան վարակիչ հիվանդություններից:

Կանխազգուշական պատվաստումները կատարվում են պոլիկլինիկաների պատվաստումային սենյակներում՝ տեղամասային բժշկի ակտիվ մասնակցությամբ: Հիմք են ընդունում երեխաների կանխազգուշական պատվաստումների քարտերը, դրանք համեմատում են մարզի կամ տեղամասի երեխաների հաշվառման ցուցակների հետ: Գրեթե նույն սկզբունքով՝ պատվաստումներն իրականացվում են նաև գյուղական ազգաբնակչության շրջանում: Քաղաքային և գյուղական պայմաններում մեծահասակների կանխազգուշական պատվաստումները պլանավորելիս անհրաժեշտ է անպայման վերլուծել հիվանդացության ցուցանիշները այդ

տարածքում, որը և հնարավորություն է ընձեռում ընտրել պատվաստման ենթակա անձանց: Կանխագգուշական պատվաստումների նկատմամբ հսկողությունը և արդյունքների գնահատումը իրականացվում է մարզային (քաղաքային) հիգիենիկ և հակահամաճարակային կենտրոնների կողմից:

Չանգվածային պատվաստումները կատարվում են հատուկ պատվաստումային բրիգադներով (բժշիկ, ֆելդշեր կամ բուժքույր): Մեծահասակների պատվաստումները կատարվում են իրենց աշխատանքի վայրերում, կամ կազմակերպում են ժամանակավոր պատվաստումային կետեր: Պատվաստանյութն օգտագործելուց առաջ պետք է ստուգել պիտակի առկայությունը: Եթե պատվաստանյութը չունի պիտակ՝ արգելվում է այն օգտագործել: Արգելվում է նաև օգտագործել այն պատվաստանյութերը, որոնց ժամկետը անց է, վնասվել են, ամբողջականությունը խախտված է, փոխված է պատվաստանյութի գույնը, կա փաթիլավորություն, որը թափահարելուց հետո չի անցնում:

Պատվաստանյութերը օրգանիզմ են ներմուծվում տարբեր եղանակներով՝ կախված պատվաստանյութի տեսակից՝

- վերմաշկային,
- ներմաշկային,
- ենթամաշկային,
- միջմկանային,
- բերանի (պեր-օռալ),
- քթի միջով փոշի ներմղելով:

Ենթամաշկային ճանապարհով պատվաստումները կատարվում են բազկի դրսային մակերեսին (դելտայաձև մկան): Հակակատաղության պատվաստման դեպքում ներարկումները կատարում են որովայնի առաջային պատի վրա, սպիտակ գծի ուղղությամբ՝ նրանից աջ կամ ձախ:

Միջմկանային պատվաստանյութերը ներ են մուծվում ազդրի դրսային մակերեսին:

Ներմաշկային պատվաստումները կատարվում են հատուկ (տուբերկուլինային) ներարկիչի օգնությամբ՝ ձախ բազկի վերին 1/3-ում: Ճիշտ ներարկման դեպքում ներարկված տեղի մաշկը արտափքվում է ու հիշեցնում է սագի մաշկ:

Վերմաշկային պատվաստումների ժամանակ ներմուծման տեղը վարակազերծելուց հետո կաթեցնում են մեկ կաթիլ պատվաստանյութ և քերիչի (սկարիֆիկատոր) օգնությամբ հավասարապես տարածում են 1,5 սմ տրամագծով, ապա քերիչով մակերեսային քերծվածք են կատարում մաշկի վրա (այնպես, որ արյուն չգա), հետո քերիչի բուրջ մասով տրորում են պատվաստանյութը քերված մաշկի վրա, սպասում են 5-10 րոպե՝ չորանալու համար: Քերծվածքների քանակը, կախված տարբեր պատվաստումների յուրահատկություններից, տարբեր է լինում:

Քերանով ներմուծվող պատվաստանյութը օգտագործվում է հաբի և լուծույթի ձևով, տրվում է ուտելուց կես ժամ առաջ:

Ներքթային պատվաստումների ժամանակ պատվաստանյութը քթանցք է ներմուծվում կամ փոշու հեռացրիի, կամ կաթոցիչի (պիպետկայի) օգնությամբ, որը մտցվում է քթանցք՝

կես սմ խորությամբ: Պատվաստման ժամանակ պատվաստվողը պետք է մի փոքր գլուխը հետ տանի, որպեսզի պատվաստանյութը չթափվի:

Կանխազգուշական պատվաստման համար, հատկապես, երբ անհրաժեշտ է այն զանգվածային ձևով կատարել, օգտվում են նաև **ալերոգեն, ալերոգոլային, հինսալիացին** **մեթոդից**: Այս մեթոդի ժամանակ պատվաստանյութը փոշու ձևով բաց է թողնվում 50 ք.մ. հերմետիկ սենյակ, որտեղ գտնվում են պատվաստման ենթակա անձինք(200-250 հոգի):Այս մեթոդի ժամանակ հետպատվաստումային բարդությունների հավանակա- նությունը շատ ցածր է:

ԿԱՆԽԱԶԳՈՒՇԱԿԱՆ ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐԻ ԱԶԳԱՅԻՆ ԾՐԱԳԻՐԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅՈՒՆՈՒՄ

Մանկական վարակիչ հիվանդությունների դեմ պայքարի համալիր միջոցառումների մեջ հիմնական դերը պատկանում է վակցինականխարգելմանը, որը պայմանավորված է այս վարակիչ հիվանդությունների փոխանցման մեխանիզմի բնույթով և նրանց նկատմամբ երեխաների ունեցած բարձր ընկալությամբ: Երկար տարիների ընթացքում իմունականխարգելման ծրագրի իրականացումը վկայում է դիֆթերիայի, փայտացման, համաճարակային կապույտ հազի, կարմրուկի, կարմրախտի, պարօտիտի, պոլիոմիելիտի դեմ պայքարում նրա արդյունավետության մասին: 1984թ. ԱՀԿ-ի կողմից ընդունված իմունիզացիայի ընդլայնված ծրագիրը խնդիր դրեց մանկական ազգաբնակչության

շրջանում նվազեցնել կարմրուկի, կարմրախտի, համաճարակային պարօտիտի, դիֆթերիայի, կապույտ հազի, փայտացման, տուբերկուլոզի, պոլիոմիելիտի հիվանդացությունը և մահացությունը: ՀՀ առողջապահության նախարարությունը, հիմնվելով ԱՀԿ-ի կողմից առաջարկված ծրագրի վրա, ընդունեց Հայաստանի իմունիզացիայի ազգային ծրագիրը:

ԿԱՆԽԱԶԳՈՒՇԱԿԱՆ ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐԻ ԾՐԱԳՐԻ ՀԻՄՆԱՎՈՐՈՒՄ

Համաշխարհային առողջապահության կազմակերպության իմունիզացիայի ծրագրի համաձայն ***ՈՉ ՄԻ ԵՐԵՄԱ առանց լուրջ հիմնավորումների ՉՊԵՏՔ Է ԱԶՍՏՎԻ ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐԻՑ***, որոնց առավելությունները զգալիորեն գերազանցում են եզակի հետպատվաստումային բարդությունները և պաշտպանում են թե՛ երեխային, թե՛ հասարակությանը վտանգավոր վարակիչ հիվանդություններից:

ԻՄՈՒՆԻԶԱՑԻԱՅԻ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԲԱՆԱԶԵՎ

1. Առավելագույն ԸՆԴԳՐԿՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆ (90%-ից ոչ պակաս)
2. Սառցային շղթայի ՊԱՀՊԱՆՈՒՄ
3. Համաճարակաբանական ՎԵՐԱՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ

Ծրագրի ռազմավարությունը

- նվազեցնել դիֆթերիայի տեղական դեպքերը,
- նվազեցնել տուբերկուլոզի, կարմրուկի, կապույտ հազի, համաճարականյին պարօտիտի, վիրուսային հեպատիտ B-ի, հեմոֆիլուս ինֆլուենզա B տիպի, փայտացման հիվանդացությունը՝ հասցնելով եզակի դեպքերի, կանխել բռնկումները,
- վերացնել պոլիոմիելիտը,
- վերացնել թվարկված հիվանդություններից մահացությունը:

ԿԱՌԱՎԱՐՆԵԼԻ ՎԱՐԱԿՆԵՐԻ ԱՆՎԱՆԱՑԱՆԿ

- տուբերկուլոզ,
- հեպատիտ B,
- դիֆթերիա,
- կապույտ հազ,
- փայտացում,
- հեմոֆիլուս ինֆլուենզա B տիպի (ՀԻԲ),
- պոլիոմիելիտ,
- կարմրուկ,
- կարմրախտ,
- համաճարակային պարօտիտ (խոզուկ),
- ռոտավիրուսային վարակ,
- պնևմոկոկային վարակ:

