



ՀՀ ԿՐԹՈՒԹՅԱՆ, ԳԻՏՈՒԹՅԱՆ, ՄՇԱԿՈՒՅԹԻ ԵՎ ՍՊՈՐՏԻ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ
ԵՐԵՎԱՆԻ ՀԵՆԱԿԵՏԱՅԻՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՔՈԼԵՁ

ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՎԱՐԱԿԻՉ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ՄԱՍ II

ՈՒՍՈՒՄՆԱԿԱՆ ՁԵՌՆԱՐԿ
ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՔՈԼԵՁՆԵՐԻ
ՈՒՍԱՆՈՂՆԵՐԻ ԵՎ ԴԱՍԱԽՈՍՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ



ԵՐԵՎԱՆ - 2026

ՀՀ ԿՐԹՈՒԹՅԱՆ, ԳԻՏՈՒԹՅԱՆ, ՄՇԱԿՈՒՅԹԻ ԵՎ ՍՊՈՐՏԻ
ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ
«ԵՐԵՎԱՆԻ ՀԵՆԱԿԵՏԱՅԻՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ
ՔՈԼԵՁ» ՊՈԱԿ

ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՎԱՐԱԿԻՉ
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ՄԱՍ II

Ուսումնական ձեռնարկ
բժշկական քոլեջների
ուսանողների և դասախոսների համար

Երևան - 2026

ՀՏԴ 616-053.2(07)

ԳՄԴ 57.3գ73

Մ 260

Ձեռնարկը կազմվել է ԵՀՊԲՔ «Մանկաբուժության, նյարդային և հոգեկան հիվանդությունների» ամբիոնի աշխատանքային խմբի կողմից

Խմբագիր՝ ԵՀՊԲՔ «Մանկաբուժության, նյարդային և հոգեկան հիվանդությունների» ամբիոնի վարիչ Ս. Մ. Աբրահամյան

Գրախոս՝ ՀՀ առողջապահության նախարարության գլխավոր մանկաբույժ, «Երեխաների և դեռահասների առողջության կազմակերպչական և մեթոդական կենտրոնի» ղեկավար, բժշկական գիտությունների թեկնածու Ս. Գ. Սարգսյան

Համակարգող՝ ԵՀՊԲՔ «Մանկաբուժության, նյարդային և հոգեկան հիվանդությունների» ամբիոնի դասախոս Ա. Ա. Սոսյան

Համակարգչային ձևավորող՝ ԵՀՊԲՔ դասախոս Հ. Լ. Դավթյան

Կազմը գեներացված է արհեստական բանականության կողմից

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

Երաշխավորված է տպագրության «Երևանի հենակետային պետական բժշկական քոլեջ» ՊՈԱԿ-ի տնօրեն Ն. Վ. Ներսիսյանի կողմից

Մանկական վարակիչ հիվանդություններ. ՄԱՍ II:

Մ 260 Ուսումնական ձեռնարկ բժշկական քոլեջների ուսանողների և դասախոսների համար.- Եր.: «Երևանի հենակետային պետական բժշկական քոլեջ» ՊՈԱԿ, 2026.- 212 էջ:

ՀՏԴ 616-053.2(07)

ԳՄԴ 57.3գ73

ISBN 978-9939-1-2344-8

© «Երևանի հենակետային պետական բժշկական քոլեջ» ՊՈԱԿ, 2026

ԳՐԱԽՈՍԱԿԱՆ

Երեխաների և դեռահասների առողջության հարցերը պատկանում են հանրային առողջապահության կարևորագույն խնդիրների թվին: Պատահական չէ, որ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության կողմից ընդունված «21-րդ դար՝ Առողջություն բոլորի համար» ռազմավարական փաստաթղթում երեխաների առողջության պահպանման հարցերը գտնվում են ամենաառաջին շարքերում:

Երեխաների առողջական խնդիրների լուծումն անհնար է առանց բուժքույրական անձնակազմի ուղղակի մասնակցության: Առաջնային օղակում բուժքույրերը կոչված են ակտիվորեն մասնակցել երեխայի առողջ աճի վերահսկմանը, հիվանդությունների վաղ ախտորոշմանը, բուժմանը և տան պայմաններում խնամքի ռացիոնալ կազմակերպմանը: Հիվանդանոցի պայմաններում արդյունավետ բուժումն անհնար է առանց բուժքույրերի ակտիվ ընդգրկման: Այս դրույթները իրավացի են ընդհանրապես և իրավացի են կրկնակի Հայաստանի առողջապահական համակարգի զարգացման ներկայիս փուլում, երբ բուժքույրերը ստանձնում են նոր դերակատարումներ:

Ներկայացված դասագիրքը կազմված է հետևյալ գլուխներից՝ նորածնային շրջանի հիվանդություններ, վաղ հասակի հիվանդություններ, օրգան-համակարգերի հիվանդություններ, մանկական վարակիչ հիվանդություններ, ինչպես նաև հավելվածներ:

Պերինատալ հիվանդությունները համայն աշխարհում հանդիսանում են մանկական մահացության թիվ առաջին պատճառը: Հայաստանում մանկական մահացության հետագա իջեցումն ուղղակիորեն կապված է նորածինների, հատկապես՝ անհաս նորածինների խնամքի գրագետ կազմակերպման հետ, ինչն անհնար է առանց բուժքույրերի ակտիվ մասնակցության: «Նորածնային շրջանի հիվանդություններ» գլխում լուսաբանվում են տվյալ ոլորտի քույրական գործի այնպիսի խնդիրներ, ինչպիսիք են՝ ընդհանուր խնամքը, սննդի հաշվման եղանակները և կերակրման տեխնիկան, անհասների տաքացումը և այլն: Նշվում են տվյալ տարիքային խմբի հիվանդությունների (նորածինների շնչահեղձուկ, հեմոլիտիկ հիվանդություն, ծննդաբերական վնասվածքներ, վարակիչ հիվանդություններ և այլն) հիմնական կլինիկական նշանները, բուժման և խնամքի հիմնական սկզբունքները:

«Վաղ մանկական հասակի հիվանդություններ» գլխում ներառված են ռախիտի, ատոպիկ դերմատիտի, սնուցման սուր և քրոնիկ խանգարումների հարցերը: Այստեղ արտացոլված են ժամանակակից մոտեցումները խնդիրների շուրջ, ներառված են սուր փորլուծության հիվանդությունների վարման Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության «Երեխաների մոտ սուր փորլուծային հիվանդությունների դեմ պայքարի» ծրագրի հիմնական տեսական դրույթները, ախտորոշման, տարբերակման և բուժման սխեմաները: Հատուկ ուշադրություն է դարձված ծնողների կրթման մեջ բուժքրոջ դերին:

Հաջորդ գլխում տեղ են գտել շնչառական, սիրտ-անոթային, մարսողական, միզուղիների և երիկամների, արյան, ներզատական համակարգերի առավել հաճախ հանդիպող հիվանդությունները: Ներկայացված են ժամանակակից պատկերացումները պատճառագիտության և ախտաճնության մասին, ինչպես նաև հիմնական կլինիկական ախտանիշները, բուժման, կանխարգելման սկզբունքները: Այստեղ ևս համարժեքորեն արտացոլված են հիվանդ երեխաների խնամքի, սնուցման հարցերը:

«Մանկական վարակիչ հիվանդություններ» գլխում շարադրված են մանկական տարիքում հանդիպող գրեթե բոլոր ինֆեկցիաները, դրանց համաճարակաբանության առանձնահատկությունները, պատճառագիտությունը, կլինիկան: Հատուկ ուշադրություն է դարձված բուժքրոջ պարտականություններին վարակի տարածման առաջնային և երկրորդային կանխարգելման գործում: Ներկայացված են Հայաստանում գործող իմունիզացիայի ընդլայնված ծրագրի հիմնական դրույթները, տրված են աղյուսակներ, պատվաստումների օրացույց:

Հավելվածներում արտացոլված են նաև բուժքրոջ աշխատանքային գործունեության ընդհանուր սկզբունքները մանկական հիվանդությունների և անհետաձգելի վիճակների ժամանակ: Ներկայացված են մանուկների ֆիզիկական աճի գնահատման չափանիշները, ներառյալ՝ գնահատումը ցենտիլային աղյուսակներով: Տրված են պուլսի, շնչառական հաճախականության, զարկերակային ճնշման տարիքային տվյալները: Շատ կարևոր է, որ ընդգրկված են երեխաների լաբորատոր քննությունների հիմնական ցուցանիշները:

Դասագիրքը զերծ չէ որոշ թերություններից: Մասնավորապես, պատճառագիտության և ախտաճնության մասին տեղեկությունների ծավալը տարբեր հիվանդությունների ժամանակ ներկայացված է ոչ հավասարաչափ: Կարելի էր ընդրգել տեղեկություններ դպրոցական և դեռահաս երեխաների մոտ վերջերս լայն տարածում ստացած վեգետո-անոթային շեղումների մասին:

Ինչևէ, նշված թերությունները ոչ մի կերպ չեն նվազեցնում դասագրքի նշանակությունը Հայաստանի բուժքույրերի կրթման համար: Դասագրքի կիրառումը անպայմանորեն կբերի ուսումնական գործընթացի որակի բարելավմանը:

ՍԵՐԳԵՅ ՍԱՐԳՍՅԱՆ

*Երեխաների և դեռահասների առողջության
ինստիտուտի «Երեխաների առողջության
կազմակերպչական և մեթոդական
կենտրոնի» ղեկավար, Բ.Գ.Թ.*

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ	9
ԳԼՈՒԽ IV	
ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՎԱՐԱԿԻՉ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	11
Կանխարգելիչ պատվաստումներ	11
Սուր շնչառական վիրուսային ինֆեկցիաներ	
Գրիպ	25
Պարազրիպ	31
Ադենովիրուսային վարակ	32
Ռինովիրուսային վարակ	35
Ռեսպիրատոր-սինցիտիալ (ՌՍ) վարակ	36
Տուբերկուլյոզ (պալարախտ)	37
Կարմրուկ	61
Կարմրախտ	70
Քուրեշ	74
Դիֆթերիա	81
Զրծաղիկ	92
Էպիդեմիկ պարօտիտ	101
Կապույտ հազ	110
Մենինգակոկային վարակ	118
Ինֆեկցիոն մոնոնուկլեոզ	128
«Կոկսակի» վիրուսային հիվանդություն	132
Պոլիոմիելիտ	134
Վիրուսային հեպատիտներ	140
Վիրուսային հեպատիտ A	140
Վիրուսային հեպատիտ B	146
Դիզենտերիա	155

Սալմոնեյոզ.....	165
Կոլիէնտերիտ	171
Ռոտավիրուսային վարակ	176
ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ	180

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Մանկաբուժությունը բժշկական մասնագիտություն է, որը զբաղվում է երեխաների ֆիզիկական և հոգեւոցիալական զարգացմամբ և առողջությամբ: Այն ներառում է հարցերի լայն շրջանակ՝ մանկան օրգանիզմի առանձնահատկություններ, երեխաների խնամք, կանխարգելիչ միջոցառումներ, սուր և քրոնիկ հիվանդությունների ախտորոշում և բուժում, զարգացող երեխայի վրա կենսաբանական, սոցիալական և շրջակա միջավայրի ազդեցություն:

Մանկաբուժության հիմքերը դրել են բժշկագիտության այրերը՝ Հիպոկրատը, Ավիցեննան, Հին Հնդկաստանի, Պարսկաստանի բժիշկները: Մեծանուն բժշկապետ Մխիթար Հերացին իր **«Ջերմանց մխիթարություն»** աշխատությունում առանձնակի ուշադրություն է դարձրել երեխաների առողջությանը: Առաջին՝ միայն երեխաներին սպասարկող մանկական հիվանդանոցը բացվել է Փարիզում՝ 1802 թ: Հայաստանի առաջին մանկական հիվանդանոցը բացվել է 1939-ին՝ ներկայիս Հերացի համալսարանական հիվանդանոցի շենքում:

Երեխաների աճի, զարգացման, դաստիարակության, ինչպես նաև ծնողների ուսուցման և բուժական գործընթացում նրանց ակտիվ ներգրավման խնդիրները խիստ կարևոր են և արդիական: Մեր նպատակն է, որպեսզի բավարար գիտելիքներով, ունակություններով օժտված բուժքույրը ուսումնական գործընթացում կարողանա տիրապետել անհարժեշտ գիտելիքների, կարողանա գործել ինքնուրույն և համագործակցել առողջապահության այլ մասնագետների

հետ, սերտ կապի մեջ լինի հիվանդ երեխայի ծնողների հետ, վայելի նրանց լիակատար վստահությունը և հարգանքը, որպեսզի նպաստի հասարակության առողջության պահպանմանը, բժշկական հիմնարկների աշխատանքի արդյունավետությանը:

Այս գրքում ընթերցողը կկարողանա գտնել մանկական տարիքի հիվանդությունների պատճառագիտության, ախտաճնության, կլինիկայի, ախտորոշման և բուժման սկզբունքների, ինչպես նաև հիվանդ երեխայի խնամքի մասին ժամանակակից տեղեկություններ:

Գրքում տեղ են գտել Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության, տարբեր միջազգային, եվրոպական և, իհարկե, հայկական մանկաբուժական մասնագետների կողմից առաջ քաշված մոտեցումները առավել տարածված մանկական հիվանդությունների վարման վերաբերյալ:

Հավելվածներում բերված են նշված հիվանդությունների ժամանակ բուժքրոջ գործողությունների ընդհանուր սկզբունքները, մանկական տարիքի հիմնական ֆիզիոլոգիական ցուցանիշները, կանխարգելիչ պատվաստումների օրացույցը, գունավոր նկարներ:

Մենք հուսով ենք, որ այս գիրքը օգտակար կլինի բժշկական քոլեջների ուսանողներին, մանկական բուժկանխարգելիչ հիմնարկներում աշխատող բուժքույրներին, ինչպես նաև մանկաբույժներին և ընտանեկան բժիշկներին՝ նրանց պատասխանատու, բայց և անչափ շնորհակալ աշխատանքում:

ԳԼՈՒԽ IV

ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՎԱՐԱԿԻՉ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼԻՉ ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐ

Կանխարգելիչ պատվաստումը սպեցիֆիկ պատվաստանյութի օրգանիզմ ներմուծման միջոցով ակտիվ իմունիտետի ստեղծումն է, որի միջոցով հնարավորություն է ընձեռնվում պաշտպանելու երեխաներին մի շարք վարակիչ (կառավարելի) հիվանդություններից՝ օրգանիզմում առաջացնելով տվյալ հիվանդության հանդեպ անընկալություն (իմունիտետ): Կանխարգելիչ պատվաստումը կանխում է մահացությունը, հաշմանդամությունը, իսկ զանգվածային պատվաստումների միջոցով նվազում է հարուցչի շրջանառությունը, ապահովվում վերացումը:

Պատվաստումները կատարվում են պատվաստումների ազգային օրացույցով՝ հաշվի առնելով տվյալ տարածաշրջանի համաճարակաբանական վիճակը: Օրացույցում նշված է երեխայի տարիքը, պատվաստանյութի անվանումը, ինֆեկցիոն հիվանդությունները, որոնց դեմ կատարվում են պատվաստումները: Պատվաստումները կատարում են ծննդատներում, պոլիկլինիկաներում, ամբուլատորիաներում, գրանցվում են մանկան զարգացման քարտում (ձև N113, ձև N112), կանխարգելիչ պատվաստումների քարտում (ձև N 63): Պատվաստումներն իրականացվում են հատուկ նախապատրաստված, վերապատրաստման դասընթաց անցած բուժաշխատողների

կողմից, իսկ կատարումը վերահսկվում է տեղամասային մանկաբույժի և բուժքրոջ կողմից:

Անհրաժեշտ է.

- պլանավորել պատվաստումներն ըստ օրացույցի (չմոռանալ հակացուցումների մասին),
- հաշվառել տեղամասի բոլոր երեխաներին,
- հաշվի առնել նախորդ հետպատվաստումային բարդությունները,
- հաշվի առնել տարածքում համաճարակաբանական վիճակը,
- պատվաստումից առաջ ստուգել երեխայի առողջական վիճակը,
- պատվաստումից հետո հսկել երեխային, երկու օր կատարել ջերմաչափում:

ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐԻ ԱԶԳԱՅԻՆ ՕՐԱՑՈՒՅՑ

Պատվաստման ժամկետը	Պատվաստանյութի անվանումը
Ծնվելուց հետո 0-24 ժ. ընթացքում	ՎՀԲ
Ծնվելուց հետո 0-48 ժ. ընթացքում	ԲՅԺ
6 շաբաթական	ԱԿԴՓ/ՎՀԲ/ՀԻԲ/ԻՊՊ(վեցավալենտ կամ հեքսա), ՌՈՏԱ, ՊՆԵՎՄՈ
12 շաբաթական	ԱԿԴՓ/ՎՀԲ/ՀԻԲ/ԻՊՊ(վեցավալենտ կամ հեքսա), ՌՈՏԱ, ՊՆԵՎՄՈ
18 շաբաթական	ԱԿԴՓ/ՎՀԲ/ՀԻԲ/ԻՊՊ(վեցավալենտ կամ հեքսա), ՊՆԵՎՄՈ

12 ամսական	ԿԿԽ, Ջրծաղիկ (վարիցելա)
18 ամսական	ԱԿԴՓ/ԻՊՊ (տետրա)
4-6 տարեկան	ԿԿԽ, Ջրծաղիկ (վարիցելա)
6 տարեկան	ԱԿԴՓ/ԻՊՊ(տետրա)
13 տարեկան	ՄՊՊ (2 դեղաչափ 6 ամիս ընդմիջումով)
15-16 տարեկան	ԱՓԴԿ (ադասել)
15-16 տարեկան նախազորակոչի ենթակա անձինք	ՋՐԾԱՂԻԿ (վարիցելա), ՄԵՆԻՆԳՈ, ՊՆԵՎՄՈ, ՎՀԱ, ԿԿԽ (2 դեղաչափ չունեցողներին)
17 տարեկան նախազորակոչի ենթակա անձինք	ՏՈՒԼԱՐԵՄԻԱ
16 տարեկան և յուրաքանչյուր 10 տարին մեկ	ԱԴՓ-Մ
Սեզոնային գրիպ 6 ամսականից մինչև 5 տարեկան երեխաներ, տարին մեկ անգամ՝ հոկտեմբերին	Սեզոնային գրիպ
Կատաղություն	Համաճարակաբանական ցուցումով (շան, կատվի, կապկի և այլ զագանի կծեկու դեպքում)

ՎՀԲ - վիրուսային հեպատիտ B

ԲՅԺ - տուբերկուլյոզ

ԱԿԴՓ/ՎՀԲ/ՀԻԲ/ԻՊՊ - կապույտ հագ, դիֆթերիա, փայտացում, վիրուսային հեպատիտ B, Բ տիպի հեմոֆիլուսային ինֆեկցիա, պոլիոմիելիտ

ՌՈՏԱ - ռոտավիրուսային ինֆեկցիա

ՊՆԵՎՄՈ - պնևմոկոկային վարակ

ԿԿԽ - կարմրուկ, կարմրախտ, խոզուկ

ՄՊՊ - մարդու պապիլոմավիրուսային վարակ

ՎՀԱ - վիրուսային հեպատիտ A

Պատվաստանյութերի ներարկումը

Պատվաստա - նյութ	Ներարկման տեղ, ճանապարհ	Պատվաստանյութի արտադրման ձև	Պատրաստուկի արտաքին տեսք	Դեղաչափ
ԲՑԺ	Ձախ բազուկ, ն/մ	Փոշի + լուծիչ (բացելուց հետո պահել 2 ժամից ոչ ավել, 20 դոզա)	Վերականգնումից հետո սպիտակ պղտորավուն հեղուկ	0,05մգ/0,1մլ
ՎՀԲ	Ազդրի վերին երրորդականի առաջադրսային մակերես, մ/մ	Հեղուկ (1 դոզա)	Սպիտակ, պղտոր հեղուկ	0,5մլ

ԱԿԴՓ/ՎՀԲ/ ՀԻԲ/ԻՊՊ (Hexaxim)	Ազդրի վերին երրորդա կանի առաջադ րսային մակերես, մ/մ	Հեղուկ (1 դոզա)	Սպիտակ, պղտորավո ւն հեղուկ	0,5մլ
ՌՈՏՍՍ (Rotarix)	Բերանաց ի	Պարկուճի մեջ վարդագույն հեղուկ	Պարկուճի մեջ վարդագույ ն հեղուկ	1,5մլ
ՊՆԵՎՄՈ (Prevnar)	Ազդրի վերին երրորդա կանի առաջադ րսային մակերես, մ/մ	Հեղուկ (1 դոզա)	Սպիտակ, պղտոր հեղուկ	0,5մլ
ԿԿԽ (Prorix)	Զախ բազկի դրսային մակերես, ե/մ	Փոշի + լուծիչ (եթե 1 դոզայից շատ է, պահել 6 ժամից ոչ ավել)	Վերականգ նումից հետո սպիտակ պղտորավո ւն հեղուկ	0,5մլ
Զրծաղիկ (Baricella)	Աջ բազկի դրսային	Փոշի + լուծիչ	Վերականգ նումից	0,5մլ

	մակերես, ե/մ	(1 դոզա)	հետո սպիտակ	
ԱԿՂՓ/ԻՊՊ (Tetraxim)	Բազկիին, մ/մ	Հեղուկ (1 դոզա)	Սպիտակ, պղտորավո ւն հեղուկ	0,5մլ
ՄՊՊ (Gardasil)	Բազկիին, մ/մ	Հեղուկ (1 դոզա)	Սպիտակ, պղտորավո ւն հեղուկ	0,5մլ
ԱՓՂԿ (Adasel)	Բազկիին, մ/մ	Հեղուկ (1 դոզա)	Սպիտակ, պղտորավո ւն հեղուկ	0,5մլ
ՎՀԱ	Բազկիին, մ/մ	Հեղուկ (1 դոզա)	Սպիտակ, պղտորավո ւն հեղուկ	0,5մլ
Սեզոնային գրիպ (Vaxigrip)	Ազդրի վերին երրորդա կանի առաջադ րսային մակերես կամ բազկիին, մ/մ	Հեղուկ (1 դոզա)	Սպիտակ, պղտորավո ւն հեղուկ	0,5մլ
ԱՂՓ-Մ (Tetadif)	Բազկիին, մ/մ	Հեղուկ (10 դոզանոց է, բացելուց հետո պահել 28 օրից ոչ ավել)	Սպիտակ, պղտորավո ւն հեղուկ	0,5մլ

Կատաղություն (Radivax)	Բազկին, մ/մ	Հեղուկ (1 դոզա)	Սպիտակ, պղտորավուն հեղուկ	0,5մլ
-----------------------------------	----------------	--------------------	---------------------------------	-------

Կանխարգելիչ պատվաստումները պետք է կատարել ծնողների ներկայությամբ: Ծնողները պետք է պատրաստ լինեն երեխաներին պատվաստումներ կատարելու համար:

Պատվաստում ստացող երեխայի մայրը պետք է տեղեկացված լինի մի շարք կարևոր կանոնների մասին. նախօրյակին և պատվաստման օրը՝ առավոտյան, անպայման պետք է չափել երեխայի մարմնի ջերմաստիճանը, անձամբ հանդիպել բժշկին ու բուժքրոջը, պատմել երեխայի առողջության ու վարքագծի մասին, ուշադիր լսել անցկացվելիք պատվաստման հետ կապված խորհուրդները և կատարել դրանք: Հետևել երեխայի վիճակին պատվաստումից հետո և որևէ խախտում նկատելիս ժամանակին հայտնել բուժքրոջը և բժշկին: Հատկապես, խստորեն պետք է պահպանել կրկնակի պատվաստումների ժամկետները, այլապես դրանք քիչ արդյունավետ կլինեն:

Իմունականիսարգելման անհրաժեշտ պայման է հանդիսանում երեխային պատվաստելու ծնողի համաձայնությունը, ուստի չափազանց կարևոր է բացատրել ծնողներին պատվաստման անհրաժեշտությունը և զգուշացնել այն վտանգների վերաբերյալ, որը կսպառնի «անպաշտպան» երեխային: Պատվաստումից հրաժարվելու ամենահաճախ հանդիպող պատճառները հետևյալներն են.

- անվստահություն պատվաստանյութի որակի նկատմամբ,

- պատվաստման անհրաժեշտության վերաբերյալ անբավարար գիտելիքներ,
- նախորդ պատվաստման բացասական փորձ (բարեկամի, ծանոթի, այլ երեխաների),
- կրոնական հավատքի արգելքներ,
- վախ հետպատվաստումային բարդություններից, խնդիրներից:

Պատվաստումից հրաժարվելու բոլոր դեպքերում բուժքույրը պետք է բացատրի ծնողներին անցանկալի հետևանքների մասին, չխնայելով ժամանակ ու եռանդ երեխայի և նրա ընտանիքի հետ նախապատրաստական աշխատանքներ կատարելիս: Այն պետք է սկսել պատվաստումից դեռ 2 շաբաթ առաջ: Յուրաքանչյուր բուժքույր պատվաստումից առաջ պետք է գնահատի երեխայի վիճակը անվտանգությունն ապահովելու համար:

Քույրական գնահատում

1. Ճշտել երեխայի տարիքը, արդյոք նա համապատասխանո՞ւմ է այն տարիքին, որը նշված է իմունականիսարգելման ազգային օրացույցում: Առանց համաճարակային ցուցումների ժամկետից շուտ պատվաստում չկատարել:
2. Ուսումնասիրել երեխայի պատվաստման անամնեզը.
 - ինչպես են անցել նախորդ պատվաստումները,
 - հետպատվաստումային շրջանում ինչպիսի խնդիրներ են ունեցել երեխան և ծնողները:
3. Ստուգել երեխայի պատվաստման քարտը: Եթե պատվաստման վերաբերյալ գրանցում չկա, և դա կասկած է առաջացնում՝ ճշտել: Միգրանտների

ընտանիքի անդամները կարող են տեղեկանք ներկայացնել հետևյալ բովանդակությամբ՝ «պատվաստումները կատարվել են տարիքային ժամկետներում»: Այսպիսի տեղեկանքը հիմք չի հանդիսանում: Անհրաժեշտ են հավաստի տվյալներ, քաղվածք ձև N63-ից, որը հաստատված է տվյալ բուժ հիմնարկի կնիքով:

4. Գնահատել տվյալ երեխայի հակացուցումների առկայությունը:
5. Բացատրել ծնողներին և երեխային, թե ինչ պատվաստում պետք է կատարվի: Տալ անհրաժեշտ տեղեկատվություն պատվաստանյութի և հնարավոր կողմնակի ազդեցությունների վերաբերյալ: Ծանոթացնել ծնողներին հետպատվաստումային շրջանում երեխայի խնամքին:
6. Ստանալ ծնողների համաձայնությունը երեխային պատվաստելու համար: Եթե ծնողները, այնուամենայնիվ, դեմ են, ապա անհրաժեշտ է ստանալ ծնողի գրավոր հրաժարում և կցել ամբուլատոր քարտին (ձև N112):

Պատվաստանյութերի տեսակներն են՝

- կենդանի պատվաստանյութեր, որոնք պարունակում են ոչ պաթոգեն մանրէներ (ԿԿԽ),
- խաչաձև ազդող կենդանի մանրէներից պատվաստանյութեր, որոնք իմունաբանորեն կապված են տվյալ հիվանդության հետ (ԲՅԺ),

- սպանված պատվաստանյութեր, որոնք ստանում են պաթոգեն հարուցիչների ապակտիվացման շնորհիվ (ԻՊՊ, կապույտ հազի պատվաստանյութը ԱԿԴՓ-ում),
- գենային ինժեներիայով ստացված վակցինաներ (ՎՀԲ),
- անատոքսիններ՝ սրանք միկրոբի վնասազերծված տոքսիններ են (օրինակ դիֆթերիայինը ԱԿԴՓ-ում):

Պատվաստանյութերն անհրաժեշտ է ներմուծել տարիքին համապատասխան ճիշտ նշված ժամկետներում, բոլորը միասին: Դրանք խախտելու դեպքում թույլատրվում է մյուս պատվաստումները կատարել տարբեր ներարկիչներով, մարմնի տարբեր մասերում, հետագա պատվաստումների միջև նվազագույն ինտերվալը պահելով 4 շաբաթից ոչ պակաս. հակառակ դեպքում լինում են ծանր բարդություններ:

Պատվաստանյութերը պահելու կանոններն են.

- պատվաստանյութը ունի պիտանելիության ժամկետ, պետք է դրան խիստ հետևել:
- Բոլոր պատվաստանյութերը պետք է պահվեն սառը և մութ տեղում (2°C մինչև 8°C պայմաններում), այլապես դրանց կիրառումը արդյունավետ չի լինի:
- Պատվաստանյութերի վրա բացասաբար են ազդում ջերմությունը, արևի լույսը (ԿԿԽ, ԲՅԺ), գերսառեցումը (ԱԿԴՓ):

Սառցային շղթա: Սառցային շղթան պատվաստանյութերի պահպանման և տեղափոխման ժամանակ օպտիմալ ջերմային ռեժիմի պահպանումն է արտադրողից մինչև պատվաստվողը ընկած ողջ ուղու

ընթացքում: Սառցային շղթան բաղկացած է սառնարանից (տեխնիկայից) և մարդկանցից (անձնակազմից): Օպտիմալ ջերմային ռեժիմն է $+2^{\circ}\text{C}$ մինչև $+8^{\circ}\text{C}$:

Պատվաստանյութերը մինչև բուժհիմնարկ հասցնելը անհրաժեշտ է՝

- արագ վերցնել օդանավակայանից,
- կենտրոնական, տարածաշրջանային պահեստներում, սառնարաններում անհրաժեշտ է պահպանել սահմանված ցածր ջերմաստիճանում,
- բուժհիմնարկներում պահել սառնարաններում կամ սառնարան-պայուսակում անհրաժեշտ ցածր ջերմաստիճանում,
- մի պահեստից մյուսը կամ բուժհիմնարկ տեղափոխելիս ևս չընդհատել սառցային շղթան,
- պատվաստման վայր (ամբուլատորիա, պոլիկլինիկա) հասցնել պատվաստանյութերի համար նախատեսված սառցապայուսակներով,
- երեխաներին (մեծերին) պատվաստելիս պատվաստանյութերը պահել անհրաժեշտ ջերմաստիճանում ($+2^{\circ}\text{C}$ մինչև $+8^{\circ}\text{C}$):

Երկարատև պահպանելու համար պատվաստանյութերը տեղադրում են հատուկ սառնարաններում: Իսկ ժամանակավոր պահպանման համար նախատեսված են սառցե կոնտեյներներ, պայուսակ-սառնարաններ: Կոնտեյներում ջերմության պահպանման տևողությունը 3-7 օր է, պայուսակ- սառնարանում՝ 24-36 ժամ, իսկ սառցային խորանարդիկներն ամեն անգամ հալելիս պետք է փոխվեն:

Սառնարանում տեղադրման կանոններն են՝

- սառնարանում սնունդ պահել չի կարելի,
- օրվա ընթացքում սառնարանի դուռը 2-3 անգամից ավել չի կարելի բացել,
- օրը 2 անգամ ճշտել սառնարանի ջերմաստիճանը (Freeze- tag ցուցիչը) և գրանցել գրանցամատյանում,
- սառնարանում պատվաստանյութերը տեղադրել դարակների մեջ, համարակալված և անվանումներով (դարակները ուղղահայաց մետաղական ցանցեր են),
- պատվաստանյութերը դասավորել՝ հաշվի առնելով պիտանելիության ժամկետները (երկար պահպանման ժամկետ ունեցողները ներքևում, մյուսները՝ վերևում):

Հետպատվաստումային ռեակցիաներ և հետպատվաստումային անբարեհաջող դեպքեր

Հետպատվաստումային ռեակցիաները լինում են տեղային և ընդհանուր: Տեղային ռեակցիան արտահայտվում է ցավով, կարմրությամբ, թեթև այտուցով, կոշտացումով, տեղային ջերմաստիճանի բարձրացմամբ, ինֆիլտրատի առաջացումով: Ընդհանուր ռեակցիան արտահայտվում է ջերմությամբ, թուլությամբ, գլխացավով: Տեղային և ընդհանուր ռեակցիաները տևում են 1-2 օր: Սակայն հնարավոր է, որ ռեակցիան պատվաստումից հետո լինի ոչ ադեկվատ՝ ուղեկցվի ինտոքսիկացիայով, տարբեր օրգան-համակարգերի ախտահարումներով: Դրանց անվանում են հետպատվաստումային անբարեհաջող դեպքեր (ՀԱԴ): ՀԱԴ-ը կարող է լինել ցանկացած անբարեհաջող կամ անսպասելի

իրավիճակ, լաբորատոր ցուցանիշների շեղում, ախտանիշ կամ հիվանդություն:

Հետպատվաստումային բարդություններ

Հետպատվաստումային բարդությունների պատճառ կարող են լինել՝

- 4 շաբաթից պակաս պատվաստումների միջև ինտերվալ,
- ժամկետների խախտումը,
- կատարման տեխնիկայի սխալը,
- ասեպտիկայի կանոնների խախտումը,
- օրգանիզմի դիմադրողականության անկումը,
- ալերգիկ հիվանդությունների առկայությունը,
- ցնցումների հանդեպ հակումը,
- հակացուցումների անտեսումը:

ԲՅԺ-ից հնարավոր բարդություններ.

- թարախային լիմֆադենիտ, խուղակ,
- կելոիդ սպի,
- դիսսեմինացված ԲՅԺ վարակ, օստեոմիելիտ:

ԿԿԽ-ից հնարավոր բարդություններ.

- պատվաստումից հետո 6-12 օրերի ընթացքում կարմրուկի, կարմրախտի, խոզուկի թեթև կլինիկա,
- երբեմն ցնցումներ, թրոմբոցիտոպենիա, անաֆիլաքսիա, շճային մենինգիտ:

ԱԿԴՓ-ից հնարավոր բարդություններ.

- երկարատև լաց (0-24 ժամ),
- ջերմություն (0-2 օր),
- ֆեբրիլ ցնցումներ (0-2 օր),
- անաֆիլակտիկ շոկ (0-1 ժամ),
- էնցեֆալոպաթիա (0-2 օր):

Պատվաստումների բացարձակ հակացուցում է ծանր ալերգիկ ռեակցիան կամ անաֆիլակտիկ շոկը:

Պատվաստումների հարաբերական հակացուցումներ են՝

- վարակիչ և սոմատիկ հիվանդությունները սուր շրջանում, եթե ընթացքը ծանր է կամ միջին ծանրության,
- քրոնիկ հիվանդությունների սրացման շրջանը,
- իմունոդեֆիցիտները,
- հորմոնալ երկարատև թերապիան,
- էնցեֆալոպաթիան (կոմա, գիտակցության մթազնում, 15 րոպեից ավել տևած ցնցումներ),
- ԿԿԽ-ն հակացուցված է հղիներին, սակայն կատարման դեպքում չի հանդիսանում հղիությունն ընդհատելու ցուցում,
- ԲՅԺ-ն հակացուցված է, եթե նորածնի քաշը մինչև 1700 գրամ է,
- Եթե անամնեզում կա թրոմբոցիտոպենիա, պետք է պատվաստումից առաջ ստուգել թրոմբոցիտների քանակը:

ՍՈՒՐ ՇՆՉԱՌԱԿԱՆ ՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ԻՆՖԵԿՑԻԱՆԵՐ ԳՐԻՊ

Գրիպը շնչուղիների սուր վիրուսային ինֆեկցիա է, որը դրսևորվում է ընդհանուր ինտոքսիկացիայով և վերին շնչուղիների լորձաթաղանթի ախտահարումով:

Էթիոլոգիա: Հարուցիչը ՌՆԹ պարունակող վիրուսն է, որը գնդաձև է, թաղանթով պատված: Թաղանթում կան 2 անտիգեններ (**Hemagglutinin** և **Neuraminidase**), որոնց տեսակներով և անվանման առաջին տառերով տարբերում են գրիպի վիրուսի 3 հիմնական սերոտիպերը՝ A, B, C և ենթատեսակները (H1N1, H1N5, H1N3 և այլն): Գրիպի վիրուսները, հատկապես A-ն, փոփոխական են: Անընդհատ առաջանում են նոր տարատեսակներ, որոնց նկատմամբ բնակչությունը չունի իմունիտետ: A գրիպը 10- 15 տարին մեկ առաջացնում է պանդեմիաներ: Այս պանդեմիաների միջև 2-3 տարին մեկ լինում են գրիպի էպիդեմիաներ: B գրիպի հարուցիչը ևս պատճառ է հանդիսանում սեզոնային էպիդեմիաների, որոնց ընթացքն այդքան ծանր չէ, որքան A գրիպին: C գրիպին բնորոշ են եզակի դեպքերը:

Գրիպի վիրուսներն անկայուն են արտաքին միջավայրում, դիմացկուն են ցրտի հանդեպ: Սենյակային ջերմաստիճանում ոչնչանում են մի քանի ժամում, զգայուն են ջերմության, ուլտրամանուշակագույն ճառագայթների, ախտահանիչ նյութերի նկատմամբ:

Էպիդեմիոլոգիա: Վարակի աղբյուրը հիվանդ մարդն է հիվանդության առաջին օրերին: Վարակը փոխանցվում է օդակաթիլային ճանապարհով: Հիվանդացությունը բարձր է

ուշ աշնան և ձմռան ամիսներին: Վիրուսի նկատմամբ երեխաներն ավելի զգայուն են, քան մեծահասակները: Գրիպի վարակը շատ արագ է տարածվում: Մի քանի շաբաթում կարող է ընդգրկել մի ամբողջ բնակավայրի 50- 60%-ը (ավելի բնորոշ է Ա գրիպին): Ա գրիպից հետո իմունիտետը պահպանվում է միայն տվյալ տարատեսակի նկատմամբ, այն էլ ընդհամենը 1-3 տարի:

Պաթոգենեզ: Գրիպի վիրուսը ներթափանցելով վերին շնչուղիների լորձաթաղանթի էպիթելի բջիջներ, առաջացնում է բորբոքում, նեկրոզ: Էպիթելի պաշտպանական ֆունկցիան ընկնում է: Պրոցեսն արագ տարածվում է՝ ընդգրկելով ըմպանը, շնչափողը և բրոնխները: Էպիթելի քայքայումից առաջացած նյութերը (ցիտոկիններ), անցնում են արյան մեջ, առաջացնելով ինտոքսիկացիա:

Վիրուսն ախտահարում է նաև արյունատար անոթների պատը, բարձրացնում նրա թափանցելիությունը: Դրա հետևանքը արյունազեղումներն են ԿՆՀ- ում, թոքերում, այլ օրգաններում, քթային արյունահոսությունը, հեմոռագիկ ցանր մաշկի և լորձաթաղանթների վրա:

Լորձաթաղանթի էպիթելի պատնեշային ֆունկցիայի խանգարման պատճառով լեյկոցիտների ֆագոցիտային ֆունկցիան նվազում է: Ակտիվանում են շնչուղիների պայմանական պաթոգեն միկրոբները: Ծագում են միկրոբային բարդություններ: Իմունիտետի ձևավորմամբ վիրուսի բազմացումը դադարում է և հիվանդն առողջանում է:

Կլինիկա: Ինկուբացիոն շրջանը տևում է մի քանի ժամից մինչև 3 օր (միջինը՝ 1-2 օր):

Հիվանդությունը սկսվում է սուր, դողով: 2-3 ժամվա ընթացքում ջերմությունը բարձրանում է մինչև 39-40°C: Երեխան ունենում է ճակատային կամ ճակատա- քունքային հատվածում ուժեղ գլխացավ, ցավ ակնագնդերը շարժելիս, մկաններում, հոդերում, ոսկրերում ջարդվածության զգացում: Կարող է լինել գլխապտույտ, ուժեղ քրտնարտադրություն, լուսավախություն: Դեմքը, աչքերը հիպերեմիկ են: Երբեմն 3-րդ, 4-րդ օրը շրթունքին, քթի թևին հայտնվում է հերպետիկ ցան:

Առաջին օրերին երեխաները գանգատվում են քիթըմպանի չորությունից, քթի փակվածությունից, չոր հազից: 1-2 օրից քթից կարող է նկատվել շճալորձային արտադրություն, որը, սակայն, ավելի քիչ է արտահայտված, քան այլ ՄՇՎԻ-ների ժամանակ: Բակտերիալ բարդությունների դեպքում արտադրությունը դառնում է թարախային: Կարող է դիտվել նաև քթային արյունահոսություն: Ջննելիս ըմպանը հիպերեմիկ է, հետին պատը՝ հատիկավոր, արյունազեղումներով: Քթի լորձաթաղանթը այտուցված է, հիպերեմիկ, շնչառությունը՝ հաճախացած: Ախորժակը ընկած է, քունը՝ խանգարված:

Տենդը տևում է 2-5 օր: Ջերմությունն ավելի հաճախ իջնում է կրիտիկ (սրընթաց), քան լիտիկ (աստիճանաբար): Այն ուղեկցվում է ուժեղ քրտնարտադրությամբ: Առողջացման շրջանը տևում է 1- 2 շաբաթ, որի ժամանակ լինում է բարձր քրտնարտադրություն, գրգռվածություն, քնի խանգարում:

Տարբերում են գրիպի տիպիկ և ատիպիկ ձևեր: Տիպիկ ձևերն ընթանում են ծանրության երեք աստիճաններով՝

թեթև, միջին ծանրության, ծանր: Ատիպիկ են կայծակնային և ջնջված ձևերը:

Ծանրության աստիճանը որոշվում է ընդհանուր ինտոքսիկացիայի արտահայտվածությամբ: Թեթև ձևի ժամանակ ինտոքսիկացիան թույլ է արտահայտված, քիթը փակ է, կա քիչ արտադրություն, հազ:

Միջին ծանրության ժամանակ (ամենահաճախն է հանդիպում) ինտոքսիկացիան վառ է արտահայտված, կա մկանացավ, գլխացավ, ջերմությունը 39-39,5°C, տևում է 4-5 օր:

Ծանր ձևը սկսվում է շատ սուր, ուժեղ արտահայտված ինտոքսիկացիայով (ադինամիա, գլխապտույտ, գիտակցության մթագնում, կորուստ, ցնցումներ): Հաճախ նկատվում է հեմոռագիկ ցան, քթային արյունահոսություն:

Կայծակնային ձևի ժամանակ կլինիկական պատկերում գերակշռում է ծանրագույն նեյրոտոքսիկոզը հետևյալ ախտահարումներով.