ԻՄՈՒՆԻԶԱՑԻԱՅԻ ԿԱՏԱՐՄԱՆ ԿԱՆՈՆԱԿԱՐԳ

- ճիշտ ժամկետային ընդգրկում,
- երեխաների ճիշտ հաշվառում նոյեմբեր-դեկտեմբեր ամիսներին,

- պլանավորում,
- պատվաստման հրավեր-----Պատվաստում-----
Հսկողություն (15-20 օր),
- պատվաստումների միջև ընկած նվազագույն
ժամանակահատվածը՝ 1 ամիս,
- սառցե շղթայի պահպանում,
- պատվաստանյութերի օգտագործման ժամկետների
իմացություն,
- պատվաստման ճիշտ տեխնիկա,
- հակաշոկային թերապիայի անհրաժեշտ հավաքածու
(ադրենալին կամ էպինեֆրին, պրեդնիզոլոն և այլն),
- տեղամասի ինֆեկցիոն քարտեզի իմացություն,
- հետպատվաստումային ռեակցիաների և
բարդությունների ժամանակին արձանագրում և
հաղորդագրում:

ԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐԻ ԱԶԳԱՅԻՆ ՕՐԱՅՈՒՅՑ

Պատվաստման ամսաթիվ	Տարիքը՝ պատվաստման պահին	Ըստ պատվաստումների ազգային օրացույցի տարիքային խմբերը	Պատվաստանյութի անվանում	Դեղաչափ	Սերվիս
	ծնվելուց հետո՝ 0-24 ժամվա ընթացքում	ՎՀԲ (վիրուսային հեպատիտ Բ-ի դեմ)			
	ծնվելուց հետո՝ 0-48 ժամվա ընթացքում	ԲՑԾ (տուբերկուլյոզի դեմ)			
	6 շաբաթական	*ԱԿՂՓ/ՀԻԲ/ՎՀԲ/ԻՊՊ-1 (վեցավալենտ՝ դիֆթերիա, փայտացում, կապույտ հազ, վիրուսային հեպատիտ Բ, հեմոֆիլուս ինֆլուենզա Բ տիպի, ինակտիվացված պոլիոմիելիտի դեմ կամ այլ համակցված) ՌՈՏԱ-1 (ռոտավիրուսային վարակի դեմ) ՊՆԵՎՍՈ-1 (պնևմոկոկային վարակի դեմ)			
	12 շաբաթական	*ԱԿՂՓ/ՀԻԲ/ՎՀԲ/ԻՊՊ-2 (վեցավալենտ՝ դիֆթերիա, փայտացում, կապույտ հազ, վիրուսային հեպատիտ Բ, հեմոֆիլուս ինֆլուենզա Բ տիպի, ինակտիվացված պոլիոմիելիտի դեմ կամ այլ համակցված) ՌՈՏԱ-2 (ռոտավիրուսային վարակի դեմ) ՊՆԵՎՍՈ-2 (պնևմոկոկային վարակի դեմ)			
	18 շաբաթական	*ԱԿՂՓ/ՀԻԲ/ՎՀԲ/ԻՊՊ-3 (վեցավալենտ՝ դիֆթերիա, փայտացում, կապույտ հազ, վիրուսային հեպատիտ Բ, հեմոֆիլուս ինֆլուենզա Բ տիպի, ինակտիվացված պոլիոմիելիտի դեմ կամ այլ համակցված) ՊՆԵՎՍՈ-3 (պնևմոկոկային վարակի դեմ)			
	12 ամսական	ԿԳՆ-1 (կարմրուկ, կարմրախտ, խոզուկի դեմ համակցված)			
	12 ամսական	**Ջրծաղիկ-1 (ջրծաղիկի դեմ)			
	18 ամսական	*ԱԿՂՓ/ԻՊՊ (դիֆթերիա, փայտացում, կապույտ հազ, ինակտիվացված)			