- գլխուղեղի այտուց,
- սիրտ-անոթային և շնչական անբավարարություն,
- թոքերի հեմոռոգիկ այտուց:

Բնորոշ է հիվանդության արագ զարգացումը, հաճախ՝ մահացու ելքով:

Ջնջված ձևերը հազվադեպ են հանդիպում: Այս դեպքում գրիպի կարևոր ախտանիշներից մեկը (ջերմություն կամ շնչուղիների ախտահարում) բացակայում է:

Բարդություններ: Ամենահաճախ հանդիպող բարդությունը թոքաբորբն է, որն ունի առաջնային վիրուսային բնույթ կամ բակտերիալ, որը զարգանում է ախտածին մանրէների միացման հետևանքով (պնևմոնոկ,

ստաֆիլոկոկ): Կարող են զարգանալ սկանջաբորբ, սինուսիտներ: Հազվադեպ կարող են առաջանալ նաև ԿՆՀ- ի (մենինգոէնցեֆալիտ), և սիրտ-անոթային համակարգի (միոկարդիտ) կողմից բարդություններ: Առաջին օրերին հնարավոր է ծանր բարդության՝ տոքսիկ շոկի զարգացում, որը դրսևորվում է հեմոռագիկ համախտանիշով, սուր անոթային անբավարարությամբ, թոքի և գլխուղեղի այտուցով:

Լաբորատոր ախտորոշում: Էքսպրես ախտորոշման համար որպես նյութ վերցնում են քթից քսուկ և պարզում գրիպի վիրուսի անտիգենի առկայությունը:

Խնամք: Գրիպով հիվանդին խնամելիս բուժքույրը պետք կատարի հետևյալ միջամտությունները՝

- չափի ջերմությունը, զարկերակային ճնշումը, հաշվի անոթազարկը և շնչառության հաճախությունը,
- բացատրի մորը անկողնային ռեժիմ պահպանելու անհրաժեշտությունը,
- ապահովի հիվանդ երեխայի սննդի և հեղուկի ընդունումը,
- ճակատին դնի սառը թրջոցներ բարձր ջերմության և ուժեղ գլխացավի ժամանակ,
- քթային արյունահոսության ժամանակ ցուցաբերի անհետաձգելի օգնություն,
- լորձի կուտակման ժամանակ մաքրի քթանցքերը (հատկապես կրծքով կերակրելուց առաջ),
- ըստ անհրաժեշտության փոխի երեխայի ներքնաշորերը, անկողնու սպիտակեղենը,

- հսկի ընթացիկ ախտահանումը, կատարի խոնավ մաքրում,
- հիվանդասենյակը օդափոխի, միացնի կվարցե լամպ
- հարազատներին սովորեցնի հիվանդին տանը խնամելու կանոնները,
- հսկի հիվանդի վիճակը, անհրաժեշտության դեպքում տեղեկացնի բժշկին,
- ապահովի կանոնավոր և ճիշտ ձևով դեղերի ընդունումը, ներարկումների կատարումը,
- անհրաժեշտության դեպքում մատակարարի խոնավեցված թթվածին,
- կատարի ինհալյացիաներ,
- հիվանդին նախապատրաստի ռենտգեն, ԷՍԳ հետազոտությունների,
- լաբորատոր հետազոտության համար քիթըմպանից վերցնի նյութ:

Բուժում: Հիվանդները հոսպիտալացվում են ծանր ընթացքի և բարդությունների ժամանակ: Խորհուրդ է տրվում օգտագործել առատ հեղուկներ: Տենդի շրջաում սնունդը պետք է լինի լիարժեք, դյուրամարս, խնայող և պահպանվի անկողնային ռեժիմ:

Հակավիրուսային դեղամիջոցներից օգելտամիվիրը մեղմացնում և կարճացնում է ընթացքը հիվանդության առաջին նշաններից 24-48 ժամում նշանակվելու դեպքում:

Հակաբիոտիկներ նշանակվում են բակտերիալ բարդությունների ժամանակ:

Ախտանշանային բուժում՝ հազի ժամանակ խոնավ ինհալյացիաներ, բրոնխոլիտիկներ, բարձր ջերմության

Ժամանակ՝ ջերմիջեցնողներ (պարացետամոլ, իբուպրոֆեն), վերին շնչուղիների լվացում աղային լուծույթներով, ըստ անհրաժեշտության հիվանդության առաջին օրերին նշանակվում են անոթասեղմիչ կաթիլներ:

Կանխարգելում: Երեխան տանը պետք է գտնվի առանձին սենյակում: Խնամողը պետք է կրի դիմակ, փոխի՝ 4 ժամը մեկ: Օդափոխումը, խոնավ մաքրումը, կվարցե լամպի միացումը կանխում են վարակի տարածումը:

Սպեցիֆիկ կանխարգելումը կատարվում է սեզոնային պատվաստումով, ցանկալի է հոկտեմբեր ամսին: Առաջին հերթին պատվաստման ենթակա են դիսկի խմբի երեխաները, ինչպես նաև 6 ամսականից մինչև 5 տարեկան երեխաները: Պատվաստումը կատարվում է միջմկանային ճանապարհով, 0,5մլ ազդրից, եթե երեխան մինչև 2 տարեկան է և բազկից, եթե 2- 5 տարեկան է:

ՊԱՐԱԳՐԻՊ

Պարագրիպը չափավոր ինտոքսիկացիայի ախտանիշներով և շնչուղիների (առավելապես կոկորդի) ախտահարմամբ ընթացող սուր ինֆեկցիոն հիվանդություն է:

Էթիոլոգիա: Հարուցիչը ՌՆԹ պարունակող վիրուս է: Վիրուսը շուտ ոչնչանում է եռացնելուց, ախտահանիչների ազդեցությունից:

Էպիդեմիոլոգիա: Վարակի աղբյուրը հիվանդ մարդն է: Հիվանդը վարակիչ է 7-10 օր: Վարակը փոխանցվում է օդա կաթիլային ճանապարհով: Պարագրիպի եզակի դեպքերը

հանդիպում են ողջ տարվա ընթացքում, իսկ հիվանդացությունը բարձր է աշնան, ձմռան ամիսներին:

Պաթոգենեզ: Վարակի մուտքի դուռ են հանդիսանում քթի, կոկորդի լորձաթաղանթները: Վիրուսի բազմացման պատճառով լորձաթաղանթի էպիթելը ախտահարվում է: Ամենից շատ ախտահարվում է կոկորդը, ինչը կլինիկորեն դրսևորվում է կեղծ կրուպով: Ինտոքսիկացիան թույլ է արտահայտված, քանի որ վիրուսեմիան կարճատև է:

Կլինիկա: Ինկուբացիոն շրջանը 3-4 օր է: Սկսվում է աստիճանաբար՝ թուլություն, գլխացավ, քթի փակվածություն, չորություն ըմպանում, սուբֆերիլ ջերմություն: Հիվանդության ընթացքում կարող է զարգանալ կեղծ կրուպ բնորոշ ախտանիշներով՝ հաչոցանման հազ, դժվարացած աղմկոտ ներշնչում, խռպոտ ձայն, մաշկի գունատություն:

Զննելիս քթի լորձաթաղանթն այտուցված է, փափուկ քիմքը, քմային աղեղները հիպերեմիկ են:

Բուժում: Մպեցիֆիկ բուժում և կանխարգելում չկա: Կրուպի վարումը նկարագրված է համապատասխան բաժնում:

Կանխարգելիչ միջոցառումները, ինչպես գրիպի դեպքում, ուղղված են վարակի աղբյուրի, փոխանցման ուղու և ընկալունակ օրգանիզմի դեմ:

ԱՂԵՆՈՎԻՐՈՒՄԱՑԻՆ ՎԱՐԱԿ

Աղենովիրուսային վարակը շնչուղիների սուր ինֆեկցիոն հիվանդություն է, որը բնորոշվում է լիմֆոիդ հյուսվածքի,

վերին շնչուղիների, աչքերի, աղիների ախտահարումով և չափավոր արտահայտված ինտոքսիկացիայով:

Էթիոլոգիա: Հարուցիչը ԴՆԹ պարունակող վիրուսն է: Արտաքին միջավայրում բավականին կայուն է, սենյակային ջերմաստիճանում պահպանվում է մինչև 2 շաբաթ:

Էպիդեմիոլոգիա: Վարակի աղբյուրը հիվանդն է: Հարուցիչները սուր շրջանում արտազատվում են քթի լորձի հետ, իսկ ուշ շրջանում՝ ֆեկալ զանգվածների հետ: Վարակը տարածվում է օդակաթիլային և հազվադեպ՝ ֆեկալ-օրալ ճանապարհներով: Երեխաները 0-6 ամսականում չեն հիվանդանում, քանի որ ունեն պասիվ իմունիտետ:

Պաթոգենեզ: Մուտքի դռներն են վերին շնչուղիների, աչքերի, աղիների, լորձաթաղանթները: Վիրուսն ախտահարում է լորձաթաղանթի էպիթելը, առաջացնելով բորբոքում: Ախտահարվում են նաև աչքերը, լիմֆոիդ հյուսվածքը, լյարդն ու փայծաղը: Երեխան ջերմում է: Մեծանում են քմային նշիկները, ենթաձնոտային, պարանոցային, անութափոսային լիմֆատիկ հանգույցները:

Կլինիկա: Ինկուբացիոն շրջանը 5-8 օր է: Տարբերում են հիվանդության հետևյալ ձևերը.

- ռինոֆարինգիտ,
- ֆարինգոկոնյուկտիվիտ,
- կոնյուկտիվիտ,
- կերատոկոնյուկտիվիտ,
- ադենովիրուսային թոքաբորբ,
- վիրուսային էկզանթեմա,
- փորլուծություն:

Հիվանդությունը սկսվում է սուր, դողով, թուլությամբ, գլխացավով: 2-3 օրվա ընթացքում ջերմությունն աստիճանաբար բարձրանում է հասնելով 38-39°C: Առաջին օրերին քթից լինում է առատ շճային արտադրություն, որը շուտով դառնում է լորձա- թարախային: Քթով շնչառությունը դժվարացած է: Ընկալման հետին պատն այտուցված է, հատիկավոր (գրանուլյացիոն ֆարինգիտ):

Աղենովիրուսային ինֆեկցիայի ամենաբնորոշ ախտանիշը կոնյուկտիվիտն է (շաղկապենու բորբոքումը), որը լինում է կատարալ, ֆոլիկուլյար, փառային: Սկզբում ախտահարվում է մեկ կոպը: 1-2 օր անց՝ նաև մյուսը: Ախտահարվում է առավելապես ստորին կոպը: Կոնյուկտիվիտը աղենովիրուսային ինֆեկցիայի «այցեքարտն» է:

Երբեմն նկատվում է լյարդի և փայծաղի մեծացում, մաշկի դեղնություն:

Մինչև 1 տարեկան երեխաների մոտ կարող է նկատվել դիարեա: Գրիպի համեմատ , հիվանդությունը ավելի երկար է տևում: Ջերմությունը կարող է իջնել 5-7 օրից, բայց կարող է պահպանվել մինչև 2-3 շաբաթ:

Աղենովիրուսային թոքաբորբը ծանր ընթացք է ունենում:

Ախտորոշում: Էքսպրես ախտորոշման համար վերցնում են քսուկ քիթըմպանից և աչքից, կատարվում է կդանքի հետազոտություն աղենովիրուսի անտիգենի առկայությունը պարզելու նպատակով:

Բուժում: Հիվանդ երեխաները հոսպիտալացվում են ծանր դեպքերում և էպիդեմիոլոգիական ցուցումներով:

Տենդի ժամանակ պետք է պահպանել անկողնային ռեժիմ:

Կոնյուկտիվիտի ժամանակ աչքերը լվանում են եռացրած գոլ ջրով, հակասեպտիկ լուծույթներով, կաթեցնում են ֆլոքսադեքս, ցիպրոֆլոքսացին: Ռինիտի ժամանակ կիրառվում է տեբրոֆենի կամ օքսոլինի քսուկ:

Հակաբիոտիկներ օգտագործում են բակտերիալ բարդությունների ժամանակ. օտիտ, սինուսիտ, թոքաբորբ:

Կանխարգելում: Ոչ սպեցիֆիկ կանխարգելումը կատարվում է այնպես, ինչպես գրիպի դեպքում, սպեցիֆիկ կանխարգելում չի կատարվում:

ՌԻՆՈՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՎԱՐՄԿ

Սուր վիրուսային ինֆեկցիոն հիվանդություն է, որն ընթանում է քթի լորձաթաղանթի ախտահարումով և ինտոքսիկացիայի թույլ նշաններով:

Էթիոլոգիա և էպիդեմիոլոգիա: Հարուցիչը ՌՆԹ պարունակող վիրուս է, որն արտաքին միջավայրում անկայուն է: Վարակի աղբյուրը հիվանդ մարդն է: Փոխանցվում է օդակաթիլային ճանապարհով: Հիվանդացությունը բարձր է գարնանն ու աշնանը:

Կլինիկա: Ինկուբացիոն շրջանը 2-3 օր է: Սկսվում է սուր, ընդհանուր թուլությամբ, քթի փակվածությամբ, չորության զգացողությամբ, քիթը պանում քերոցի զգացումով: Քիթց արտադրությունը շատանում է. սկզբում շճային է, ապա՝ լորձային: Ջերմությունը նորմալ է կամ սուբֆերիլ: Ավելի ուշ քթի և բերանի շուրջ հայտնվում է հերպետիկ ցան:

Բուժումը սխմպտոմատիկ է:
Կանխարգելումը՝ ոչ սպեցիֆիկ:

ՌԵՍՊԻՐԱՏՈՐ-ՄԻՆՑԻՏԻԱԼ (ՌՄ) ՎԱՐԱԿ

ՌՄ վարակը շնչուղիների սուր վիրուսային ինֆեկցիոն հիվանդություն է, որն ընթանում է չափավոր ինտոքսիկացիայի ախտանիշներով և առավելապես ստորին շնչուղիների ախտահարումով:

Էթիոլոգիա և էպիդեմիոլոգիա: Հարուցիչը ՌՄ վիրուսն է, որը զգայուն է արտաքին միջավայրի ազդակների նկատմամբ:

Վարակի աղբյուրը հիվանդ մարդն է, ով վարակիչ է հատկապես մինչև կլինիկական երևույթների ի հայտ գալը: Փոխանցվում է օդակաթիլային ճանապարհով: Հաճախ հիվանդանում են մինչև 3 տարեկան երեխաները:

Պաթոգենեզ: Վիրուսը ներթափանցում է քթի լորձաթաղանթ, ապա արագ անցնում է ստորին շնչուղիներ՝ հասնելով մինչև ավելուներ: ՌՄ վիրուսին բնորոշ է ավելելիտը: Բրոնխների լուսանցքը փակվում է լորձի գնդիկներով: Բրոնխների սպազմի հետևանքով թոքերում առաջանում են ատելեկտազի և էմֆիզեմայի օջախներ: Առաջանում է վիրուսային-բակտերիալ թոքաբորբ:

Կլինիկա: Ինկուբացիոն շրջանը 3-6 օր է: Հիվանդությունը սկսվում է աստիճանաբար: Նկատվում է դող, թուլություն, թեթև գլխացավ, չորություն քիթըմպանում և հազ: Երբ միանում է բրոնխիտը, ջերմությունը բարձրանում է մինչև 38-39°C, ուժեղանում է գլխացավը, թուլությունը: Հիմնական ախտանիշը չոր, համառ, երկարատև հազն է: Շնչառությունը

արտաշնչական հնոցով է, հաճախացած: Մինչև 1 տարեկանների մոտ՝ շնչարգելության նոպաներով: Աուսկուլտատիվ լսվում են չոր և թաց խզզոցներ:

Հետագայում երեխաների մոտ զարգանում է բրոնխիոլիտի պատկեր՝ ասթմատիկ կոմպոնենտով: Հազը դառնում է նոպայաձև, երկարատև: Նոպայի վերջում արտազատվում է խիտ, կպչուն, դժվար արտազատվող խորխ: Երբեմն հազի նոպան ավարտվում է փսխումով և հիշեցնում է կապույտ հազ:

Թեթև ձևերի դեպքում հիվանդությունը տևում է 5-7 օր, իսկ ծանր ձևերի ժամանակ՝ մինչև 3 շաբաթ:

Լաբորատոր ախտորոշումը այնպիսին է, ինչպես գրիպի ժամանակ:

Բուժում: Թթվաձնային քաղցի, սաստուրացիայի մակարդակի իջեցման ժամանակ նշանակվում է խոնավեցրած թթվածին, կատարվում է ինհալյացիա ֆիզլուծությամբ կամ 3%-անոց հիպերտոնիկ լուծությամբ: Որոշ իրավիճակներում նշանակվում են բրոնխալայնիչներ, ստերոիդներ:

Կանխարգելումը՝ ոչ սպեցիֆիկ:

ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՅՈԶ (ՊԱԼԱՐԱՒՏ)

Տուբերկուլյոզը քրոնիկ ընթացքով վարակային հիվանդություն է, որը բնորոշվում է տարբեր օրգաններում և հյուսվածքներում սպեցիֆիկ գրանուլոմաների ձևավորումով և պոլիմորֆ (տարաբնույթ) կլինիկական պատկերով:

Հիվանդության հարուցիչը տուբերկուլյոզային միկոբակտերիան (ՏՄԲ) է կամ Կոխի ցուպիկը:

Էթիոլոգիա: ՏՄԲ-ների բազմաթիվ տեսակների շարքում մարդու համար պաթոգեն են մարդկային և եզան տեսակները: Առավել հաճախ հիվանդությունը հարուցվում է ՏՄԲ-ի մարդկային տեսակով: Տուբերկուլյոզի միկոբակտերիաներն օժտված են զգալի կայունությամբ արտաքին միջավայրի պայմաններում, իսկ սենյակային ջերմաստիճանում նրանք պահպանում են կենսունակությունը 2-10 ամիսների ընթացքում: Հարուցիչները երկար ժամանակ պահպանվում են կաթում, պանրում և կարագում: Արևի լույսի տակ նրանք ոչնչանում են 1,5-2 ժամվա ընթացքում, ՈւՄՃ ազդեցության տակ՝ 5 րոպեի ընթացքում, իսկ եռացնելու դեպքում՝ 5-10 րոպեի ընթացքում: Տուբերկուլյոզի միկոբակտերիաները կարող են փոփոխել իրենց հասկությունները՝ կայունություն ձեռք բերելով դեղամիջոցների հանդեպ, ինչը բարդություններ է ստեղծում հիվանդի բուժման ընթացքում:

Էպիդեմիոլոգիա: Տուբերկուլյոզային վարակի աղբյուր են տուբերկուլյոզով հիվանդ մարդիկ, կենդանիները և թռչունները: Համաճարակաբանական տեսանկյունից առավել վտանգավոր են մանրէների առատ արտադրությամբ թռքերի տուբերկուլյոզով հիվանդները: Կենդանիներից մարդկանց համար հիմնականում վտանգավոր են կովերն ու այծերը:

ՏՄԲ-ի երեխաների օրգանիզմ թափանցման համար առավել տարածված է համարվում օդային (աերոգեն) ուղին. Փոխանցմանը նպաստող գործոններ են՝ ՏՄԲ պարունակող քթըմպանային լորձը, խորիչը և փռշիկը: Ավելի հազվադեպ վարակումը տեղի է ունենում աղե-ստամոքսային

համակարգի միջոցով: Գրանցվել են նաև վնասված մաշկի և լորձաթաղանթի միջոցով վարակաման դեպքեր: Հնարավոր է պտղի ներարգանդային վարակում: Եզան տիպի ՏՄԲ-ները փոխանցվում են կաթի և կաթնամթերքի, հազվադեպ՝ վարակված մսի կամ հիվանդ կենդանու հետ շփման միջոցով:

Հինվանդության առաջացմանը նպաստում են հետևյալ ռիսկի գործոնները՝ ԲՅԺ-ի պատվաստման բացակայությունը, շնչառական օրգանների հաճախակի և երկարատև հիվանդացությունը, ծայրամասային ավշային հանգույցների մեծացումը և անհայտ ծագման քրոնիկ ինտոքսիկացիաները, շաքարային դիաբետը, անհայտ ծագման իմունոդեֆիցիտային վիճակները, հորմոնների և իմունոձնշիչների երկարատև ընդունումը: Ռիսկի խմբում են ՄԻԱՎ վարակակիրները և երկար ժամանակ հեմոդիալիզ ստացող հիվանդները:

Պաթոգենեզ: ՏՄԲ-ի ներմուծման տեղում ձևավորվում է սպեցիֆիկ բորբոքման օջախ (առաջնային օրգանային օջախ), որտեղից հարուցիչներն ընկնում են շրջակա ավշային հանգույցներ, պահպանվում և բազմանում այնտեղ: Օրգանիզմում տեղի է ունենում ալերգիկ վերակառուցում, հյուսվածքները դառնում են գերզգայուն ՏՄԲ-ի կենսագործունեության արգասիքների հանդեպ, ինչը հայտնաբերվում է տուբերկուլինային փորձերի միջոցով: Ախտահարման առաջնային օջախներից հարուցիչները տարածվում են տարբեր օրգաններ՝ նրանցում առաջացնելով նոր բորբոքման օջախներ: Մարդու օրգանիզմում ՏՄԲ-ի հայտնվելուց մինչև վարակում կամ տուբերկուլյոզային պրոցեսի զարգացումը անցնում է միջինը 6-8 շաբաթ:

Առաջնային վարակման դեպքում տուբերկուլյոզային պրոցեսը մեծամասամբ ավարտվում է առողջացումով կամ բորբոքման օջախը ենթարկվում է ֆիբրոզացման և կարծրացման (Հոնի օջախ): Տուբերկուլյոզի միկոբակտերիաները կարող են երկար ժամանակ (տարիներ) պահպանվել օջախում և տուբերկուլյոզի դեմ վարակային իմունիտետի աղբյուր հանդիսանալ: Պաշտպանության ցածր մակարդակի դեպքում ՏՄԲ-ները առաջնային օջախից տարածվում են հարակից հյուսվածքներ, արյան և ավշի հոսքով սերմնացրվում են առանձին օրգաններ՝ առաջացնելով նրանց ախտահարում:

Տուբերկուլյոզի ընթացքը

Տարբերում են երկու հաջորդական շրջաններ՝ առաջնային և երկրորդային: Մանկական տարիքում հաճախ հանդիպում է առաջնային տուբերկուլյոզը, որն իր առանձնահատկություններն ունի: Այն առաջանում է նախկինում չվարակված մարդկանց մոտ ՏՄԲ-ով վարակման դեպքում և ընդգրկում է տուբերկուլյոզային միկոբակտերիայի օրգանիզմ ներթափանցման պահից մինչև տուբերկուլյոզային օջախի լրիվ լավացումն ընկած ժամանակահատվածը: Երկրորդայինը՝ զարգանում է կլինիկական բարվոք վիճակից որոշ ժամանակ անց՝ էնդոգեն հին օջախների ակտիվացման արդյունքում: Տուբերկուլյոզի զարգացումը կրկնակի վարակման արդյունքում հազվադեպ է դիտվում:

Կլինիկական պատկեր: Տուբերկուլյոզի կլինիկական պատկերը բնորոշվում է շատ մեծ բազմազանությամբ և առաջին հերթին կախված են հիվանդության տեսակից և

փուլից: Տարբերում են տուբերկուլյոզի երեք հիմնական կլինիկական դրսևորում՝

1. երեխաների և դեռահասների մոտ տուբերկուլյոզային ինտոքսիկացիա,
2. շնչառական օրգանների տուբերկուլյոզ (առաջնային տուբերկուլյոզային կոմպլեքս, ներկրծքային ավշային հանգույցների տուբերկուլյոզ, օջախային, դիսսեմինացված, ինֆիլտրատիվ, թոքերի, բրոնխների կավերնոզ տուբերկուլյոզ և համակցված ախտահարումներ),
3. այլ օրգանների և համակարգերի տուբերկուլյոզ (ԿՆՀ-ի և ուղեղի կեղևի, ոսկրերի և հոդերի, միզասեռական օրգանների, մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի, ծայրամասային ավշային հանգույցների, աղիների և աչքերի և այլն):