Պատվաստման ամսաթիվ	Տարիքը՝ պատվաստման պահին	Ըստ պատվաստումների ազգային օրացույցի տարիքային խմբերը	Պատվաստանյութի անվանում	Դեղաչափ	Սերիա
	4-6 տարեկան	ԿԳՆ-2 (կարմրուկ, կարմրախտ, խոզուկի դեմ՝ համակցված)			
	4-6 տարեկան	**Ջրծաղիկ-2 (ջրծաղիկի դեմ)			
	6 տարեկան	**ԱԿԴՓ/ԻՊՊ (դիֆթերիա, փայտացում, կապույտ հագ, ինակտիվացված)			
	13-14 տարեկան (առաջին)	ՄՊՊ-1 (մարդու պապիլոմավիրուսային վարակի դեմ)			
	13-14 տարեկան (առաջին)	ՄՊՊ-2 (մարդու պապիլոմավիրուսային վարակի դեմ)			
	15-16 տարեկան	*ԱՓՂԿ (փայտացում, դիֆթերիա, կապույտ հագ (ոչ բջջային) կամ այլ)			
	15-16 տարեկան	**Ջրծաղիկ (ջրծաղիկի դեմ, առաջին դեղաչափից 1 ամիս անց 2-րդ դեղաչափ)			
	15-16 տարեկան	Մենինգոկոկային			
	15-16 տարեկան	Պնևմոնոկոկային (13-վալենտ, կոնյուգացված)			
	15-16 տարեկան	ԿԳՆ (2 դեղաչափի բացակայության դեպքում) (կարմրուկ, կարմրախտ, խոզուկի դեմ՝ համակցված)			
	15-16 տարեկան	ՀՎԱ (վիրուսային հեպատիտ Ա, առաջին դեղաչափից 6 ամիս անց 2-րդ)			
	17 տարեկան	Տուլարեմիայի դեմ			
	Ռիսկի խմբերում	Սեզոնային գրիպի դեմ			
	26-30 տարեկան	***ԱԴՓ-Մ			

*Բոլոր պլանային նահանգնարակաբանական ցուցումով պատվաստումները՝ ԱԿԴՓ/ՎՀԲ/ՀԻԲ/ԻՊՊ (կամ այլ համակցված), ԿԴՓ/ԻՊՊ ոչ բջջային կապույտ հագի բաղադրիչով, ԱՓՂԿ ոչ բջջային կապույտ հագի բաղադրիչով,

**Ջրծաղիկի դեմ 12ամսականում՝ ջրծաղիկ-1, 15-16 տարեկանում՝ ջրծաղիկ 1/2 (իրականացվելու է 2024թ.-ից), 4-6 տարեկանում՝ ջրծաղիկ-2 (իրականացվելու է 2024թ.-ից)

***ԱԴՓ-Մ, ԱՓ, պատվաստանյութերով՝ կատարելով նշում (օրինակ՝ ԱՓ-վնասվածք) և այլ:

ՀԵՏՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄԱՅԻՆ ԱՆԲԱՐԵՀԱԶՈՂ ԴԵՊՔԵՐ (ՀԱԴ)

1. Տեղային

- կարմրություն
- այտուցվածություն
- ցավ
- արցես (բակտերիալ և ստերիլ)
- լիմֆադենիտ (1 և ավելի ավշային գեղձեր), ֆիստուլա

2. Ընդհանուր

- թեթև (ջերմությունը մինչև 38.5° C)
- միջին ծանրության (ջերմությունը մինչև 38.5-39.5° C)
- ծանր (ջերմությունը մինչև 39.5° C-ից բարձր)

3. Նյարդաբանական

- սուր թորշնած պարալիզ (վակցին-ասոցիացված և այլ)
- էնցեֆալոպատիա
- էնցեֆալիտ
- մենինգիտ
- ցնցումներ (ֆեբրիլ և աֆեբրիլ)
- երկարատև լաց (3 ժամ և ավելի)

4. Ալերգոլոգիական

- տեղային և ընդհանուր ալերգիկ ռեակցիաներ
- անաֆիլակտոիդ ռեակցիա (գերզգայունության սուր ռեակցիա առաջին 2 ժամվա ընթացքում)
- անաֆիլակտիկ շոկ

5. Տարբեր օրգան համակարգերի ախտահարում

- պերսիստենցող (≥ 10 օր) և տրանզիտոր (≤ 10 օր) արթրալգիա

- օստեիտ, օստեոմիելիտ
- գեներիլազացված ԲՅԺ ինֆեկցիա և այլն

6. Քրոնիկական ինֆեկցիայի սրացում

7. Տոքսիկ շոկի սինդրոմ (24-40 ժամ անց)

Պատվաստումների բացարձակ հակացուցումներ .