Առաջնային տուբերկուլյոզի տեսակների շարքում գերակշռում է ներկրծքային ավշային հանգույցների տուբերկուլյոզը՝ 60%, իսկ ավելի հազվադեպ հանդիպում են առաջնային տուբերկուլյոզային համալիրը (կոմպլեքսը)՝ ԱՏՀ-ը, և տուբերկուլյոզային ինտոքսիկացիան: Դեռահասների շրջանում առաջնային վարակման դեպքում կարող է զարգանալ օջախային ինֆիլտրատիվ և սահմանափակ դիսսեմինացված (սերմնացրված) ախտահարումներ: Մնացած բոլոր տեսակները հաճախ հանդիպում են որպես վերջիններիս բարդություն կամ, որպես երկրորդային տուբերկուլյոզի տեսակներ:

Տուբերկուլյոզային զգայունության վիրաժ
տուբերկուլյոզային փորձի (Մանթուի փորձ) առաջին դրական

ռեակցիան է, որը հայտնաբերվում է առաջնային վարակման շրջանում: Այսինքն՝ նախկին բացասական Մանթուի փորձը դառնում է դրական:

Տուբերկուլյոզային թունավորումը (ինտոքսիկացիան)
տուբերկուլյոզի առանձնահատուկ կլինիկական տեսակ է, որը բնորոշ է մանկական տարիքին: Հիվանդությունն առաջանում է օրգանիզմ միկոբակտերիաների առաջնակի թափանցման արդյունքում: Ինտոքսիկացիայի զարգացումը պայմանավորված է նրանով, որ հատկապես վաղ տարիքի երեխաների օրգանիզմն օժտված է հարաբերականորեն ոչ մեծ ախտաբանական օջախին զգալի ֆունկցիոնալ խանգարումներով պատասխանելու ունակությամբ:

Տուբերկուլյոզային ինտոքսիկացիայի պարտադիր և առաջատար նշանն է ինտոքսիկացիոն համախտանիշը, ինչի արդյունքում փոխվում է երեխայի վարքը, նա դառնում է դյուրագրգիռ կամ արգելակված, առաջանում է գլխացավ, երկարատև անկայուն սուբֆերիլ ջերմություն, գիշերային քրտնարտադրություն: Խանգարվում է քունը և ախորժակը: Ինտոքսիկացիայի երկարատև պահպանման դեպքում դիտվում է մարմնի քաշի դեֆիցիտ, մաշկային ծածկույթների գունատություն: Երեխաների համար տիպիկ է իմունային համակարգի ռեակցիան՝ **միկրոպոլիադենիտի** տեսքով՝ 5-7 ավշային հանգույցների մեծացում: Վարակումից հետո, հիվանդության սկզբնական շրջանում, ծայրամասային ավշային հանգույցները լինում են էլաստիկ, շարժուն, տրամագիծը հասնում է 5-8մմ: Հետագայում նրանք կարծրանում են: Ավշային հանգույցների մեծացումը չի ուղեկցվում վերջիններիս փափկեցումով, պերիադենիտով և

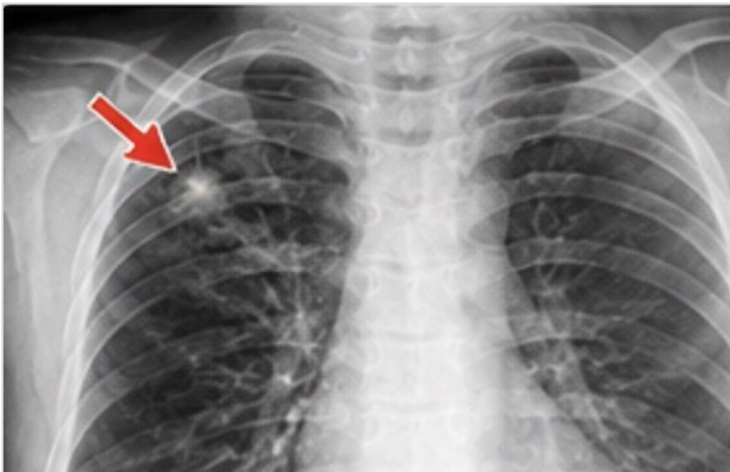
մաշկային ծածկույթների փոփոխությամբ: Երբեմն միանում է կոնյուկտիվիտը, հանգուցավոր երիթեման: Տուբերկուլյոզային ինտոքսիկացիայի ընթացքը բարենպաստ է, բայց հնարավոր է անցում տեղային (լոկալ) և գեներալիզացված տուբերկուլյոզի ծանր ձևերի: Տուբերկուլյոզային ինտոքսիկացիայի ախտորոշման համար կարևոր նշանակություն ունի ՏՄԲ-ով վարակվածության հայտնաբերումը տուբերկուլյոզային փորձերի միջոցով:

Առաջնային տուբերկուլյոզային համալիրն (ՄՏՀ) իր մեջ ընդգրկում է 3 հիմնական տարր. թոքային հյուսվածքում սպեցիֆիկ բորբոքման առաջնային օջախ (օջախներ), շրջակա ավշային հանգույցների բորբոքում (լիմֆադենիտ) և ավշային ուղիների բորբոքում (լիմֆանգոիտ): Թոքում և ավշային հանգույցում, բորբոքման օջախի կենտրոնական մասում տեղի է ունենում հյուսվածքի կազեոզ նեկրոզ (կաթնաշոռանման մեռուկացում), որը երբեք չի դիտվում սովորական բորբոքային պրոցեսի ժամանակ: Կազեոզ նեկրոզի օջախի շուրջ առկա է ոչ սպեցիֆիկ պերիֆոկալ բորբոքում: Լավացման պրոցեսներն ընթանում են ներծծման, ֆիբրոզի և կալցինոզի տեսքով: Կարծրացման պրոցեսը սկսվում է 6-8 ամսից, իսկ 2-2,5 տարի անց վերածվում է թոքերում պատիճավորված կարծրացած օջախի՝ շոնի օջախի: Շրջակա ավշային հանգույցներում այս պրոցեսը ընթանում է ավելի դանդաղ:

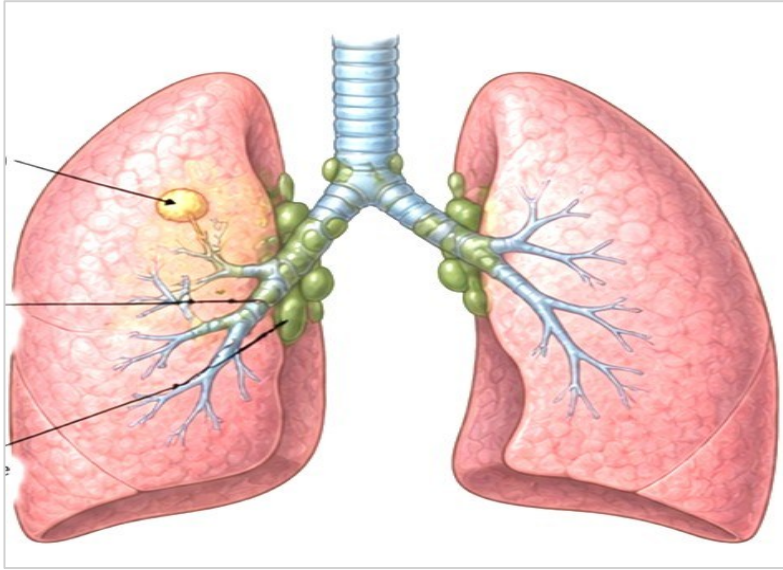
ՄՏՀ-ի կլինիկական պատկերը կախված է պերիֆոկալ բորբոքման զոնայի արտահայտվածությունից և կազեոզ նեկրոզի տարածվածությունից: Հիվանդությունը կարող է ընթանալ անախտանիշ կամ տուբերկուլյոզային

ինտոքսիկացիային բնորոշ դրսևորումներով: Առավել բնորոշ է հիվանդության աստիճանական սկիզբը, հարաբերականորեն բարվոք վիճակը, հիվանդության ընդհանուր ախտանշանների գերակշռումը: Լայնածավալ պրոցեսն ընթանում է արտահայտված ինտոքսիկացիայի ախտանշաններ ունեցող թոքաբորբի տեսքով: ԱՏՀ-ն երբեմն կարող է թաքնվել գրիպի, բրոնխիալ ասթմայի և այլ հիվանդությունների կլինիկական պատկերի տակ:

Տուբերկուլյոզային պրոցեսի սկզբնական փուլում ռենտգեն պատկերի վրա տեսանելի է արտահայտված թոքաբորբաբանություն ոչ հստակ եզրերով ինֆիլտրացիա: Պետրիֆիկացման փուլում առաջնային օջախը կարծրանում է և ռենտգենաբանական պատկերում հայտնաբերվում է թոքաբորբաբանության պետրիֆիկացված ավշային հանգույցներ:



Նկար 1Ա: Առաջնային տուբերկուլյոզային համալիր (ռենտգեն նկար)



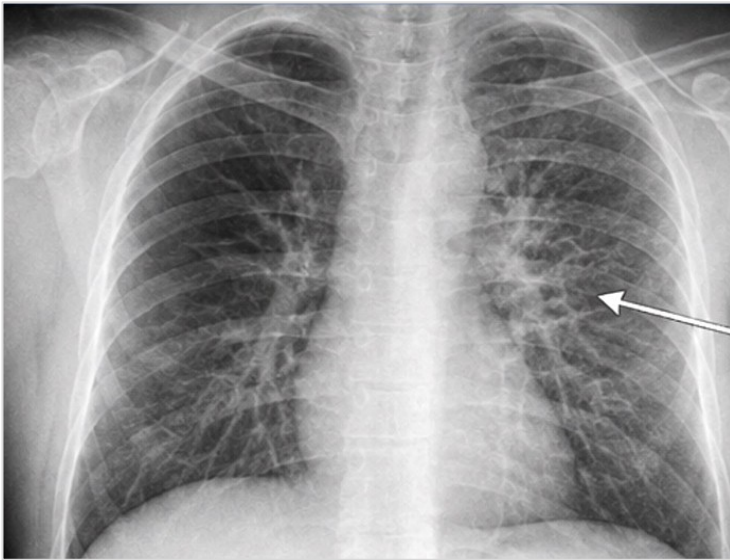
Նկար 1Բ: Առաջնային տուբերկուլյոզային համալիր (գծապատկեր)

Ներկրծքային ավշային հանգույցների տուբերկուլյոզ (տուբերկուլյոզային բրոնխոադենիտ) առաջնային տուբերկուլյոզի ամենահաճախ հանդիպող տեղային դրսևորումն է: Ախտահարումը կարող է լինել սկսած նվազագույն փոփոխություններից (փոքր տեսակ) մինչև հյուսվածքի ամբողջական կազեոզ լուծում՝ պերիադենիտի, բրոնխի տուբերկուլյոզի առկայությամբ (արտահայտված տեսակ):

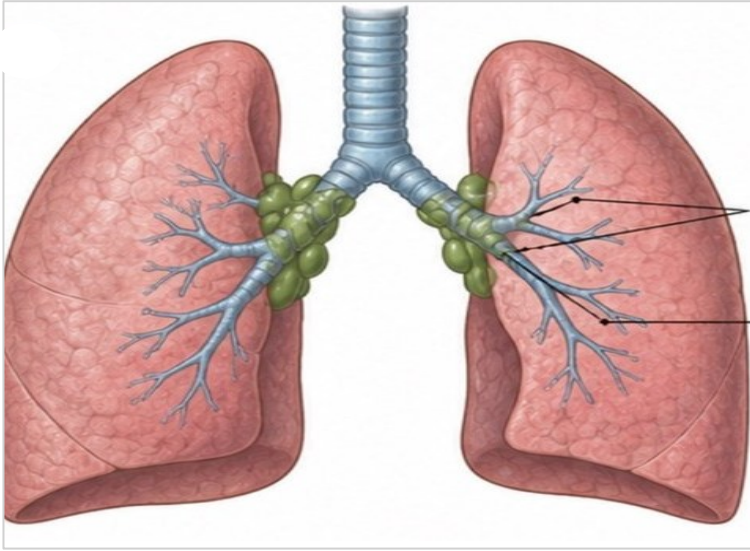
Զբարդացած փոքր տարբերակները հաճախ չեն ախտորոշվում՝ պայմանավորված առանձին ավշային հանգույցների հայտնաբերման դժվարությունների հետ և ոչ հազվադեպ ընթանում են տուբերկուլյոզային ինտոքսիկացիայի դիմակի տակ:

Բրոնխադենիտի ընդհանուր ախտանշաններն են տուբերկուլյոզային ինտոքսիկացիայի դրսևորումները: Հիվանդության տեղային դրսևորումներից առանձնացնում են թոքային հյուսվածքի ճնշմանը բնորոշ պերկուտոր և աուսկուլտատիվ ախտանշանները:

Ռենտգենաբանորեն հայտնաբերվում է թոքարմատների մեծացում, եզրագծերի ոչ հստակություն, թոքային հյուսվածքի հարարմատային ինֆիլտրացիա:



Նկար 2Ա: Տուբերկուլյոզային բրոնխադենիտ (ռենտգեն նկար)



Նկար 2Բ: Տուբերկուլյոզային բրոնխադենիտ (գծապատկեր)

Հիվանդության ոչ ժամանակին հայտնաբերումը և ոչ ճիշտ բուժումը կարող են հանգեցնել առաջնային տուբերկուլյոզի պրոգրեսիվման (առաջընթացի)՝ բրոնխոզեն, լիմֆոզեն և հեմատոզեն ճանապարհով ՏՄԲ-ների տարածման:

ՏՄԲ-ի լիմֆոզեն և հեմատոզեն տարածումը հանգեցնում է բորբոքման օջախների առաջացմանը ոչ միայն թոքերում, այլ նաև ուրիշ օրգաններում՝ երիկամներում, շնչափողում, պլևրայում, պերիկարդում, գլխուղեղի թաղանթներում:

Տուբերկուլոզի բարդացած ընթացքն ուղեկցվում է հիվանդների մոտ լրացուցիչ գանգատների առաջացումով, որոնց թվին են պատկանում համառ չոր հազը, հեոքը, մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացումը, ցավերը որովայնի կողմնային հատվածում և այլն:

Հեմատոգեն սերմնացրման և թոքերի սուր միլիար տուբերկուլյոզի զարգացման դեպքում կտրուկ աճում են ինտոքսիկացիայի ախտանիշները, առաջանում է հևոց, մարմնի ջերմաստիճանը բարձրանում է մինչև 39-40°C: Հիվանդի վիճակը միշտ ծանր է: Բնորոշ առանձնահատկությունն է հարուստ ռենտգենաբանական տվյալների («ձնաբուքի» պատկեր) և աղքատիկ ֆիզիկալ ախտանշանների անհամապատասխանությունը: Հաճախ առաջնային տուբերկուլյոզը զուգակցվում է հիվանդության արտաթոքային դրսևորումների հետ:

Տուբերկուլյոզային մենինգիտը կարող է միանալ տուբերկուլյոզի ցանկացած տիպի հետ: Հիվանդությունը զարգանում է աստիճանաբար: Ուղեղի հիմի վրա հայտնվում է տուբերկուլյոզային թմբիկների ցանավորում՝ անոթների զգալի ախտահարումների հետ: Հիվանդի մոտ զարգանում են մենինգիալ ախտանշաններ, աճում է ինտոքսիկացիան և խանգարվում է գիտակցությունը: Ուշ ախտորոշման դեպքում կարող է զարգանալ մենինգոէնցեֆալիտ՝ զուգակցված բնորոշ տեղային ախտանիշների հետ:

Տուբերկուլյոզի տարիքային առանձնահատկությունները

Վաղ տարիքի երեխաների մոտ տուբերկուլյոզն ավելի ծանր է ընթանում, ի տարբերություն ավելի ավագ տարիքի երեխաների: Հաճախ հանդիպում են հիվանդության զեներալիզացված տարբերակները: Նախադպրոցական տարիքի երեխաների մոտ գերակշռում են առաջնային տուբերկուլյոզի գեղձային, ոսկրա-հոդային և

հարաբերականորեն բարորակ ինֆիլտրատիվ տեսակները: Դպրոցական տարիքի երեխաներին բնորոշ է տուբերկուլյոզային ինտոքսիկացիան:

Սեռական հասունացման շրջանում, հատկապես աղջիկների մոտ, տուբերկուլյոզն ընթանում է ավելի բուռն և արագ պրոգրեսիվում է: Գերակշռում են քայքայման և կավերնանների գոյացման հակում ունեցող թոքային տարբերակները: Հիվանդության կլինիկական դրսևորումները նույնն են, ինչ մեծահասակների տուբերկուլյոզի ժամանակ:

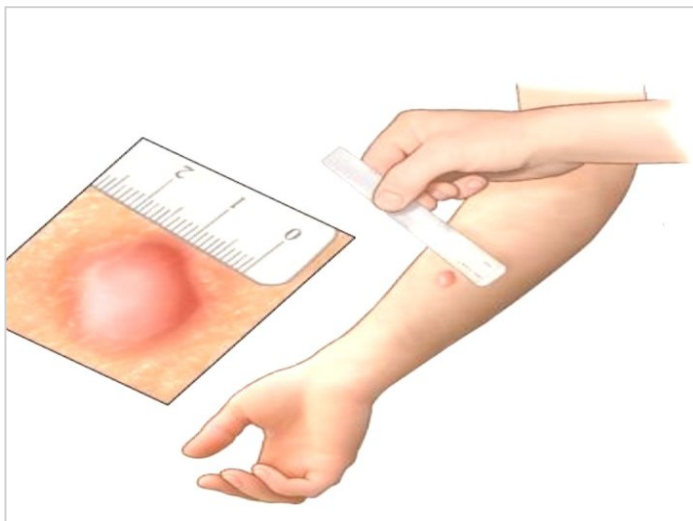
Ախտորոշում: Առաջնային տուբերկուլյոզի ախտորոշման հաստատման համար կարևոր նշանակություն ունի վարակման աղբյուրի հայտնաբերումը, ժամկետները և ԲՅԺ պատվաստման որակը, տուբերկուլյոզային փորձերի արտահայտվածությունը, Մանթուի փորձի հիպերերգիկ ռեակցիան, հիվանդի գանգատները, հիվանդության կլինիկական նշանները, ֆյուրոգրաֆիան:

Երեխաների և դեռահասների մոտ տուբերկուլյոզի վաղ ախտորոշման հիմնական մեթոդը ամենամյա **Մանթուի փորձի իրականացումն** է, սկսած 12 ամսականից մինչև 17 տարեկանը: Հիվանդացության բարձր ռիսկ ունեցող երեխաների և դեռահասների շրջանում (շփումը ԲԿ+ հիվանդների հետ, ԲՅԺ չպատվաստվածները, բուժիչ հաստատություններում գտնվող ՄԻԱՎ վարակակիրները) Մանթուի փորձը դրվում է տարին երկու անգամ:

Մանթուի փորձի իրականացման համար օգտագործում են տուբերկուլինի պատրաստի լուծույթ (մարդկային և եզան տեսակների ՏՄԲ-ների կուլտուրայի էքստրակտով):

Տուբերկուլինը ներմուծում են նախաբազկի միջին երրորդականի ներսային մակերեսին 0,1մլ (2ՏՄ) դեղաչափով, խիստ ներմաշկային եղանակով: Փորձի հանդեպ ռեակցիան գնահատում են 72 ժամ անց: Ռեակցիան համարվում է **բացասական**, եթե առկա է ներարկման հետքը կամ մինչև 2 մմ տրամագիծ ունեցող պապուլա, **կասկածելի**՝ ցանկացած չափի հիպերեմիա կամ 2-4,9մմ տրամագծով պապուլա, **դրական**՝ 5մմ և ավել տրամագծով պապուլա (թույլ դրական է համարվում եթե պապուլայի տրամագիծը 5-9մմ է, միջին ինտենսիվության՝ 10-14մմ, վառ արտահայտված՝ 15-16մմ): **Հիպերերգիկ**, եթե պապուլայի տրամագիծը հավասար կամ գերազանցում է 17մմ-ը կամ, անկախ ինֆիլտրատի չափից, առկա է վեզիկուլոնեկրոտիկ ռեակցիա՝ զուգակցված լիմֆանգիտի հետ կամ առանց դրա: Փորձի գնահատման արդյունքները գրանցվում են երեխայի զարգացման պատմության կամ հիվանդության պատմության մեջ: ԲՅԺ պատվաստում ստացած երեխաների մոտ Մանթուի ռեակցիան լինում է դրական մինչև 4 տարեկան հասակը:

Մանթուի փորձը հակացուցված է մաշկային հիվանդությունների, սուր կամ քրոնիկ ինֆեկցիոն հիվանդությունների սրացման փուլում (թույլատրվում է հիվանդության կլինիկական դրսևորումների անհետացումից ոչ շուտ քան 2 ամիս անց), ռևմատիզմի, էլերգիկ վիճակների (բրոնխիալ ասթմա, իդիոսինկրազիա՝ արտահայտված մաշկային դրսևորումներով), էպիլեպսիայի դեպքում՝ պատվաստումից մեկ ամիս անց:



**Նկար 3: Մանթուի փորձ. տուբերկուլինի ներմաշկային ներարկում
և արդյունքի գնահատում 48-72 ժամ անց՝ ըստ պապուլայի
տրամագծի**

Դիասկին-թեստը (տուբերկուլոզային ռեկոմբինանտ ալերգեն) մաշկային փորձի համար կիրառվող պատրաստուկ է, որն առաջարկվել է Ռուսաստանում և 2022 թ. գրանցվել է ԱՀԿ-ի կողմից: Ի տարբերություն տուբերկուլինի՝ Դիասկին-թեստը պարունակում է երկու հակաձին՝ ESAT-6 և CFP-10, որոնք առկա են տուբերկուլոզային միկոբակտերիաների վիրուլենտ շտամերում և բացակայում են ԲՅԺ պատվաստանյութի շտամում:

Դիասկին-թեստի զգայունությունն ու սպեցիֆիկությունը ավելի բարձր են, քան Մանթուի փորձինը: Այն հնարավորություն է տալիս տարբերակել վարակի

արդյունքում առաջացած ալերգիան պատվաստային արձագանքից:

Թեստը կատարվում է նույն եղանակով, ինչ Մանթուի փորձը՝ ներմաշկային ներարկմամբ: Մաշկային ռեակցիայի գնահատումը կատարվում է 72 ժամ անց:

- **Բացասական արդյունք**՝ առկա է միայն ասեղի ծակոցի հետքը, հիպերեմիա չկա, պապուլա չկա:
- **Կասկածելի արդյունք**՝ հիպերեմիայի առկայություն առանց պապուլայի:
- **Դրական արդյունք**՝ ցանկացած չափի թմբկիկ առկայություն:

Տարբերությունը Դիասկին-թեստի և տուբերկուլինի միջև այն է, որ տուբերկուլինը պարունակում է հակածինների խառնուրդ, որոնք առկա են ինչպես տուբերկուլյոզային միկոբակտերիաների վիրուլենտ շտամերում, այնպես էլ ԲՅԺ պատվաստանյութի շտամում:

Աղյուսակ. Տուբերկուլյոզային վարակի մաշկային սկրինինգային թեստերի համեմատությունը

Մանթու	Դիասկին թեստ
Ներմաշկային	ներմաշկային
Տուբերկուլին	ESAT-6/CFP-10 հակածիններ
Արդյունքը՝ պապուլա	Արդյունքը՝ պապուլա

Կարող է դրական լինել ԲՅԺ-ից հետո	Ավելի սպեցիֆիկ
-------------------------------------	----------------

Ժամանակակից լաբորատոր ախտորոշման մեթոդներից կիրառվում են նաև ինտերֆերոն- գամմայի արտազատման թեստերը (IGRA), որոնք որոշ դեպքերում օգտագործվում են տուբերկուլյոզային վարակի հայտնաբերման նպատակով:

Ակտիվ տուբերկուլյոզային պրոցեսը հաստատվում է մեզից, խորիխից, բրոնխներից, ստամոքսից և այլ արտազատուկներից SUՔ հայտնաբերման դեպքում: Առաջնային տուբերկուլյոզով հիվանդների մեծամասնության մոտ մանրէների արտազատումը բացակայում է:

Ծայրամասային արյան մեջ հայտնաբերվում են հետևյալ փոփոխությունները՝ լեյկոցիտոզ, լիմֆոպենիա, էոզինոֆիլիա, ԷՆԱ-ի բարձրացում, կարող է նաև զարգանալ հիպոքրոմ անեմիա:

Տուբերկուլյոզային ախտորոշման գործում կարևոր են ողնուղեղային հեղուկի հետազատման արդյունքները: Այն թափանցիկ է, հոսում է բարձր ճնշման տակ և, որոշ ժամանակ անշարժ թողնելու դեպքում, ձևավորվում է բարակ ֆիբրոզ թաղանթ, որի մեջ հայտնաբերվում են միկոբակտերիաներ՝ 1մմ խորանարդի մեջ մինչև մի քանի հարյուրի հասնող ցիտոզ, ինչպես նաև ցածր է շաքարի ու քլորիդների մակարդակը, և բարձր՝ սպիտակուցի պարունակությունը:

Վերջին տարիներին տուբերկուլյոզային մենինգիտի ախտորոշման գործում լայն կիրառություն ունեն իմունաբանական և պոլիմերազային շղթայական

ռեակցիաները, ինչպես նաև համակարգչային շերտագրությունն ու մագնիսառեգոնանսային շերտագրումը: Ընդ որում՝ վերջիններիս դերն առավել ևս ակնառու է ոչ միայն գլխուղեղի ու ողնուղեղի տուբերկուլոմաների, այլև տուբերկուլոզային մենինգիտի բարդությունների հետևանքով առաջացած կեղևի ապաճման և ջրգողության դեպքերում:

Առաջնային տուբերկուլոզի ախտորոշումը ճշգրտել, ոչ հազվադեպ նաև հաստատել կարելի է բրոնխիալ ծառի էնդոսկոպիայի ժամանակ:

Տուբերկուլոզի ախտորոշման մեջ հատուկ նշանակություն ունի դինամիկայում իրականացվող ռենտգենաբանական հետազոտությունը:

Բուժում: Հիվանդների բուժման հիմնական նպատակն է տուբերկուլոզային փոփոխությունների կայուն լավացումը և հիվանդության բոլոր կլինիկական դրսևորումների լրիվ վերացումը: Բուժումը պետք է լինի վաղ, համալիր, երկարատև, անհատական և ներառի հետևյալ փուլերը՝ դիսպանսեր-ստացիոնար-առողջարան-դիսպանսեր:

Ժամանակակից համալիր բուժման մեջ որոշիչ դերը պատկանում է հակաբակտերիալ թերապիային: Ըստ ԴՌՑ-ի սխեմայի տուբերկուլոզով հիվանդների բուժման քիմիոթերապևտիկ միջոցներն ընդունված է բաժանել երկու խմբի՝

1. **հիմնական դեղամիջոցներ** (իզոնիազիդ, ռիֆամպիցին, պիրազինամիդ, էտամբուտոլ և այլն),
2. **ռեզերվային դեղամիջոցներ** (էթիոնամիդ, ցիկլոսերին, ֆլորիմիցին, վիոմիցին, կապրեոմիցին, ռիֆաբուտին,

ամիկացին, ֆտորքինոլոնային հակաբիոտիկներ՝
ցիպրոֆլոքսացին, սպարֆլոքսացին և այլն):

3. Օգտագործվում են նաև **համակցված քիմիոթերապևտիկ միջոցներ՝**

- մայրին,
- մակսակվին (լոմեֆլոքսացին),
- ռիֆատեր,
- ռիֆինագ,
- ռիֆակոմբ և այլն:

Բուժումը պետք է սկսել հիվանդության զարգացման վաղ փուլում, երբ դեռ թոքերում և այլ օրգաններում չեն զարգացել անդառնալի մորֆոլոգիական փոփոխություններ: Բուժման արդյունավետությունը կախված է վերջինիս երկարատևությունից: Բուժման վաղաժամ ընդհատումը հանգեցնում է տուբերկուլյոզային պրոցեսի սրացման և կրկնությունների (ռեցիդիվների): Քիմիոթերապիայի օպտիմալ ժամկետները որոշվում են տուբերկուլյոզի տեսակով, բուժման արդյունավետությամբ և կազմում է 6-ից 18 ամիս (միջինը 1 տարի), իսկ բարձիթոդի դեպքերում՝ մի քանի տարի:

Տուբերկուլյոզի բուժումը ներառում է պաթոգենետիկ միջոցների (հորմոններ, իմունոխթանող հատկությամբ օժտված դեղամիջոցներ՝ լեամիգոլ, դիուցիֆոն, T-ակտիվին, հակաօքսիդանտներ՝ տոկոֆերոլ, նատրիումի թիոսուլֆատ, լիդազա), սիստատոմատիկ միջոցների (վիտամին C, A, PP, B խմբի վիտամիններ), դեսենսիբիլիզացնող, անաբոլիկ ստերոիդ դեղամիջոցների և ոչ դեղորայքային միջոցների կիրառում, որոնք ուղղված են լավացման պրոցեսների

արագացմանը և օրգանիզմի ֆունկցիայի կարգավորմանը: Որոշ դեպքերում ցուցված է վիրահատական բուժում:

Հիվանդի լավացման համար հատուկ և շատ կարևոր նշանակություն ունի լիարժեք սնունդը, հիվանդի վիճակին համապատասխանող օրվա ռեժիմը, բարենպաստ կլիմայական գործոնները, աէրոթերապիայի իրականացումը:

Խնամք: Արտահայտված տենդի և ինտոքսիկացիայի դեպքում հիվանդին ցուցված է խիստ անկողնային ռեժիմ: Հիվանդության ընթացքի վրա անբարենպաստ ազդեցություն են թողնում խոնավության բարձրացումը և օդի փոշոտվածությունը, սննդակարգի և սնուցման ռեժիմի խախտումները:

Սնուցումը պետք է համապատասխանի տարիքին և լինի լիարժեք: Սննդակարգի մեջ ներառում են՝ միս, կաթ, կաթնամթերք, բանջարեղեն, միրգ, հատապտուղներ և հյուլեր: Կարևոր է, որ սնունդը հագեցած լինի վիտամիններով, ինչպես նաև լինի բազմազան և համեղ պատրաստված: Սննդի կալորիականությունը կարող է 15-20%-ով գերազանցել տարիքային նորման, հիմնականում սպիտակուցների և ճարպերի հաշվին: Երեխաներին օրվա ընթացքում կերակրում են 5-6 անգամ:

Հատուկ ուշադրություն է դարձվում աէրոթերապիային: Հիվանդներին խորհուրդ է տրվում տարվա ընթացքում հնարավորինս առավելագույն ժամանակ անցկացնել մաքուր օդում, հաճախ զբոսնել, ապահովել քունը բացօթյա պատշգամբում, հիվանդասենյակը լավ օդափոխել, իսկ զով եղանակին իրականացնել կանոնավոր օդափոխություններ: Երեխաներին ցուցված են օդային լոգանքներ. ակտիվ

պրոցեսի դեպքում $+22$ -ից $+24^{\circ}\text{C}$ օդի ջերմաստիճանի դեպքում $5-10$ րոպե, պրոցեսի մարմանը գուգահեռ՝ $18-19^{\circ}\text{C}$ դեպքում՝ $10-30$ րոպե: Արևային լոգանքները կարող են նշանակվել միայն առավոտյան ժամերին: Չափից շատ արևային ճառագայթումը կարող է սրել պրոցեսը:

Փոքրիկին խնամող ծնողներին և ավագ երեխաներին սովորեցնում են հազալու ճիշտ ձևը. հազալու ժամանակ բերանը ծածկել թաշկինակով կամ ձեռքի թիկնային մակերեսով, թաշկինակները փոխել օրվա ընթացքում նվազագույնը 1 անգամ՝ դրանք եռացնելով նատրիում բիկարբոնատի 2% -ոց լուծույթի մեջ: Խորխի առկայության դեպքում այն հավաքում են ամուր փակվող կափարիչով ապակյա կամ էմալապատ թքամանների մեջ, որոնք $1/3$ -ով լցված են ջրով կամ մանրէազերծող լուծույթով: Օգտագործումից հետո թքամանները դնում են կափարիչով տարայի մեջ և մանրէազերծում: Վարակազերծման ժամանակ բուժանձնակազմը պետք է աշխատի հատուկ արտահագուստով և ձեռնոցներով: Վարակազերծումից հետո խորխը լցնում են կոյուղու մեջ, իսկ թքամանները՝ լվանում սովորական եղանակով:

Արյունախիսման ժամանակ նշանակվում է անկողնային ռեժիմ՝ իրանի վերին հատվածի բարձր դիրքով, արգելվում են ակտիվ շարժումները և խոսելը: Հակացուցված է նաև տաք սննդի ընդունումը, ՈւՄՃ-ի ազդեցությունը, ֆիզիպրոցեդուրաները, տաք լոգանքները, բանկաները, մանանեխով թրջոցները: Հիվանդներին տալիս են հեղուկ կամ տրորված վիճակում, սառեցված սնունդ, որոշակիորեն

սահմանափակում են հեղուկները, իրականացնում են բժշկի նշանակած հեմոստատիկ թերապիան:

Հիվանդները երկար ժամանակ գտնվում են տնից հեռու: Այդ պատճառով հատկապես կարևոր է երեխաների համար ստեղծել էմոցիոնալ վիճակը լավացնող պայմաններ և կազմակերպել երեխայի հանգիստը: Առողջարանային պայմաններում երեխաները կրթվում են ուսումնական ծրագրին համապատասխան՝ սահմանափակելով ուսումնական օրը մինչև 3-4 ժամ: Պարապունքները իրականացվում են ցերեկային ժամերին:

Սպեցիֆիկ կանխարգելումը ԲՅԺ վակցինացիան է, որը կատարվում է բոլոր առողջ նորածիններին (ըստ Ապգարի սանդղակի ստացած 7, 8, 9 և 10 միավոր) 24-48ժ. ընթացքում:

ԲՅԺ պատվաստումը կատարվում է բազկի վերին դրսային 1/3 մասում, ն/մ եղանակով: Հավաքվում է 0,1 մլ ֆիզ. լուծույթ, որի մեջ լուծված է 0,05գրամ վակցինա: Ներարկման տեղում առաջանում է ոսպի մեծության թմբիկ, որը ներծծվում է մի քանի րոպեից: Պատասխանը ստացվում է 1,5-3 ամիս անց, եթե առաջացել է նուրբ սպի, ուրեմն ձեռք է բերել իմունիտետ:

Հարաբերական հակացուցումներ են՝ ծանր ծննդաբերական վնասվածքները, նորածնային սեպսիսը, մաշկային ցանր, ջերմության բարձրացումը և այլն:

Ոչ սպեցիֆիկ կանխարգելումն իր մեջ ներառում է.

- Ընդհանուր կազդուրիչ միջոցառումներ, սննդի լավացում, օրգանիզմի կոփում, օգտագործված պարագաների ախտահանում:

- Օջախի վնասագերծման աշխատանքները պետք է սկսել հիվանդին և նրան շրջապատող անձանց անձնական հիգիենայի կանոնները բացատրելուց:
- Հիվանդը պետք է հնարավորինս մեկուսացված լինի իր շրջապատից:
- Եթե նա դեռևս չի տեղափոխվել ստացիոնար, ապա բնակարանում պետք է ունենա իր սենյակը կամ առնվազն վարագույրով շրջափակված մահճակալը:
- Նրա անձնական գործածության իրերը նույնպես պետք է առանձնացվեն (կախիչ վերնահագուստի համար, սրբիչ, սպիտակեղեն, սպասք):
- Հիվանդի սենյակն առավելագույնս ազատում են իրերից՝ թողնելով միայն ախտահանման, լվացքի կամ մաքրման համար անհրաժեշտները: Հավաքում են գորգերը, փափուկ կահույքը ծածկում են ծածկոց-պատյաններով:
- Հիվանդի մահճակալը տեղադրում են պատից 0.5մ, իսկ հարևան մահճակալից՝ 1.5մ հեռավորության վրա:
- Հիվանդը պետք է մաքուր պահի ձեռքերը, հաճախ լվացվի օճառով և փոխի սպիտակեղենը:
- Հազալիս նա պետք է դեմքով շրջվի շրջապատողներից և երբեք չթքի հատակին, գետնին կամ այլ տեղ:
- Ավելի արդյունավետ է դիմակի օգտագործումը, որը հիվանդը պետք է կրի ամեն անգամ սենյակից դուրս գալիս, բժշկական հետազոտություն գնալիս կամ առողջ մարդկանց հետ զրուցելիս:

- Հիվանդի սննդի մնացորդները լցնում են տարաների մեջ, ամուր փակում և եռացնելով վարակազերծում: Մպասքը ախտահանում են 2%-անոց սոդայի լուծույթում 15 րոպե եռացնելու միջոցով:
- Հիվանդի սպիտակեղենը պետք է առանձնացնել փակ տարայի մեջ և վարակազերծել՝ չոր լվացքի յուրաքանչյուր կիլոգրամի համար օգտագործելով 5 լիտր ախտահանիչ լուծույթ, կամ եռացնելով 2% սոդայի լուծույթում 15 րոպե, ապա ողողել և նոր միայն լվանալ:
- Հիվանդի կացարանը ամեն օր պետք է ենթարկել խոնավ մաքրման՝ ավելը կամ լաթը թրջելով օճառասոդայի լուծույթով: Մաքրման ընթացքում դռներն ու պատուհանները պետք է բաց լինեն:
- Ճանճերը պետք է ոչնչացնել միջատազերծմամբ՝ մինչև կացարանում ընդհանուր ախտահանում սկսելը:
- Հիվանդի խնամքի իրերը և բնակարանը մաքրելու պարագաները պետք է պահել առանձին տարաներում և ախտահանել յուրաքանչյուր օգտագործումից հետո:
- Այն հագուստը կամ անկողինը, որը չի մշակվում ընթացիկ ախտահանման ընթացքում, պետք է քամահարել, տաք արդուկով արդուկել, իսկ եզրափակիչ փուլում ենթարկել խցիկային ախտահանման:
- Բրդե և բամբակե ծածկոցները կարելի է ախտահանել արևի ճառագայթների տակ փռելով:

Սոցիալական կանխարգելումը ընդհանուր կամ ոչ մասնագիտական բնույթի միջոցառում է, որը պայմանավորված է երկրի բնակլիմայական պայմաններով, հասարակության մշակույթ-կենցաղային մակարդակով: Այն ներառում է աշխատանքի և բնակարանային պայմանների բարելավումը:

Ընդարձակ, արևոտ, չոր և բոլոր կոմունալ հարմարություններով բնակարանը կենսական անհրաժեշտություն է: Ռացիոնալ սնունդը և հանգստի ճիշտ կազմակերպումը ևս կարևոր նշանակություն ունեն օրգանիզմի ընդհանուր և մասնակի դիմադրողականությունը պատշաճ մակարդակով ապահովելու համար:

Մթնոլորտից վնասակար գազերի վնասագերծումը, զանգվածաբար իրականացվող անտառատնկումները նվազեցնում են փոշին և հարստացնում օդը թթվածնով:

Այսպիսով, տուբերկուլոզի կանխարգելումը միայն բժշկական ծառայությունների գերատեսչական գործ չէ. այն ապահովվում է ամբողջ սոցիալ-տնտեսական համակարգի միջոցառումներով՝ պետական, տնտեսական և հասարակական կառույցների սերտ համագործակցության և համալիր աշխատանքի շնորհիվ:

ԿԱՐՄՐՈՒԿ

Կարմրուկը վիրուսային սուր ինֆեկցիոն հիվանդություն է, որը հատկապես հանդիպում է մանկական տարիքում: Ընթանում է տենդով, աչքերի, քիթմազանի և վերին շնչուղիների կատարալ բորբոքումով, բնորոշ էնանթեմայով

բերանի լորձաթաղանթին և բծավոր (մակուլո – պապուլյոզ) ցանով: Հիվանդությունը մարդկությանը հայտնի է երկու հազարամյակից ավել և բնորոշվել է բարձր հիվանդացությամբ և մահացությամբ: Կարմրուկի պատմության զարգացման մեջ կարևորագույն փուլ էր 1967 թվականին գործնական կիրառություն ստացած պատվաստումը, որը հնարավորություն է տվել էապես նվազեցնել հիվանդացությունը և վարակը դարձնել «կառավարելի»: Կարմրուկի հարուցիչը վիրուս է, որն անկայուն է արտաքին միջավայրի ֆիզիկական գործոնների նկատմամբ: Վարակի աղբյուրը կարմրուկով հիվանդ մարդն է, որը վարակիչ է գաղտնի շրջանի վերջին օրերից, ամբողջ կատարալ շրջանում և ցանավորման մինչև 5-րդ օրը:

Կլինիկան ընթանում է հետևյալ շրջաններով.