1. իմունոդեֆիցիտներ, (տարբեր ուռուցքներ, իմունոդեպրեսիվ, հորմոնալ կամ ճառագայթային բուժում), ՄԻՎ վարակ
2. անաֆիլաքսիա տվյալ պատվաստանյութի նախորդ ներարկումներից
3. չարորակ նորագոյացություններ
4. վարակիչ և սոմատիկ հիվանդությունների սուր շրջանը
5. ծանր նյարդաբանական, ակերզոլոգիական և այլ բարդություններ նախորդ պատվաստումից հետո
6. հղիություն

ՍԱՌՑԵ ՇՂԹԱ

Սառցե շղթան համակարգ է, որն ապահովում է անհրաժեշտ պայմանները պատվաստանյութերի պահպանման և փոխադրման ժամանակ՝ սկսած պատվաստանյութեր արտադրող գործարանից մինչև պատվաստվողը: Սառցե շղթան համարվում է իմունականիսարգելման հիմնական բանաձևերից մեկը, քանզի պատվաստանյութերը, որոնք պահպանվում են ոչ օպտիմալ ջերմային ռեժիմի պայմաններում կարող են կորցնել իրենց իմունոգեն ակտիվությունը:

Սառցե շոթան ներառում է՝

- սառնարանային սարքավորումներ պատվաստանյութերի պահպանման և փոխադրման համար (սառնարաններ, սառցե խցիկներ, թերմոկոնտեյներներ, ջերմաչափեր, սառցե պայուսակներ), պատվաստանյութի անվանումը հիվանդությունների հակաձինների պարունակությունը ԲՅԺ տուբերկուլոզ ՎՀԲ հեպատիտ Բ ԱԿԴՓ/ՎՀԲ/ՀԻԲ դիֆթերիա, փայտացում, կապույտ հազ, հեպատիտ Բ, հեմոֆիլուս ինֆլուենզա Բ տիպի ՕՊՎ պոլիոմիելիտ ԿԿԽ կարմրուկ, կարմրախտ, խոզուկ ԱԴՓ-Մ դիֆթերիա, փայտացում,
- հատուկ պատրաստված բժշկական անձնակազմ, որն աշխատում է պատվաստանյութերի հետ,
- ջերմային ռեժիմի պահպանման համար՝ հսկողության համակարգ՝ ցուցիչներ (ինդիկատորներ):

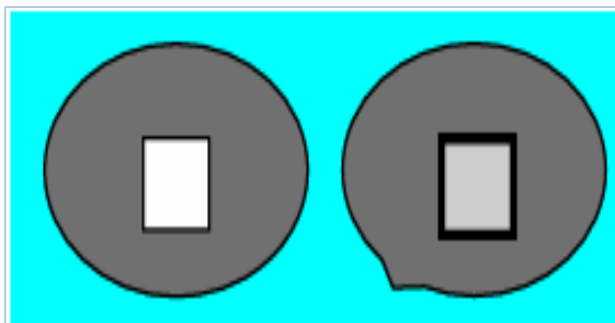
Բոլոր պատվաստանյութերի պահպանման և փոխադրման ժամանակ օպտիմալ ջերմային ռեժիմը համարվում է $+2^{\circ}\text{C}$ - $+8^{\circ}\text{C}$ -ը: Տարբերում են ջերմային և սառցե ինդիկատորներ, որոնք ցույց են տալիս ենթարկվել են արդյոք պատվաստանյութերը $+8^{\circ}\text{C}$ -ից բարձր կամ $+2^{\circ}\text{C}$ -ից ցածր ջերմաստիճանի ազդեցությանը: Կան պատվաստանյութեր, որոնց ինդիկատորները տեղադրված են սրվակների վրա (պոլիոմիելիտ, կարմրուկ, կարմրախտ, խոզուկ, վիրուսային հեպատիտ Բ): Վակցինայի սրվակի վրայի ինդիկատորը իրենից ներկայացնում է շրջագիծ՝ ներսում ոչ մեծ քառակուսիով: Այն կարող է լինել անմիջապես պիտակի վրա

կամ վակցինայի սրվակի կափարիչի վրա: Ինդիկատորը իր մեջ պարունակում է լույսազգայուն, բարձր ջերմաստիճանի ազդեցության տակ, գույնը աստիճանաբար փոխող բաղադրամաս: Ինչպես գնահատել սրվակի վրայի ինդիկատորի ցուցումները Ներքին քառակուսին ավելի լուսավոր է, քան արտաքին շրջագիծը:

ՎԱԿՑԻՆԱՆ ԿԱՐԵԼԻ Է ՕԳՏԱԳՈՐԾԵԼ

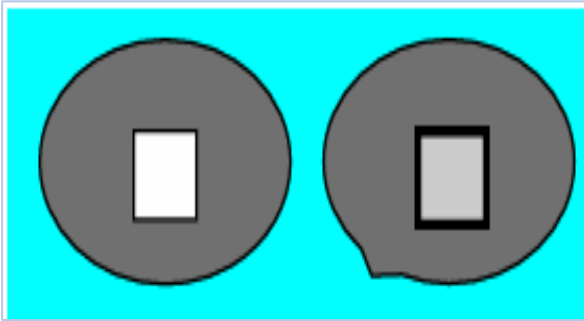
Որոշ ժամանակ անց ներքին քառակուսին մնում է ավելի լուսավոր, քան արտաքին շրջանակը:

ՎԱԿՑԻՆԱՆ ԿԱՐԵԼԻ Է ՕԳՏԱԳՈՐԾԵԼ



Կրիտիկական կետ. ներքին քառակուսին իր գույնով համապատասխանում է արտաքին շրջագծին:

ՉԻ ԿԱՐԵԼԻ Է ՕԳՏԱԳՈՐԾԵԼ



Կրիտիկական գերազանցող մակարդակ. ներքին քառակուսին ավելի մուգ է, քան արտաքին շրջագիծը:

Վակցինայի սրվակի վրայի ջերմային ինդիկատորը բուժաշխատողին հնարավորություն է տալիս որոշել, թե վակցինան ենթարկվել է արդյոք բարձր ջերմաստիճանի ազդեցությանը: Անկախ վակցինայի վրա գտնվող ինդիկատորի ցուցումից, եթե պատվաստանյութը ժամկետանց է, այն չի կարելի օգտագործել:

ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆԱԿԱՆ ՎԵՐԱՀՄԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ

- Կառավարելի ինֆեկցիաների ամենամսյա տվյալներ,
- կառավարելի ինֆեկցիաների արձանագրում համապատասխան մատյանում (և այլ բուժփաստաթղթերում),
- շտապ հաղորդման (թ.58 ձև) ապահովում,
- ընդգրկվածության ցուցանիշներ,
- երեխայի պատվաստման իրավիճակը,

- պատվաստանյութերի արդյունավետությունը,
- բռնկումների հետազոտություն,
- համաճարակային իրավիճակի կորագիծ:

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՄԻՋԱՄՏՈՒԹՅԱՄԲ ՊԱՅՄԱՆԱՎՈՐՎԱԾ ՎԱՐԱԿՆԵՐ

Բժշկական միջամտություններով պայմանավորված վարակը (ԲՄՎ) բժշկական օգնության և սպասարկման դիմած անձի բժշկական օգնության և սպասարկման (բուժում, ներտություններ և այլն) ընթացքում կամ դրանից հետո՝ գաղտնի շրջանին համապատասխան ժամանակահատվածում, ի հայտ եկած վարակն է, որը բացակայել է նրա՝ բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություն ընդունվելու կամ ոչ բժշկական կազմակերպությունում ծառայություն (կոսմետոլոգիական ծառայություն, մատնահարդարում, ոտնահարդարում, դաջվածք և այլն) ստանալու պահին կամ դրանից առաջ, ինչպես նաև անձնակազմի շրջանում ցանկացած վարակիչ հիվանդություն, որը նա ձեռք է բերել մասնագիտական գործունեության ընթացքում:

ԱՀԿ-ի եվրոպական բյուրոն տալիս է ԲՄՎ-երի հետևյալ սահմանումը՝ դա կլինիկորեն արտահայտված մանրէային ծագման յուրաքանչյուր հիվանդություն է, որն ախտահարում է հիվանդին ստացիոնարում կամ ամբուլատոր պոլիկլինիկական հաստատություն հաճախելու ժամանակ և արտահայտվում է բժշկական հիմնարկում գտնվելու ժամանակ կամ դուրս գրվելուց հետո, 7 օրվա ընթացքում՝

ինչպես նաև բուժանձնակազմի հիվանդացումը պրոֆեսիոնալ գործունեության հետևանքով:

Բժշկական միջամտություններով պայմանավորված վարակները հանդիսանում են առողջապահության առաջնային խնդիրներից մեկը: Դրանք պատճառում են մեծ տնտեսական վնաս՝ պայմանավորված լրացուցիչ ծախսերով, որոնք հետևանք են ստացիոնարում հիվանդի գտնվելու ժամանակահատվածի երկարեցման, լաբորատոր քննության և բուժման, ինչպես նաև պատճառում են մեծ սոցիալական վնաս, որը վերաբերվում է տուժածի առողջության վտանգմանը՝ ընդհուպ մինչև հաշմանադամության՝ որոշ նոզոլոգիական ձևերի դեպքում, ինչպես նաև հիվանդների մահացության: ԱՀԿ-ի տվյալներով ՆՀՎ-ով հոսպիտալացված հիվանդների մոտ մահացության ցուցանիշը 10 անգամ գերազանցում է առանց ՆՀՎ-ի մարդկանց ցուցանիշին: ՆՀՎ-ի կանխարգելման ռազմավարությունն ու մոտեցումը ենթադրում են համապատասխան գիտելիքների առկայություն բժշկական համալսարանների բուժական, ստոմատոլոգիական ֆակուլտետների ուսանողների և կլինիկական օրդինատորների շրջանում: Տարբեր երկրներում բուժօգնության արդյունքում ձեռք բերված վարակիչ հիվանդությունները բնորոշելու համար օգտագործվում են տարբեր տերմիններ. այսպես օրինակ, Արևմտյան Եվրոպայում հաճախ կիրառվում է «հոսպիտալային վարակ» հասկացությունը, Միացյալ Նահանգները այս հիվանդությունները բնորոշում են որպես նոզոկոմիալ «nosocomial» վարակ, ԱՊՀ երկրներում ընդունված է «ԲՄՎ» տերմինը: Այս բոլոր տերմինները ունեն մեկ ընդհանուր

արմատ՝ հիվանդանոց (hospital, nosocomial): Սակայն, նրանք այնքան էլ հաջող չեն երկու պատճառով՝

- 1) ՆՀՎ կարող է առաջանալ ոչ միայն հիվանդանոցներում, այլ նաև պոլիկլինիկայում կամ նույնիսկ տանը ցուցաբերած բժշկական օգնության արդյունքում,
- 2) բոլոր այս տերմինները մատնանշում են հիվանդության առաջացման վայրը, առանց պատճառների վերաբերյալ որևէ ակնարկի:

ՆՀՎ-ի զարգացման ներկա փուլը բնութագրվում է դրանց լայն տարածմամբ հիվանդների բոլոր կատեգորիաների, բժշկական խնամքի բոլոր տեսակների, հիվանդանոցների բոլոր տեսակների, պոլիկլինիկաների և բժշկական գրասենյակների շրջանում ամբողջ աշխարհում: Դրանց բնորոշ է նոզոլոգիական ձևերի բազմապատճառագիտությունը և հարուցիչների բազմաօրգանային տրոպիզմը, կլինիկական պատկերի ցածր յուրահատկությունը, քրոնիկ և խառը ձևերի գերակշռումը, բուժման և հակահամաճարակային միջոցառումների ցածր արդյունավետությունը և բարձր սոցիալ-տնտեսական կորուստները: Հիվանդներին հակաբիոտիկների նշանակումը հանգեցնում է ոչ միայն հիվանդության պատճառագիտական գործոն հանդիսացող միկրոօրգանիզմների, այլև նորմալ միկրոֆլորայի ներկայացուցիչների ճնշմանը. մասնավորապես՝ հակաբիոտիկներով պայմանավորված աղիների միկրոբիոցենոզի խանգարումն իր հերթին բարդացնում է հիմնական հիվանդության ընթացքը՝ վատացնելով ելքը: Միկրոօրգանիզմների կայունությունը հակաբակտերիալ