I գաղտնի (ինկուբացիոն) շրջան. տևում է 9-17 օր իսկ իմունոգլոբուլին, պլազմա ստացածների մոտ՝ 21 օր:

II Կատարալ շրջան. տևում է 3-4 օր, սկսվում է ջերմության բարձրացումով մինչև 39°C, հարբուխով, հազով, աչքի շաղկապենու բորբոքումով (կոնյուկտիվիտ) և ինտոքսիկացիայով: Առաջին ախտանիշներն են՝ չոր հազը, քթի փակվածությունը, քթից շճային արտադրությունը: Կատարալ շրջանի 2-3 օրը հիվանդի վիճակը վատանում է, հազն ուժեղանում է, դառնում է չոր, հաչոցանման, ի հայտ են գալիս շաղկապենու հիպերեմիա, կոպերի այտուց, լուսավախություն, փափուկ քիմքի վրա առաջանում է էնանթեմա՝ կարմիր բծերի տեսքով: Այտերի լորձաթաղանթը կարմրած է, այտուցված : Հիվանդության 2-3 օրն առաջանում

են Ֆիլատով-Կոպլիկի բծերը: Այս ախտանիշը թույլ է տալիս ախտորոշել կարմրուկը հիվանդության վաղ շրջանում, հանդիսանում է կարմրուկի ամենավաղ և հավաստի նշան: Կլինիկորեն արտահայտվում են մանր մոխրասպիտակավուն կետերի ձևով՝ շրջապատված կարմիր շրջեզրով: Տեղակայված են ատամների մակարդակով այտերի, լնդերի, շրթունքների լորձաթաղանթի վրա: Բծերն անհետանում են ցանավորման 1-2 օրերին: Կատարալ շրջանում ինտոքսիկացիան արտահայտվում է մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացումով մինչև 38-39°C, գլխացավով, ընդհանուր թուլությամբ, ախորժակի անկումով, երբեմն լինում են որովայնացավեր: Նախքան ցանավորումը հաճախ դիտվում է մարմնի ջերմության կտրուկ իջեցում (երբեմն մինչև նորմալ թվերի), այնուհետև բարձրանում է ցանավորման ժամանակ:

III Ցանավորման շրջանը սկսվում է հիվանդության 4-5 օրը և տևում է 3-4 օր: Այս շրջանը սկսվում է երեխայի ջերմության բարձրացումով, ավելի են արտահայտվում ինտոքսիկացիան, վերին շնչուղիների կատարը և կոնյուկտիվիտը: Ցանը բծավոր-պապուլյոզ է, առաջին օրը հայտնվում է ականջների հետևում, դեմքի, գլխի և պարանոցի շրջանում: Երկրորդ օրը տարածվում է իրանի և վերին վերջույթների վրա, իսկ երրորդ օրը՝ ստորին վերջույթների շրջանում: Ցանավորման չորրորդ օրվանից ցանը սկսում է հետ գարգանալ նույն հերթականությամբ, ինչպես որ առաջացել էր:



Նկարներ 4, 5, 6, 7: Վերին ձախ, ստորին ձախ և աջ նկարներում դեմքի վրա սկսվող և ապա դեպի իրան տարածված խոշոր բծավոր ցանն է կարմրուկի ժամանակ, իսկ վերին աջ նկարում այտի լորձաթաղանթի վրա Կոպլիկ- Ֆիլատովի բծերն են՝ սպիտակավուն կետիկներ կարմրած հիմքի վրա, որը կարմրուկի ամենաբնորոշ նշանն է և հայտնվում է ցանից 1-2 օր առաջ

IV Հիվանդության ծաղկման շրջանում (կատարալ շրջանի վերջում և ցանավորման սկզբում) տեղի են ունենում փոփոխություններ նյարդային, արտաթորական, սիրտ-անոթային, ստամոքս-աղիքային, շնչառական համակարգերի

կողմից: Երեխայի մոտ լինում է գլխացավ, ախորժակի անկում, թուլություն, քնկոտություն, մեզի քանակի նվազում, մեզում ի հայտ են գալիս գլանակներ և սպիտակուցներ, իջնում է արյան ճնշումը, սրտի տոները հաճախանում են և խլանում: Երեխայի մոտ զարգանում է տրախեոբրոնխիտ, կարող է լինել կեղծ կրուպի նոպա, լսվում են չոր, սուլող խզզոցներ: Վաղ հասակի երեխաների մոտ նկատվում են մարսողական խանգարումներ: Արյան լաբորատոր հետազոտության ժամանակ գաղտնի շրջանի վերջում և կատարալ շրջանի սկզբում նկատվում է լեյկոցիտոզ, նեյտրոֆիլյոզ, իսկ ծաղկման շրջանում՝ լեյկոպենիա:

V Պիգմենտացիայի շրջանը տևում է 7-14 օր: Ցանը արագ մգանում է, դառնում գորշ, ինչը վկայում է վերջինիս պիգմենտացիայի փուլ անցման մասին: Պիգմենտացիան սկսվում է ցանավորման երրորդ օրվանից և ընթանում է էտապային՝ նույն հերթականությամբ, ինչպես սկսվել էր: Պիգմենտավորված ցանը կապտավուն է, կետավոր, չի անհետանում մաշկի ձգման և սեղմելու ժամանակ: Որոշ դեպքերում պիգմենտացիան ավարտվում է մանր թեփոտումով: Դեմքին և մարմնի վերին հատվածին ցանը ձեռք է բերում բոսորա-կապտավուն երանգ՝ առանձին պիգմենտավորված էլեմենտներով, իսկ վերին և հատկապես ստորին վերջույթներին այն ավելի վառ է, ունի արտահայտված պապուլյոզ բնույթ: Կարմրուկային ցանի տվյալ առանձնահատկությունն ունի կարևոր նշանակություն ցանով ուղեկցվող այլ հիվանդությունների հետ տարբերակելու համար: Պիգմենտացիայի շրջանում հիվանդության հարթ ընթացքի դեպքում հիվանդի վիճակը

դառնում է բավարար, մարմնի ջերմությունը նորմալանում է, վերականգնվում է ախորժակը և քունը:

Կախված ինտոքսիկացիայի աստիճանից՝ տարբերում են հիվանդության թեթև, միջին և ծանր ձևերը: Ծանր ձևերը ընթանում են բարձր ջերմությամբ, գիտակցության խանգարումներով, ադինամիայով և սիրտ-անոթային անբավարարությամբ: Կարմրուկի թեթև ձևը հանդիպում է կրծքի հասակի երեխաների մոտ, այն ընթանում է թույլ արտահայտված կատարալ երևույթներով և նոսր ցանավորմամբ:

Կարմրուկը գամմա-գլոբուլին ստացած երեխաների մոտ ընթանում է թեթև ընթացքով, գաղտնի շրջանը տևում է մինչև 21 օր, կատարալ շրջանը գրեթե բացակայում է, Կոպլիկ-Ֆիլատովի բծերը ևս կարող են բացակայել: Ցանը նոսր է, էտապայնությունը խախտվում է, ինտոքսիկացիան բացակայում է, 1-2 օր լինում է սուբֆերիլ ջերմություն:

Կարմրուկը պատվաստված երեխաների մոտ ընթանում է ատիպիկ ձևով, խախտվում է ցանի էտապայնությունը, ցանը լինում է նոսր:

Բարդություններ: Ըստ բարդությունների առաջացման ժամկետի տարբերում են վաղ (կատարալ և ցանավորման շրջաններում առաջացող) և ուշ (պիզմենտացիայի շրջանում) բարդություններ:

Ըստ ախտահարված օրգանների և համակարգերի տարբերում են հետևյալ բարդությունները՝

- շնչառական համակարգի կողմից՝ թոքաբորբ, լարինգիտ, լարինգոտրախեիտ, բրոնխիտիտ, պլևրիտ,

- մարսողական համակարգի կողմից՝ ստոմատիտ, էնտերիտ, կոլիտ,
- նյարդային համակարգի կողմից՝ էնցեֆալիտ, մենինգիտ, մենինգոէնցեֆալիտ, փսիխոզ,
- տեսողական օրգանի կողմից՝ կոնյուկտիվիտ, բլեֆարիտ, կերատիտ,
- մաշկի կողմից՝ պիոդերմիա, ֆլեգմոնա,
- միզային համակարգի կողմից՝ ցիստիտ, պիելոնեֆրիտ:

Ելքը բարեհաջող է, հազվադեպ մահվան դեպքեր լինում են էնցեֆալիտի ժամանակ:

Ախտորոշում: Հիմնվում է կլինիկական նշանների՝ կատարալ շրջանի և կոնյուկտիվիտի առկայության, շնչական համակարգի ախտահարումների՝ ֆարինգիտ, լարինգիտ, բրոնխիտ, էնանթեմայի, Կոպլիկ-Ֆիլատովի բծերի, ցանի ի հայտ գալու էտապայնության, պիզմենտացիայի առաջացման հիման վրա: Լաբորատոր ախտորոշումը հիմնված է վիրուսաբանական, շճաբանական, արյունաբանական հետազոտությունների վրա: Արյան ընդհանուր քննությամբ հայտնաբերվում է լեյկոպենիա:

Խնամք և բուժում :

1. Թեթև և միջին ծանրության ընթացքի դեպքում հիվանդները բուժվում են տնային պայմաններում, իսկ ծանր դեպքերում՝ ինֆեկցիոն հիվանդանոցում:
2. Բուժման ընթացքում մեծ նշանակություն ունի հիգիենիկ պայմանների և պահպանողական ռեժիմի ապահովումը, ռացիոնալ սնունդը, օրգանիզմի պաշտպանողական մեխանիզմների բարձրացումը:

3. Երեխայի հիվանդասենյակը պետք է լինի լավ օդափոխված, մաքուր, ոչ շատ լուսավոր (քանի որ կա լուսավախություն):
4. Տենդի ամբողջ շրջանում և ջերմության նորմալացման 1-2 օրը նշանակում են անկողնային ռեժիմ: Անհրաժեշտ է հետևել երեխայի հիգիենային: Ստոմատիտի կանխարգելման համար անհրաժեշտ է բերանի խոռոչը ողողել խոտոբույսերի թուրմերով (երիցուկ, եղիսպակ): Աչքերը լվանալ եռացրած գոլ ջրով, օրվա ընթացքում 3-4 անգամ մշակել ռետինոլի ացետատի յուղային լուծույթով, շրթունքներին քսել լանոլինային քսուք, չիչխանի, մասուրի յուղ: Սուր շրջանում նշանակում են կաթնաբուսական խնայող, վիտամիններով հարուստ դիետա: Ինտոքսիկացիայի նվազումից հետո խորհուրդ է տրվում խմեցնել գոլ կաթ մեղրով, ազնվամորիով և մասուրի թեյ:

Դեղորայքային բուժում կիրառում են հիվանդության ծանր դեպքերում,, բարդությունների ժամանակ:

Թարախային կոնյուկտիվիտի ժամանակ քթից շճային կամ լորձային արտադրությունների դեպքում օգտագործում են անոթասեղմիչներ: Դեսենսիբիլիզացնող (հակաալերգիկ) բուժում նշանակում են ըստ բժշկի ցուցումների: Վաղ տարիքի երեխաներին և ծանր ձևերի դեպքում խորհուրդ է տրվում ներարկել մարդու դոնորային իմունոգլոբուլին:

Կանխարգելում: Կատարվում են ակտիվ իմունիզացիա ԿԿԽ պատվաստանյութով՝ (Prorix) կարմրուկի, կարմրախտի, խոզուկի դեմ: Պատվաստումը կատարում են 12 ամսականում առողջ երեխաներին: Կրկնապատվաստումը

կատարում են 4-6 տարեկանում: Պատվաստանյութը ներարկում են միանվագ 0,5 մլ բազկի դրսային մակերեսին՝ ենթամաշկային: Հետպատվաստումային իմունիտետը կայուն է 98% դեպքերում:

Հակահամաճարակային միջոցառումներ ինֆեկցիայի օջախում.

1. հիվանդ երեխաներին մեկուսացնում են (տանը կամ ինֆեկցիոն հիվանդանոցում):
2. Բնակարանը կամ հիվանդասենյակը օդափոխում են: Ախտահանում չեն կատարում, քանի որ վիրուսը անկայուն է շրջակա միջավայրում:
3. Մանկական հիմնարկներում (մսուր-մանկապարտեզ, դպրոց) սահմանում են կարանտին 21 օր:
4. Կոնտակտավորներին, որոնք չեն պատվաստվել կամ չեն հիվանդացել, մեկուսացնում են շփման օրվանից 17 օրվա ընթացքում:
5. Օջախում շտապ կատարում են ակտիվ իմունիզացիա 12 ամսականից բարձր բոլոր առողջ երեխաներին, որոնք կարմրուկով չեն հիվանդացել կամ չեն պատվաստվել: Օջախում վաղ ժամկետներում կատարված պատվաստումը կանխում է կարմրուկի հետագա տարածումը: Պասիվ իմունիզացիա կատարում են մարդու դոնորային իմունոգլոբուլինով 3 ամսականից մինչև 2 տարեկան կարմրուկով չհիվանդացած և չպատվաստված երեխաներին: Մեծ տարիքի երեխաներին իմունոգլոբուլին ներարկում են ըստ ցուցումների: Իմունոգլոբուլինի ներարկման օպտիմալ ժամկետն է հիվանդի հետ շփման պահից 5

օրից ոչ ուշ: Պասիվ իմունիտետը պահպանվում է 30 օր: Իմունոգլոբուլին ստացած երեխաների մոտ կարմրուկը ընթանում է թեթև ձևով: Հիվանդությունից հետո օրգանիզմում ձևավորվում է կայուն իմունիտետ:

ԿԱՐՄՐԱԽՍ

Կարմրախտը սուր ինֆեկցիոն հիվանդություն է, որն ընթանում է բավարար ինտոքսիկացիայով, մանր բժավոր ցանով և ավշային հանգույցների ախտահարումով: Կարմրախտը լինում է բնածին և ձեռքբերովի: Հարուցիչը վիրուս է, որը կայուն է ցուրտ պայմաններում, արագ ոչնչանում է ուլտրամանուշակագույն ճառագայթների, ախտահանիչների ազդեցությունից, սենյակային պայմաններում պահպանվում է մի քանի ժամ:

Հիվանդության վարակի աղբյուրը հիվանդ մարդն է և առողջ վիրուսակիրը: Վարակի աղբյուր շրջապատի համար կարող է լինել բնածին կարմրախտով նորածինը, որն արտազատում է վիրուսը մինչև 6 ամսվա ընթացքում: Հիվանդ մարդը վարակիչ է ցանավորումից 5-6 օր առաջ մինչև ցանավորման 5-րդ օրը:

Վարակման ուղիներ: Հարուցիչը փոխանցվում է օդակաթիլային ճանապարհով, փռշտոցի, հազի, ճչոցի, խոսելու ժամանակ: Վարակման համար անհրաժեշտ է ավելի սերտ շփում, քան կարմրուկի և ջրծաղիկի ժամանակ: Գոյություն ունի նաև փոխանցման ներարգանդային (տրանսպլանցետար ուղին) մորից պտղին: Կարմրախտը հանդիսանում է տերատոգեն ազդեցությամբ վարակ,

առաջացնում է սաղմի և պտղի զարգացման արատներ: Վիրուսի հայտնաբերելը արյան, մեզի, կղանքի մեջ թույլ է տալիս ենթադրել վարակման կոնտակտային ուղին կամ վարակումը բժշկական գործիքների, ներարկիչների միջոցով:

Ընկալունակություն: Առավել հաճախ հիվանդանում են 3-6 տարեկան կազմակերպված կուլեկտիվ հաճախող երեխաները: Հիվանդացության բարձրացումներ դիտվում են 10 տարին մեկ: Կարմրախտով հիվանդացությանը բնորոշ է սեզոնայնությունը. Առավելապես՝ մարտ-հունիս ամիսներին: Հետինֆեկցիոն իմունիտետը կայուն է ողջ կյանքի ընթացքում:

Կլինիկա: Գաղտնի շրջանը 11-22 օր է:

Կատարալ շրջանը կարճատև է կամ բացակայում է: Երեխայի ջերմությունը լինում է սուբֆերիլ, լինում են թեթև կատարալ երևույթներ, թույլ արտահայտված կոնյուկտիվիտ, բկանցքի կարմրություն, ավշային հանգույցների մեծացում (հետին պարանոցային և ծոծրակային), որոնք շոշափելիս ցավոտ են: Ցանը ի հայտ է գալիս հիվանդության 1-3 օրը՝ սկզբում դեմքին և պարանոցին և արագ, մի քանի ժամվա ընթացքում, առանց որևէ հերթականության տարածվում է ամբողջ մարմնով: Ցանը հիմնականում տեղակայվում է վերջույթների ծալիչ մակերեսների, մեջքի շրջանում, բծավոր է, բաց վարդագույն, մաշկի գույնը փոփոխված չէ: Երկրորդ օրը ցանը գունատվում է, նոսրանում և անհետ վերանում է 3 օր անց: Ցանավորման շրջանում ավելի արտահայտիչ է դառնում լիմֆադենիտը, ավշային հանգույցներն առավել ցավոտ են, փափուկ, միաձուլված չեն: Ավշային հանգույցների մեծացումը պահպանվում է 2-3 շաբաթ և ավել: Ըստ Մեցկանի՝ լիմֆադենիտը կարմրախտի առաջին և վերջին ախտանիշն է:

Հիվանդության ընթացքում երեխայի ընդհանուր վիճակը լինում է բավարար: Մեծահասակների մոտ կարմրախտը ընթանում է ծանր, բարձր ջերմությամբ, արտահայտված մկանային ցավերով:

Բարդություններ հազվադեպ են լինում:

Ախտորոշում: Հատկապես բռնկման ժամանակ, մեծ դժվարություն չի ներկայացնում:

ձեռքբերովի կարմրախտի հենակետային-ախտորոշիչ նշաններն են՝

- շփում կարմրախտով հիվանդի հետ,
- մանր բծավոր վարդագույն ցան,
- լիմֆադենոպաթիա. մեծացած են ծոծրակային և հետին պարանոցային ավշային հանգույցները,
- մարմնի ջերմաստիճանի չափավոր բարձրացում կամ նորմալ ջերմաստիճան,
- չափավոր արտահայտված կատարալ երևույթներ:

Լաբորատոր ախտորոշումը ներառում է՝

- վիրուսաբանական,
- շճաբանական (ԿԿՌ - կոմպլեմենտի կապման ռեակցիա),
- արյունաբանական մեթոդները:

Արյան ընդհանուր քննությամբ հայտնաբերվում է լեյկոպենիա, լիմֆոցիտոզ, պլազմատիկ բջիջներ, նորմալ ԷՆԱ:

Բնածին կարմրախտային համախտանիշը բնորոշվում է հատկանիշների կոմպլեքսով, որոնք տարբերվում են ձեռքբերովի հիվանդությունից: Ամենից հաճախ նկատվում է

անոմալիաների տրիադա (Գրեգի տրիադա), որը ներառում է խլությունը, կատարակտան և սրտի արատները: Սա կոչվում է «փոքր կարմրախտային համախտանիշ»: Բացի այդ գոյություն ունի նաև «մեծ համախտանիշ», որը ներառում է բազմաթիվ ծանր արատներ, գլխուղեղի ախտահարում, սրտի և անոթների զարգացման արատներ, Ֆալոյի հիվանդություն, կմախքի արատներ, արյունաստեղծ օրգանների ախտահարում, շնչական, մարսողական, միզասեռական, կենտրոնական նյարդային համակարգի զարգացման արատներ:

Բնածին կարմրախտը կարող է զարգանալ նաև մոր կրած անախտանիշ հիվանդությունից հետո: Եթե վարակումը տեղի է ունենում հղիության վերջին ամսում, ապա ծնվում է կարմրախտով հիվանդ նորածին, հիվանդությունը ընթանում է ձգձգվող ընթացքով, երբեմն նկատվում է արագ անցնող ցան առանց հիվանդության այլ նշանների: Բնածին կարմրախտի ելքը անբարենպաստ է:

Խնամք և բուժում: Հիվանդի սենյակը պետք է օդափոխել և խոնավ մաքրել: Եզրափակիչ ախտահանում չի կատարվում: Չբարդացած կարմրախտով հիվանդները բուժվում են տնային պայմաններում: Խորհուրդ է տրվում անկողնային ռեժիմ սուր շրջանում, հետագայում՝ կիսաանկողնային ևս 3-5 օր: Անհրաժեշտության դեպքում կատարում են ախտանշանային բուժում:

Կանխարգելում: Հիվանդներին մեկուսացնում են հիվանդության առաջին 5 օրերին: Հիվանդի հետ շփված մինչև 10 տարեկան երեխաներին հսկողության տակ են պահում 21 օր:

Սպեցիֆիկ կանխարգելումը կատարում են առողջ երեխաներին 12 ամսական հասակում ԿԿԽ պատվաստանյութով, 0,5 մլ բազկի դրսային մակերեսին, ենթամաշկային ճանապարհով, միանվագ: Կրկնապատվաստումը կատարում են 4-6 տարեկանում:

Բնածին կարմրախտի կանխարգելման նպատակով կարմրախտով չհիվանդացած 11-13 տարեկան աղջիկներին խորհուրդ է տրվում կրկնակի պատվաստում: Պատվաստումը ունի բարձր արդյունավետություն, ձևավորվում է կայուն իմունիտետ 95% և ավելի դեպքերում:

ՔՈՒԹԵՇ

Քութեշը սուր վարակային հիվանդություն է, որը բնորոշվում է ընդհանուր ինտոքսիկացիայի ախտանիշներով, անգինայով և մաշկի մանր կետավոր ցանով:

Էթիոլոգիա: Հիվանդության հարուցիչը A խմբի β-հեմոլիտիկ ստրեպտոկոկն է, որն արտադրում է էկզոտոքսին: Հարուցիչը կայուն է արտաքին միջավայրում և բավական երկար ժամանակ կարող է պահպանվել սննդամթերքներում:

Էպիդեմիոլոգիա: Վարակի աղբյուր է հանդիսանում քութեշով կամ այլ ստրեպտոկոկային հիվանդություններով հիվանդ մարդը: Վարակի տարածման հիմնական ուղին օդակաթիլայինն է: Հնարավոր է նաև տարածումը խնամքի առարկաներով, խաղալիքների, հագուստի և վարակված սննդի միջոցով (կաթ, պաղպաղակ, կրեմով թխվածքներ): Կրած հիվանդությունից հետո առաջանում է կայուն իմունիտետ, չնայած հնարավոր են նաև կրկնակի վարակման դեպքեր: Քութեշով ավելի հաճախ հիվանդանում են

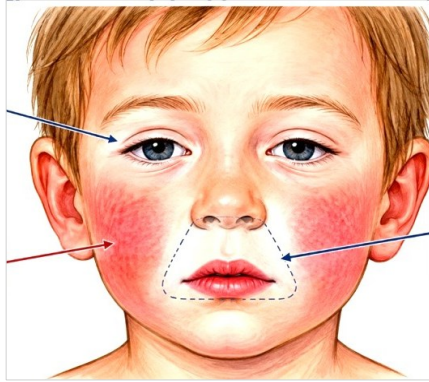
նախադպրոցական և վաղ դպրոցական տարիքում: Կյանքի առաջին տարում հիվանդությունը հանդիպում է հազվադեպ, քանի որ երեխան մոռից ստանում է անընկալություն: Կրած հիվանդությունից հետո մնում է կայուն իմունիտետ:

Պաթոգենեզ: Վարակի մուտքի դռներն են հանդիսանում քմային նշիկները, ըմպանի նշիկները և վերին շնչուղիների լորձաթաղանթը: Հարուցիչը հազվադեպ կարող է թափանցել օրգանիզմ վերքային կամ այրվածքային մակերեսների միջոցով: Հիվանդության զարգացումը պայմանավորված է հարուցչի տոքսիկ, սեպտիկ (բորբոքային) և ալերգիկ ազդեցությամբ: Հարուցչի ներթափանցման տեղում զարգանում է բորբոքային օջախ: Ավշային և արյունատար անոթներով հարուցիչը անցնում է հարակից ավշային հանգույցներ և առաջացնում դրանց ախտահարում: Էկզոտոքսինը անցնելով արյան մեջ, առաջացնում է ինտոքսիկացիայի երևույթներ: Հարուցիչը ընտրողաբար ախտահարում է մաշկի ծայրամասային մանր արյունատար մազանոթները, վեզետատիվ նյարդային համակարգը և սիրտ-անոթային համակարգը:

Կլինիկական պատկեր: Հիվանդության գաղտնի շրջանը տևում է 2-12 օր, միջինը՝ 7 օր: Հիվանդությունը սկսվում է սուր, ջերմության բարձրացումով, ընդհանուր թուլությունով, ինքնազգացողության վատացումով, լինում է ցավ կոկորդում, երբեմն՝ փսխումներ: Հիվանդության առաջին օրվանից, հազվադեպ՝ երկրորդ օրը, մաշկի վրա հայտնվում է ցան, որն արագ տարածվում է մի քանի ժամվա ընթացքում դեմքին, պարանոցին, իրանին և վերջույթներին: Դա մանր կետավոր ցան է՝ հիպերեմիկ ֆոնի վրա: Ցանի հիմնական տարրը 1-2մմ