միացությունների հանդեպ լինում է առաջնային (բնածին) և երկրորդային (ձեռքբերովի): Վերջինս երբեմն ի հայտ է գալիս միկրոբների և ակտիվ նյութերի բազմակի շփումներից հետո՝ ադապտացիայի, առաջնային զգայուն միկրոօրգանիզմների մուտացիայի և նրանց սելեկցիայի (քրոմոսոմային կայունություն), ռեկոմբինացիայի (քրոմոսոմային կայունություն), կայունության պլազմիդների տեղափոխության (արտաքրոմոսոմային կայունություն) արդյունքում: Քիմիոպրեպարատների հանդեպ միկրո-օրգանիզմների 48 կայունություն ապահովող պլազմիդները հիմնականում փոխանցվում են միևնույն տեսակի բակտերիաների միջև, բայց կարող են փոխանցվել նաև այլ տեսակների միջև: Սա վերաբերում է էստերոբակտրիաների ողջ ընտանիքին և այլ գրամ բացասական միկրոբներին՝ կապտաթարախածին ցուպիկ, յերսինիաներ, վիրբրիոններ: R գործոնը չի փոխանցվում գրամ դրական բակտերիաներին:

Ամենուրեք նկատվում է նաև հակասեպտիկների նկատմամբ կայունության ավելացում:

Փորձարկված հոսպիտալային շտամների մեջ հայտնաբերված են կայուն տարբերակներ. ստաֆիլոկոկերի մոտ՝ քլորամինի, ֆենոլի, բորաթթվի, ռիվանոլի, դիօքսինի հանդեպ, էստերոբակտերիաների մոտ՝ ռիվանոլի, քլորամինի, յոդպիրանի, քլորհեքսիդինի հանդեպ, պսևդոմոնաների մոտ՝ քլորհեքսանի, քլորամինի, ռիվանոլի, դիօքսինի հանդեպ: Բակտերիաների մեծ մասը կայուն են եղել մեկ պրեպարատի հանդեպ, սակայն, մեծամասամբ, ստաֆիլոկոկերի մոտ հայտնաբերված են շտամներ, որոնք կայուն են 2-3 և նույնիսկ 7 պրեպարատների հանդեպ:

Միկրոօրգանիզմների բազմակի կայուն հոսպիտալային շտամների տարածումը տեղի է ունենում հիմնականում երկու մեխանիզմների արդյունքում՝ օդակաթիլային և կոնտակտային: Օդակաթիլային փոխանցման մեխանիզմն առավել ինտենսիվ է ստաֆիլոկոկային ԹՄՀ-ի, իսկ գրամ բացասական միկրոօրգանիզմների մոտ առավել բնորոշ է փոխանցման կոնտակտային մեխանիզմը:

Ստաֆիլոկոկային վարակների տարածման մեջ յուրահատուկ նշանակություն ունեն քթի խոռոչում ոսկեգույն ստաֆիլոկոկ կրող բժշկական անձնակազմը, հիվանդները և ուսանող բժիշկները, որոնց մոտ առողջ վարակակրությունը հասնում է 30-50%-ի:

Ստաֆիլոկոկային վարակների տարածման մեջ, շատ հեղինակների կարծիքով, առաջնային նշանակություն են ստանում մշտական և ռեզիդենտ վարակակիրները: Վարակակիրների համաճարակաբանական վտանգավորությունը որոշվում է ստաֆիլոկոկերի արտազատմամբ արտաքին աշխարհ և կախված է քթի լորձաթաղանթներում դրանց խտությունից: Ոսկեգույն ստաֆիլոկոկակրության համաճարակային նշանակության մեջ բացի քանակականից, մեծ նշանակություն ունի նաև ոսկեգույն ստաֆիլոկոկերի որակական բնութագիրը, որոնք անջատվում են քթային ուղիների առաջնային բաժիններից (այնպիսի նշաններ, ինչպիսին են ֆագոտիպը և հակաբիոտիկների նկատմամբ կայունությունը): Համաճարակային առումով առավել վտանգավոր են ոսկեգույն ստաֆիլոկոկերի պոլիռեզիստենտ, հատկապես՝ մետիցիլին կայուն շտամները:

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. Կ. Մ. Դեղձունյան, Ա.Չ.Համբարձումյան «Համաճարակաբանություն», Երևան 1999
2. Ա. Չ. Համբարձումյան, Մ.Մ. Տեր-Ստեփանյան, Ա.Ռ. Բաղայրյան «Ընդհանուր և մասնավոր համաճարակաբանության հիմունքներ», Երևան 2020
3. Լ. ՇԱՅՎՈՐՅԱՆ Համաճարակաբանության հիմունքները, Երևան 2010
4. Б. Л. Черкасский. «Общая эпидемиология», Москва, 2002
5. Н. И. Брико, В. И. Покровский ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, Москва 2017
6. Н. Д. Ющук, Ю. В. Мартынов ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, Москва "Медицина" 2003