չափով վարդագույն ռոզեոլն է, որի կենտրոնը մաշկից քիչ բարձր է և շոշափելիս լավ զգացվում է: Ռոզեոլները տեղադրված են խիտ և, պերիֆերիկ ծայրերը ձուլվելով, կազմում է ընդհանուր հիպերեմիկ ֆոն: Ցանը շատ խիտ և վառ է արտահայտված ծալքային շրջաններում, անութափոսերում, արմնկային ծալքերում, ծնկափոսերում, աճուկային ծալքերում, որովայնի ստորին մասում, ազդրերի ներսային մակերեսներին: Դեմքին ցանը արտահայտվում է այտերի ընդհանուր կարմրությամբ, քիթ-շրթունքային եռանկյունին գունատ է և կոչվում է Ֆիլատովի եռանկյունի, իսկ շրթունքները՝ ալ կարմիր: Մաշկը չոր է, կարող է լինել քոր:

Քութեշի հիմնական ախտանիշ է հանդիսանում անգինան, որը կարող է լինել կատարալ, ֆոլիկուլյար և լակունար: Բնորոշ է նշիկների, լեզվակի և աղեղների վառ հիպերեմիան, որը կոչվում է **«բոցավառվող բկանցք»**: Պրոցեսի մեջ են ներգրավվում հարակից ավշային հանգույցները, որոնք մեծանում են և շոշափելիս լինում են ցավոտ: Լեզուն առաջին օրերին լինում է փառակալած, որը 2-3 օրից սկսվում է մաքրվել և դառնում է ալ կարմիր, հատիկավոր, հիշեցնում է հասունացած մորի և կոչվում է **«մորեգույն լեզու»**: Երբեմն զարգանում է **«քութեշային սիրտ»** ախտանիշը, որն արտահայտվում է հաճախասրտությամբ, հազվասրտությամբ, սրտի տոների խլացմամբ, լսվում է սիստոլիկ աղմուկ՝ երբեմն սրտի սահմանների մեծացմամբ:



Նկար 8: Ֆիլատովի եռանկյունին (բերանի շուրջ գունատ եռանկյունաձև հատվածը) և այտերի արտահայտված կարմրությունը քութեշի ժամանակ



Նկար 9: «Մորու լեզվի» արտահայտված պտկիկները և վառ կարմիր գույնը, որոնք բնորոշ են քութեշին



Նկար 10: Մանր կետային ցան քութեշի ժամանակ, որը շոշափելիս փշոտ է

Հիվանդության սուր շրջանը տևում է 4-5 օր, որից հետո հիվանդի վիճակը լավանում է: Բոլոր ախտանշանները աստիճանաբար սկսում են հետ զարգանալ: Ցանը 8-10-րդ օրն անհետանում է, մաշկը սկսում է թեփոսվել: Ձեռքի ափի մաշկը, մատների մաշկը պլոկվում է (թաղանթավոր թեփոսում): Ծայրամասային արյան հետազոտությամբ հայտնաբերվում է լեյկոցիտոզ, նեյտրոֆիլյոզ, էոզինոֆիլիա, ԷՆԱ-ի արագացում:

Բարդություններ: Տարբերում են վաղ (միկրոբային) և ուշ (ալերգիկ) բարդություններ: Վաղ բարդությունները զարգանում են հիվանդության առաջին շաբաթվա ընթացքում՝ լիմֆադենիտ, օտիտ, սինուսիտ, օստեոմիելիտ: Ուշացած բարդություններն առաջանում են 2-3-րդ շաբաթվա ընթացքում՝ հոդերի ախտահարում (սինովիտ), երիկամների ախտահարում (գլոմերուլոնեֆրիտ), սրտի ախտահարում (միոկարդիտ):

Ախտորոշում: Հիվանդության ախտորոշման նպատակով կատարվում է քիթըմպանի արագ հակաճինային թեստ ստրեպտոկոկի հայտնաբերման համար՝ ստրեպ թեստ (Strep test), որը արագ ախտորոշիչ թեստ է, թույլ է տալիս պարզել, թե բորբոքումն արդյոք պայմանավորված է A խմբի β հեմոլիտիկ ստրեպտոկոկով: Կատարվում է նաև բկանցքի քսուկի մանրէաբանական քննություն: Արյան ընդհանուր քննությամբ հայտնաբերվում է նեյտրոֆիլային լեյկոցիտոզ և ԷՆԱ-ի արագացում:

Բուժում: Հոսպիտալացնել էպիդեմիոլոգիական ցուցումով, հիվանդության ծանր դեպքերում, բարդությունների դեպքում: Հիվանդության սուր շրջանում նշանակել անկողնային ռեժիմ: Սնունդը պետք է լինի տարիքին համապատասխան, տալ մեծ քանակությամբ վիտամինացված հեղուկներ (հյուրեր): Նշանակել պենիցիլինային շարքի հակաբիոտիկներ՝ ամոքսիցիլին, ամպիցիլին, ֆենոկսիմեթիլպենիցիլին՝ տարիքային դեղաչափերով 5-7 օր: Պենիցիլինի նկատմամբ բարձր զգայունության դեպքում օգտագործել մակրոլիդների շարքի հակաբիոտիկներ՝ ազիթրոմիցին, էրիթրոմիցին, ռոկսիտրոմիցին, միդեկամիցին, կամ առաջին սերնդի գեֆալոսպորիններ՝ գեֆալեկսին, գեֆագոլին, գեֆադրոկսիլ՝ տարիքային դեղաչափերով:

Խնամք: Հաճախակի օդափոխել սենյակը, կատարել խոնավ մաքրում: Հետևել բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի հիգիենային: Կարճ կտրել երեխայի եղունգները, որպեսզի մաշկի քորի ժամանակ քերծվածքներ չառաջանան: Հետևել

երեխայի մեզի ծավալին և բնույթին, քանի որ հնարավոր է երիկամների ախտահարում՝ որպես բարդություն:

Կանխարգելում: Սպեցիֆիկ կանխարգելում մշակված չէ: Կանխարգելիչ միջոցառումները ներառում են՝

- քութեշով և ստրեպտոկոկային այլ վարակներով հիվանդների հայտնաբերում ու մեկուսացում են 7-10 օր,
- փակ կոլեկտիվներ հաճախող հիվանդ երեխաներին թույլատրել հաճախել միայն 22-րդ օրը (հիվանդության սկզբից),
- շփված երեխաներին (նախկինում քութեշով հիվանդացածներին և չհիվանդացածներին) մեկուսացնել և հսկել 7 օր, կատարել կոկորդի ողողումներ տոմիցիդով օրը 4-5 անգամ 5-7 օր,
- քութեշով հիվանդի հետ շփված երեխաները, որոնք հիվանդացել են տոնզիլիտով, նույնպես մեկուսացնել 22 օր ժամկետով,
- երբեմն, ըստ անհրաժեշտության, կոնտակտավորներին ներարկում են գամա-գլոբուլին,
- կատարվում է ընթացիկ և եզրափակիչ ախտահարում:

Միջոցառումներ օջախում: Մանկական կոլեկտիվներում քութեշով հիվանդի հետ շփված երեխաների նկատմամբ սահմանվում է բժշկական հսկողություն և կարանտին՝ 7 օր տևողությամբ: Այս երեխաներին ամեն օր կատարվում է ջերմաչափում, մաշկի և լորձաթաղանթների զննում:

Եթե երեխան բուժվում է տանը, ապա տան անդամների նկատմամբ նույնպես սահմանվում է բժշկական հսկողություն

17 օր, եթե նրանք աշխատում են ծննդատանը, վիրաբուժական բաժանմունքում, սննդի օբյեկտներում: Օջախում կատարվում է օդափոխում, խոնավ մաքրում՝ օձառ-սողալին լուծույթով:

ԴԻՖԹԵՐԻԱ

Դիֆթերիան սուր վարակային հիվանդություն է, բնորոշվում է վարակի ներթափանցման տեղում բորբոքային պրոցեսի առաջացումով, ֆիբրինոզ փառի գոյացումով և ընդհանուր ինտոքսիկացիայի երևույթներով, որի պատճառ հանդիսանում է հարուցիչի էկզոտոքսինի ներթափանցումը արյան մեջ՝ հետագայում բարդությունների առաջացմամբ. ինֆեկցիոն տոքսիկ շոկ, միոկարդիտ, պիելոնեֆրիտ և նեֆրոզ:

Էթիոլոգիա: Հարուցիչը միկրոբ է՝ Լյոֆերի ցուպիկը, որն արտադրում է էկզոտոքսին: Արտաքին միջավայրում հարուցիչը կայուն է և երկար ժամանակ պահպանվում է այն իրերի վրա, որոնցից օգտվել է հիվանդը: Սակայն արագ ոչնչանում է ախտահանիչ միջոցների ազդեցությունից:

Էպիդեմիոլոգիա: Վարակի աղբյուր է հանդիսանում դիֆթերիայով հիվանդ մարդը, ռեկոնվալեսցենսը և առողջ բացիլակիրը: Բացիլակիրների թիվը մի քանի հարյուր անգամ գերազանցում է հիվանդների թվին և վարակի տեսակետից լուրջ վտանգ է ներկայացնում: Վարակի փոխանցման հիմնական ուղին օդակաթիլայինն է, հնարավոր է նաև փոխանցում հիվանդի օգտագործած իրերի, երրորդ անձի

միջոցով և սննդային ճանապարհով՝ վարակված կաթնամթերքի միջոցով:

Կրծքի հասակի երեխաները համեմատաբար անընկալ են հիվանդության նկատմամբ, որը պայմանավորված է մորից ստացած պասիվ իմունիտետով: Այժմ սպեցիֆիկ պատվաստումների շնորհիվ կտրուկ պակասել են հիվանդացության դեպքերը: Հիվանդությունից հետո առաջանում է կայուն իմունիտետ:

Պաթոգենեզ: Վարակի մուտքի դռներ են հանդիսանում բերանի, ըմպանի լորձաթաղանթը, քթի խոռոչը, կոկորդը, հազվադեպ աչքի լորձաթաղանթը, սեռական օրգանները, մաշկի վերքային և այրվածքային մակերեսները, պորտի վերքը: Մուտքի դռներում հարուցիչը բազմանում է և արտադրում է էկզոտոքսին, որի ազդեցության հետևանքով զարգանում է լորձաթաղանթների բորբոքային պրոցես, էպիթելի մեռուկացում: Տեղում գոյանում է ֆիբրինոզ փառ, որն ամուր կպած է հյուսվածքներին և դժվարությամբ է պոկվում: Փառը ունի սպիտակագորշավուն գույն: Լինում է նաև տեղային աննշան հիպերեմիա և ցավ: Էկզոտոքսինը, բորբոքային օջախից ներծծվելով արյան մեջ, առաջացնում է օրգանիզմի ինտոքսիկացիա, նյարդային, սիրտ-անոթային համակարգերի, մակերիկամների, երիկամների ախտահարում:

Ախտաբանական պրոցեսի տեղակայումը կոկորդում բերում է դիֆթերիտիկ կրուպի զարգացման: Կոկորդի լուսանցքի նեղացումը տեղի է ունենում կոկորդի մկանների ռեֆլեկտոր սպազմի, լորձաթաղանթի այտուցի և ֆիբրինոզ փառի գոյացման հետևանքով:

Կլինիկական պատկեր: Ինկուբացիոն շրջանը տևում է 2-10 օր: Չպատվաստված երեխաների մոտ հիվանդությունը ունենում է ծանր ընթացք և ուղեկցվում է բարդությունների առաջացումով: Պատվաստված երեխաների մոտ հիվանդությունն ընթանում է թեթև և ախտորոշումը դժվարանում է: Ըստ ախտաբանական պրոցեսի տեղակայման տարբերում են հիվանդության հետևյալ կլինիկական ձևերը՝

1. բկանցքի դիֆթերիա,
2. կոկորդի դիֆթերիա,
3. քթի դիֆթերիա,
4. աչքի դիֆթերիա,
5. սեռական օրգանների դիֆթերիա,
6. մաշկի և պորտի վերքի դիֆթերիա՝ նորածինների մոտ,
7. կոմբինացված, երբ միաժամանակ լինում է մի քանի օրգանների ախտահարում:

Բկանցքի դիֆթերիա

Բկանցքի դիֆթերիան չպատվաստված երեխաների մոտ ամենահաճախ հանդիպող կլինիկական ձևն է: Տարբերում են հետևյալ տեսակները՝ լոկալիզացված (թեթև), տարածուն (միջին ծանրության) և տոքսիկ (ծանր):

Լոկալիզացված (տեղակայված) ձևի ժամանակ փառը դուրս չի գալիս նշիկների սահմաններից: Այն հարթ է, գորշասպիտակավուն գույնի, դժվարությամբ է պոկվում և արյունահոսում է հեռացնելիս: Մի քանի ժամից նշիկը նորից պատվում է փառով: Փառի տարածման արտահայտվածու-

թյունից կախված՝ տարբերում են տեղայնացված ձևի կղզյակային և փառային ձևերը: Կղզյակային ձևի ժամանակ փառը լինում է եզակի կամ բազմակի կղզյակների ձևով՝ գնդասեղի գլխիկի մեծությունից մինչև 3-4 մմ: Փառային ձևի ժամանակ փառը ծածկում է նշիկների որոշ հատվածներ կամ ամբողջ մակերեսը: Ինտոքսիկացիայի երևույթները լինում են աննշան, ջերմությունը՝ 38.5°C -ից ոչ բարձր, սուբֆերիլ: Ցավը կլման ժամանակ թույլ է արտահայտված: Ավշային հանգույցները լինում են չափավոր մեծացած:



Նկար 11: Բկանցքի դիֆթերիայի տարածուն ձև (փառը տեղակայված է նշիկներին և լեզվակին)

Նկար 12: Բկանցքի դիֆթերիայի տոքսիկ ձև՝ «Ցլի պարանոց»



Նկար 13: Դիֆթերիտիկ փառի կառուցվածքը և հեռացնելիս արյունահոսության առաջացումը

Լոկալիզացված ձևը հանդիպում է պատվաստված երեխաների մոտ: Ախտորոշման համար պետք է կատարել բկանցի քսուկի մանրէաբանական հետազոտություն, որի կատարման ժամանակ պետք է հիշել՝

- քսուկը վերցնել առողջ և հիվանդ հյուսվածքի սահմանում:

Հիշեցում: Անկախ ֆիբրինոգ փառի տեղակայումից՝ քսուկ պետք է վերցնել բկանցքից և քթից:

Այս հետազոտության նախնական պատասխանը պարզ է դառնում են մի քանի ժամից, իսկ վերջնականը՝ 48-72 ժամ հետո:

Տարածուն ձևի ժամանակ փառը տարածվում է նշիկների սահմաններից դուրս՝ քմային աղեղների, լեզվակի և ըմպանի լորձաթաղանթին: Ինտոքսիկացիան, այտուցվածությունը և հիպերեմիան նշիկներում, ավշային հանգույցների ռեակցիան լինում են ավելի արտահայտված, քան լոկալիզացված ձևի ժամանակ:

Տոքսիկ ձևին բնորոշ է ծանր ինտոքսիկացիան, բկանցքի և պարանոցի ենթամաշկային բջջանքի այտուցը «Ցլի պարանոց»: Հիվանդության առաջին ժամերից սկսած բարձրանում է ջերմությունը մինչև 39-41°C: Արագ զարգանում են ինտոքսիկացիայի երևույթները՝ ընդհանուր թուլություն, գլխացավ, գունատություն, շրթունքների ցիանոզ, սրտի տոների խլացում, Զ/Ճ անկում, ախորժակի բացակայություն, փսխումներ, տախիկարդիա, սրտի սահմանների լայնացում, թուլություն, զառանցանք:

Ըստ այտուցի արտահայտվածության և տարածվածության տարբերում են դիֆթերիայի տոքսիկ ձևի երեք աստիճան: Դիֆթերիայի սուբտոքսիկ ձևի ժամանակ այտուցը տեղակայվում է ռեգիոնար ավշային հանգույցների վրա:

Տոքսիկ ձևի 1-ին աստիճանի ժամանակ այտուցը իջնում է մինչև պարանոցի կեսը: 2-րդ աստիճանի ժամանակ՝ մինչև անրակները: 3-րդ աստիճանի ժամանակ՝ անրակներից ներքև մինչև կրծքավանդակի II-III կողերը: Նշիկները լինում են այտուցված, ցիանոտիկ երանգով և պատված հաստ ֆիբրինային փառով, որը տարածվում է փափուկ և կարծր քիմքի վրա: Մոտակա ավշային հանգույցները մեծացած են և 3-րդ աստիճանի ժամանակ կարող են հասնել հավի ձվի մեծության:

Կոկորդի դիֆթերիա կամ դիֆթերիտիկ (խսկական) կրուպ

Հաճախ ընթանում է բկանցքի դիֆթերիայի հետ կոմբինացված ձևով: Հիվանդության ծանրությունը պայմանավորված է կոկորդի ստենոզի աստիճանով: Հիվանդության հիմնական ախտանշանները զարգանում են աստիճանաբար: Կատարալ շրջանում լինում է ջերմության բարձրացում մինչև 37.5-38°C, հազ, ձայնը խոպոտ է, որը գնալով ավելի է արտահայտվում և չի անցնում շեղող միջամտություններից: Հազը սկզբում լինում է թաց, հետո դառնում է կոպիտ, «հաչոցանման» բնույթի: Կատարալ շրջանը տևում է 1-3 օր, որից հետո զարգանում է ստենոտիկ շրջանը՝ առաջանում է աֆոնիա (ձայնի կայուն կորուստ), հազը դառնում է անձայն, զարգանում է ստենոտիկ

շնչառություն: Խորանում է ինտոքսիկացիան և հիպօքսիան:
Այս շրջանը տևում է մի քանի ժամից մինչև 2-3 օր:



**Նկար 14: Կոկորդի տեսքը նորմայում, կեղծ և իսկական
կրուպի ժամանակ**

Ասֆիքսիայի շրջանը սկսվում է անհանգստությամբ, ուժեղացած քրտնարտադրությամբ, առաջանում է ցիանոզ, տախիկարդիա, սրտի տոների խլացում, թելանման պուլս, արտահայտված անհանգստությունը փոխվում է քնկոտությամբ, աղինամիայով, շնչառությունը լինում է հազվական՝ երկար ընդմիջումներով, ՁՃ-ն ընկնում է, գիտակցությունը մթազնում է, առաջանում են ցնցումներ, բրադիկարդիա և սրտի կանգ:

Քթի դիֆթերիան հանդիպում է վաղ հասակի երեխաների մոտ: Հաճախ ընթանում է հիվանդության այլ ձևերի հետ գուգորդված: Քթի լորձաթաղանթը այտուցված է և հիպերեմիկ: Միջնապատի վրա հայտնաբերվում են խոցեր, երոզիաներ, ֆիբրինային թաղանթներ: Քթանցքի շուրջը մաշկը լինում է գրգռված: Մարմնի ջերմաստիճանը լինում է նորմալ կամ սուբֆերիլ:

Աչքի, մաշկի, սեռական օրգանների և պորտային վերքի դիֆթերիաները հանդիպում են հազվադեպ: Սովորաբար

լինում են երկրորդային բնույթի և զարգանում են բկանցքի և քթի դիֆթերիաների հետ միասին:

Աչքի դիֆթերիայի ժամանակ փառը տեղակայվում է կոպերի, շաղկապենու վրա, երբեմն տարածվում է ակնագնդի վրա: Կոպերն այտուված են և աչքից լինում է լորձա-արյունային արտադրություն:

Մաշկի դիֆթերիան զարգանում է այն ժամանակ, երբ կա վնասվածք, վերքային մակերեսը պատվում է հաստ փառով: Աղջիկ երեխաների մոտ դիֆթերիտիկ փառը կարող է տեղակայվել արտաքին սեռական օրգանների լորձաթաղանթի վրա:

Պորտի վերքի դիֆթերիան հանիպում է նորածին երեխաների մոտ: Պորտի վերքի վրա առաջանում են արյունային կեղևիկներ, շրջակա հյուսվածքի այտուցվածություն:

Պատվաստված երեխաների մոտ դիֆթերիայի ընթացքն ունի առանձնահատկություններ: Հիվանդությունը զարգանում է իջած հակատոքսիկ իմունիտետի ֆոնի վրա: Այս երեխաների մոտ հիվանդությունն ընթանում է թեթև, հանդիպում է միայն լոկալիզացված ձևը, դիֆթերիտիկ փառ հաճախ չի գոյանում, իսկ լինելու դեպքում հեռացվում է հեշտությամբ: Ինտոքսիկացիայի երևույթներն արտահայտված չեն: Մարմնի ջերմաստիճանը կարգավորվում է առանց հատուկ բուժման հիվանդության 3-4-րդ օրը, դիֆթերիտիկ փառը վերանում է 4-7-րդ օրը կամ ավելի շուտ:

Դիֆթերիայի բարդությունները պայմանավորված են դիֆթերիտիկ թույնի սպեցիֆիկ ազդեցությամբ: Նկատվում են

հիմնականում բկանցքի դիֆթերիայի տոքսիկ ձևի ժամանակ: Ամենածանր բարդություններն են՝ ինֆեկցիոն-տոքսիկ շոկը, միոկարդիտը, տոքսիկ նեֆրոզը, պոլիոադիկուլոններիտը, որի ժամանակ զարգանում են պերիֆերիկ պարեզներ և պարալիչներ, իսկ ամենից հաճախ առաջանում է փափուկ քիմքի պարալիչ:

Ախտորոշումը կատարվում է քթից և բկանցքից վերցված քսուկի մանրէաբանական հետազոտման ճանապարհով, նախնական ախտորոշումը կատարվում է հիվանդության 2-րդ օրը, իսկ վերջնականը՝ 48-72 ժամ հետո, երբ հետազոտվում է հարուցչի բիոքիմիական և տոքսիգեն հատկությունները:

Բուժում: Դիֆթերիայի ամենափոքր կասկածի դեպքում անգամ հիվանդները պետք է անհապաղ հոսպիտալացվեն ինֆեկցիոն հիվանդանոցում: Բուժման հաջողությունը պայմանավորված է բացառապես ժամանակին հակադիֆթերիտիկ շիճուկի ներարկմամբ: Այն պետք է ներարկել հիվանդության առաջին ժամերի ընթացքում, քանի դեռ թույնը չբջանառում է արյան մեջ: Կախված հիվանդության ձևից, ծանրության աստիճանից, երեխայի տարիքից, շիճուկի դեղաչափը տատանվում է 15000 ՄՄ-ից մինչև 500 000 ՄՄ:

Անաֆիլակտիկ շոկից խուսափելու համար շիճուկի առաջին ներարկումը կատարվում է Բեզրեդկոյի մեթոդով, այսինքն՝ փուլերով:

1-ին փուլ. ներմաշկային եղանակով նախաբազկից ներարկել 1:100 հարաբերությամբ նոսրացված շիճուկ 0,1 մլ քանակությամբ: Հետևել 20 րոպե: Բացասական

պատասխանի դեպքում ներարկման տեղում պապուլայի տրամագիծը լինում է 1 սմ-ից փոքր:

2-րդ փուլ. ենթամաշկային եղանակով ստորթիակային շրջանում ներարկել չնոսրացված շիճուկ 0,1 մլ: Հետևել երեխայի ընդհանուր վիճակին 30 րոպե:

3-րդ փուլ. միջմկանային եղանակով ներարկել հետույքի շրջանում շիճուկի մնացած քանակությունը:

Շիճուկի ներարկումը դադարեցվում է ֆիբրինոզ փառի անհետացումից հետո:

Շիճուկի հետ միաժամանակ նշանակվում են նաև հակաբիոտիկներ (պենիցիլին, էրիթրոմիցին), դեզինտոքսիկացիոն բուժում, գլյուկոկորտիկոիդներ, ինչպես նաև ախտանշանային բուժում: Դիֆթերիտիկ կրուպով հիվանդների կոնսերվատիվ բուժման դեպքում ցուցված է շնչափողի ինտուբացիա կամ տրախեոտոմիա:

Բացիլակիրների բուժում: Առաջին հերթին նշանակվում է կազդուրող բուժում և քիթըմպանի քրոնիկ ինֆեկցիոն օջախների բուժում: Կարևոր է լիարժեք սնուցումը և զրոսանքները մաքուր օդում: Երկարատև բացիլակրության դեպքում նշանակվում է էրիթրոմիցին 7 օր տևողությամբ:

Խնամք: Սահմանել անկողնային ռեժիմ 7-10 օր (տեղակայված ձևի ժամանակ): Հիվանդության տոքսիկ ձևի ժամանակ հիվանդին արգելվում է ինքնուրույն շարժվել անկողնում, նստել: Երեխաներին պետք է կերակրել պառկած վիճակում: Եթե կլման ակտը շատ ցավոտ է, ապա անհրաժեշտ է կերակրել զոնդով: Կերակուրը պետք է լինի հեղուկ կամ կիսահեղուկ: Եթե կա փափուկ քիմքի պարեզ, ապա պետք է կերակրել զգուշությամբ, առանց շտապելու՝

յուրաքանչյուր 2 ժամը մեկ, փոքր բաժիններով, ասպիրացիայից խուսափելու համար: Կրուպով հիվանդ երեխաների համար կարևոր է ապահովել հանգիստ միջավայր, պետք է մաքսիմալ հեռու պահել հոգեկան տրավմաներից և հուզմունքից, ստեղծել պայմաններ երկարատև և խորը քնի համար: Երեխային տեղավորում են բոքսում, պետք է հաճախակի օդափոխել սենյակը, մեծ ուշադրություն դարձնել քիթըմպանի և բերանի խոռոչի հիգիենային:

Կանխարգելում: Դիֆթերիայի տարածումը կանխարգելելու համար կարևոր է վաղ հայտնաբերել հիվանդներին և բացիլակիրներին. նրանք ենթակա են պարտադիր հոսպիտալացման: Հիվանդներին դուրս են գրում կլինիկական առողջացումից և կրկնակի (երկու օր ընդմիջումով) բակտերիոլոգիական հետազոտություններից հետո, որոնք կատարվում են բուժման ավարտից ոչ շուտ քան 3 օրից:

Միջոցառումներ օջախում: Մինչև հոսպիտալացումը վարակի օջախում կատարվում է ընթացիկ, իսկ հոսպիտալացումից հետո՝ վերջնական ախտահանում: Հիվանդի հետ շփված երեխաներին մեկուսացնել և սահմանել կարանտին 7 օր: Օրը երկու անգամ կատարել ջերմաչափում, մեկ անգամ մանրէաբանական հետազոտություն, LOR բժշկի խորհրդատվություն: Կատարվում է պատվաստում բոլոր այն երեխաներին, որոնց պատվաստման և կրկնապատվաստման ժամանակն է:

ԶՐԾԱՂԻԿ

Ջրծաղիկը մեծ վարակելիությամբ օժտված հիվանդություն է, որը բնորոշվում է մաշկի և լորձաթաղանթների վրա բժաբշտիկավոր ցանի առաջացմամբ:

Էթիոլոգիա: Հիվանդության հարուցիչը վիրուսն է, որն անկայուն է արտաքին միջավայրում և օդի հոսքով հեշտությամբ տարածվում է հարևան տարածքները և շենքի վերին հարկերը:

Էպիդեմիոլոգիա: Վարակի աղբյուրը ջրծաղիկով կամ գոտևորող հերպեսով հիվանդն է, որը վարակիչ է սկսած ինկուբացիոն շրջանի վերջից մինչև վերջին ցանային տարրերի ի հայտ գալու 5-րդ օրը: Վարակը տարածվում է օդակաթիլային ճանապարհով: Ընկալունակությունը ջրծաղիկի նկատմամբ բարձր է, ավելի հաճախ հիվանդանում են 2-7 տարեկան երեխաները: Կյանքի առաջին 2-3 ամսում հիվանդությունը խիստ հազվադեպ է հանդիպում, կապված մորից ընկերքի միջոցով (տրանսպլացենտար) ստացած իմունիտետի հետ: Հիվանդանալուց հետո ամբողջ կյանքի ընթացքում մնում է կայուն իմունիտետ: Հղիության վերջին օրերին ջրծաղիկով կնոջ վարակվելու դեպքում հնարավոր է, որ երեխան ծնվի բնածին ջրծաղիկով (ծնվելուց մինչև 11-րդ օրը հիվանդության բոլոր դեպքերը պետք է դիտել որպես բնածին ջրծաղիկ):

Պաթոգենեզ: Վարակի մուտքի դուռ է հանդիսանում վերին շնչուղիների լորձաթաղանթը: Հարուցիչը ավշային ուղիներով ընկնում է արյան մեջ և ֆիքսվելով մաշկի և

լորձաթաղանթի էպիթելային բջիջներում, առաջացնում է այդ բջիջների մակերեսային նեկրոզ (մեռուկացում):

Կլինիկա: Ինկուբացիոն շրջանը տևում է 11-21 օր: Նախանշանային երևույթները դիտվում են հազվադեպ և արտահայտվում են ընդհանուր թուլությամբ և ջերմության չափավոր բարձրացումով: Հիվանդությունը սկսվում է սուր, ջերմության բարձրացումով և գրեթե միաժամանակ, գլխի մազածածկ մասի, դեմքի, իրանի և վերջույթների վրա ցանի առաջացմամբ: Ցանը սկզբում արտահայտվում է բաց վարդագույն բծերի տեսքով, որոնք մի քանի ժամից վեր են ածվում պապուլայի, ապա թափանցիկ պարունակությամբ լցված 3-5 մմ տրամագծով բշտիկների (վեզիկուլա): Այն ուղեկցվում է քորով: Ափերի և ներբանների վրա ցանը բացակայում է: Ջրծաղիկային բշտիկները միախցիկ են, ունեն կլոր կամ օվալ ձև, տեղակայվում են չինֆիլտրացված հիմքի վրա: 1-2 օրից բշտիկները չորանում են, նրանց տեղում առաջանում են կեղևիկներ: Ընկնելով, նրանք մաշկի վրա հետք չեն թողնում: Ցանն առաջանում է ոչ միաժամանակ, այլ 1-2 օր ընդմիջվող առանձին «հրոցներով», որոնք ուղեկցվում են ջերմության բարձրացումով, ինքնազգացողության վատացմամբ, երեխան դառնում է գրգռված, խանգարվում է քունը, վատանում է ախորժակը:



Նկար 15: Ջրծաղիկի ցանային տարրերի էտապային (հաջորդական) զարգացումը

Այսպիսով, մաշկի վրա լինում են զարգացման տարբեր շրջաններում գտնվող ցանային տարրեր (բիծ-պապուլա-բշտիկ-կեղև): Ցանի այսպիսի բազմազանությունը (պոլիմորֆիզմը) բնորոշ է ջրծաղիկին: Մեծ քանակով ցանային տարրեր կարող են առաջացնել մաշկի քոր: Ջրծաղիկային բշտիկները, բացի մաշկից, ախտահարում են նաև բերանի, ըմպանի, աչքերի, հազվադեպ կոկորդի և սեռական օրգանների լորձաթաղանթները:

Տարբերում են ջրծաղիկի թեթև, միջին ծանրության և ծանր ձևերը: Թեթև ձևի ժամանակ ջերմությունը նորմալ է կամ սուբֆեբրիլ, ցանավորումը տևում է 2-3 օր: Միջին ծանրության ժամանակ ցանավորումը լինում է ոչ միայն մարմնի, այլև լորձաթաղանթների վրա (բերանի, աչքի, կոկորդի, սեռական օրգանների) և տևում է 5-7 օր: Ծանր ձևի ժամանակ ցանն առատ է մաշկի և լորձաթաղանթների վրա, տևում է 7-8 օր:



Նկար 16: Զրծաղիկ . մաշկային պոլիմորֆ ցան՝ միաժամանակ առկա պապուլային, վեզիկուլային, պուստուլային և կեղևակալած տարրերով

Բացի վերը նկարագրված հիվանդության տիպիկ ձևից, ջրծաղիկը կարող է ընթանալ նաև ատիպիկ ձևերով: Դրանցից են առավել թեթև ընթացող ջնջված ձևը և ծանր՝ հեմոռագիկ և գանգրենոզ ձևերը:

Ջնջված ձևը սովորաբար հանդիպում է այն երեխաների մոտ, որոնք հիվանդության գաղտնի շրջանում ստացել են իմունոգլոբուլին կամ պլազմա: Հիվանդությունն ընթանում է թեթև, մարմնի նորմալ ջերմությամբ, բժապապուլյոզ ցանով, հազիվ նկատելի, հատուկենտ բշտիկների առկայությամբ:

Գեներալիզացված ձևը հանդիպում է նորածինների, ծանր հիվանդություններից թուլացած և իմունադեպրեսանտներով

բուժվող երեխաների մոտ: Այս ձևին բնորոշ է բարձր տենդը, ծանր թունավորումը, ներքին օրգանների ախտահարումը:

Հեմոռագիկ ձևը զարգանում է հեմոբլաստոզներով կամ հեմոռագիկ դիաթեզներով տառապող թուլացած երեխաների մոտ, որոնք երկարատև ստացել են ցիտոստատիկներ կամ ստերոիդ հորմոններ: Ցանավորման 2-րդ, 3-րդ օրը բշտիկների պարունակությունը ստանում է հեմոռագիկ բնույթ: Կարող են դիտվել մաշկում կամ լորձաթաղանթներում արյունազեղումներ, քթային արյունահոսություն, արյունային փսխում, հեմատուրիա:

Գանգրենոզ ձևը զարգանում է թուլացած երեխաների մոտ՝ երկրորդային միկրոբային ֆլորայի միացման դեպքում: Հիվանդությունը բնորոշվում է ջրծաղիկային բշտիկների շուրջն առաջացող բորբոքային ռեակցիայով, որին հետևում է հյուսվածքի նեկրոզը և խոցի առաջացումը:

Բարդություններ: Ջրծաղիկը, որպես կանոն, բարորակ ընթացք ունի: Բարդությունները հանդիպում են հազվադեպ: Նրանք զարգանում են կամ վիրուսի անմիջական ազդեցությամբ, կամ երկրորդային միկրոբային ֆլորայի միացմամբ, որն ուղեկցվում է մաշկի և լորձաթաղանթների էպիթելի ամբողջականության խախտմամբ: Սպեցիֆիկ բարդություններից առավել վտանգավոր են ջրծաղիկային էնցեֆալիտը և մենինգոէնցեֆալիտը, հազվադեպ լինում միելիտ, նեֆրիտ և միոկարդիտ: Բակտերիալ բարդությունները (պիոդերմիա, աբսցես, կարմիր քամի, ֆլեգմոնա, ստոմատիտ, թարախային կոնյուկտիվիտ) հանդիպում են թուլացած երեխաների մոտ՝ մաշկի և

լորձաթաղանթների ամբողջականության խախտումների դեպքում:

Լաբորատոր ախտորոշում դեպքերի բացարձակ մեծամասնությունում չի պահանջվում տիպիկ պատկերի առկայության դեպքում:

Վեզիկուլյար հեղուկում և արյան մեջ վիրուսային ԴՆԹ-ի հայտնաբերման համար օգտագործվում է ՊՇՌ:

Բուժում: Ջրծաղիկով հիվանդները բուժվում են տանը: Հոսպիտալիզացիան կատարվում է համաճարակաբանական ցուցումներով, վարակի ծանր ընթացքի, բարդությունների զարգացման դեպքում: Սուր շրջանում նշանակվում է անկողնային ռեժիմ: Երկրորդային ինֆեկցիայի միացման կանխման և ցանային էլեմենտների առավել արագ չորացման նպատակով դրանք կարելի է մշակել անիլինային ներկերի լուծույթով՝ 1% բրիլիանտ կանաչի սպիրտային լուծույթով, մեթիլեն կապույտի 1% ջրային լուծույթով, 5% կալիումի պերմանգանատի լուծույթով: Արդյունավետ են վետրիզոլի քսուքով (արտահայտված քորի դեպքում՝ կալամինի լոսյոն) ամենօրյա մշակումները: Բերանի լորձաթաղանթում ցանային տարրերի առկայության դեպքում խորհուրդ է տրվում բերանը ողողել ֆուրացիլինի 1:5000 լուծույթով, եվկալիպտով և այլ հակասեպտիկ լուծույթներով: Աչքերը մաքրում են 2%-ոց բորաթթվի լուծույթով, ապա կաթեցնում են 10-20 %-ոց ալբուցինի լուծույթ: Կեղևների չորացման շրջանում խորհուրդ են տրվում կալիումի պերմանգանատի թույլ վարդագույն լուծույթով ընդհանուր հիգիենիկ լոգանքներ: Ներկայումս ապացուցված է, որ բուժման լավագույն արդյունքը ստացվում է հակավիրոսային

դեղորայքների կիրառման դեպքում (ացիկլովիր, վիրուլեքս, հերպեվիր և այլն): Մանկական անաֆերոնի կիրառումը զգալիորեն կրճատում է հիմնական կլինիկական ախտանիշների տևողության ժամկետը և նվազեցնում բակտերիալ բարդությունների վտանգը: Ջրծաղիկային վեզիկուլաները նպատակահարմար է մշակել 5%-անոց ցիկլոֆերոնի քսուքով:

Հիվանդության ծանր ընթացքի, թարախային բարդությունների զարգացման դեպքում նշանակվում են հակաբիոտիկներ, իմունոգլոբուլին, գլյուկոկորտիկոստերոիդներ:

Խնամք: Ջրծաղիկի ժամանակ ցանային էլեմենտների ինֆեկցումը կանխելու նպատակով կազմակերպվում են հիգիենիկ միջոցառումներ:

Հիվանդության սկզբում և ջերմության բարձրացման ժամանակ սահմանվում է անկողնային ռեժիմ: Պետք է հետևել անձնական և անկողնային սպիտակեղենի մաքրությանը, այն հաճախակի փոխել: Երեխայի եղունգները պետք է կարճ կտրել: Ուժեղ քորի դեպքում, քերծվածքներից խռաափելու նպատակով, երեխայի ձեռքերին հազգցնում են կտորե ձեռնոցներ: Կեղևիկների չորացման ժամանակ քսում են վազելինային յուղ: Բերանի խոռոչի ցանավորման ժամանակ սնունդը անհրաժեշտ է տալ մշակված, որը չպետք է պարունակի գրգռիչ տարրեր:

Կանխարգելում: Մեր երկրում ջրծաղիկի սպեցիֆիկ կանխարգելումը կատարում են 12 ամսականում, իսկ կրկնապատվաստումը 4-6 տարեկանում: Ոչ սպեցիֆիկ կանխարգելումն իր մեջ ներառում է մի շարք համալիր

միջոցառումներ հիվանդների և նրա հետ շփվողների նկատմամբ: Հիվանդին մեկուսացնում են տան պայմաններում, ցանի առաջացման պահից 9 օրով: Շփվողների նկատմամբ մինչև 7 տարեկան երեխաների համար սահմանվում է կարանտին 21 օրով (շփման օրը հստակ իմանալու դեպքում կարանտինը սահմանվում է մինչև 11-21-րդ օրը), դասարանում կամ խմբում կարանտինի ընթացքում խստիվ արգելվում է ջրծաղիկով չհիվանդացած երեխաների ընդունումը: Օջախում կատարվում է երեխաների ամենօրյա բժշկական զննում և ջերմաչափում: Ջրծաղիկով հիվանդացած երեխաներին թույլ է տրվում հաճախել մանկական կոլեկտիվ կեդևիկների ընկնելուց հետո:

Հիվանդի հոսպիտալիզացիայի դեպքում նրան պետք է մեկուսացնել: Կոնտակտավորներին պահվել իմունիզացիայի նպատակով կարելի է ներմուծել դոնորական իմունոգլոբուլին 0,2-0,5 մլ/կգ: Սակայն դրա էֆեկտիվությունը աննշան է, ավելի նպատակահարմար է օգտագործել սպեցիֆիկ Վարիցելա-զոստեր իմունոգլոբուլին, մաքսիմալ դոզան 625 միավոր, որը ներմուծվում է շփումից հետո 48 ժամում, բայց ոչ ուշ 96 ժամ:

Օջախում կիրառվում են սանիտարահիգիենիկ միջոցառումներ (տարածքի կանոնավոր օդափոխում, լվացող լուծույթներով խոնավ մաքրում, բակտերիոցիդ լամպերով օդի վարակազերծում):

Անհրաժեշտ է բացառել երեխայի շփումը սովորական և գոտնորոդ հերպետով հիվանդի հետ: Կանխարգելման նպատակով, ինչպես ցանկացած օդակաթիլային վարակի դեպքում, պետք է հաճախակի օդափոխել սենյակը, կատարել ամենօրյա խոնավ մաքրում օձառասողային լուծույթով,

խուսափել կոլեկտիվ կուտակումներից: Երեխայի ոչ սպեցիֆիկ իմունիտետի բարձրացման նպատակով անհրաժեշտ է հետևել երեխայի ռեժիմին, կոփել նրան, անցկացնել վիտամինոթերապիայի կուրսեր, իրականացնել ռացիոնալ սնուցում:

Միջոցառումներ հիվանդի հետ	Միջոցառումներ շփվողների հետ	Սպեցիֆիկ կանխարգելում
• Հոսպիտալիզացիան պարտադիր չէ, • Հիվանդին մեկուսացնել մինչև վերջին ցանից հաշված 5 օր, • Պարբերաբար օդափոխել սենյակը, կատարել խոնավ մաքրում, հիվանդին խնամել դիմակով:	• Հայտնաբերել բոլոր շփվողներին, • Մանկական հիմնարկներում սահմանել կարանտին 21 օրով (հանել կարանտինը հիվանդության նոր դեպքերի բացակայության դեպքում), հսկողություն սահմանել շփվողների նկատմամբ (ջերմաչափում, մաշկի, լորձաթաղանթների, գլխի մազածածկ մասի զննում):	Պատվաստումը անց է կացվում Վարիցելլա պատվաստանյութով 12 ամսականում պատվաստում, իսկ կրկնապատվաստումը՝ /ռեվակցինացիա/ 4-6 տարեկանում: Շփվող թույլ երեխաներին մ/մկ ներարկել զամմա գլոբուլին

ԷՊԻԴԵՄԻԿ ՊԱՐՕՏԻՏ

Էպիդեմիկ պարօտիտը վարակային հիվանդություն է, որը բնորոշվում է ընդհանուր ինտոքսիկացիայով, գեղձային օրգանների (թքագեղձ, ենթաստամոքսային գեղձ) և կենտրոնական նյարդային համակարգի ախտահարումով:

Էթիոլոգիա: Հիվանդության հարուցիչն արտաքին միջավայրում անկայուն վիրուսն է (*Paramyxovirus parotidis*): Այն արագորեն ոչնչանում է ուլտրամանուշակագույն ճառագայթների ազդեցության տակ և վարակագերծող լուծույթների օգտագործման դեպքում:

Էպիդեմիոլոգիա: Վարակի աղբյուրը հիվանդն է, որը վարակիչ է ինկուբացիոն շրջանի վերջից մինչև հիվանդության 9-րդ օրը: Էպիդեմիոլոգիական տեսակետից առավել վտանգավոր են ատիպիկ ընթացքով հիվանդները: Վարակը փոխանցվում է օդակաթիլային ճանապարհով: Վարակումը տեղի է ունենում մի սենյակի սահմաններում, անմիջապես շփման դեպքում: Հնարավոր է վարակի տարածումը նաև խնամքի վարակված պարագաների, խաղալիքների միջոցով: Ընկալունակությունը ցածր է կարմրուկի և ջրծաղիկի հետ համեմատած: Առավել հաճախ հիվանդանում են նախադպրոցական և կրտսեր դպրոցական տարիքի երեխաները: Հիվանդությունից հետո մնում է կայուն իմունիտետ:

Պաթոգենեզ: Վարակի մուտքի դռներ են հանդիսանում բերանի և վերին շնչուղիների լորձաթաղանթները: Թափանցելով արյան մեջ, վիրուսն ընտրողաբար ախտահարում է կենտրոնական նյարդային համակարգը և

գեղձային օրգանները, որտեղ վիրուսը բազմանում և նորից թափանցում է արյուն: Հարուցչի կրկնակի, առավել զանգվածային արտանետումը պայմանավորում է բազմաթիվ օրգանների և համակարգերի ախտահարումը. ԿՆՀ, ենթաստամոքսային գեղձ, սեռական օրգաններ և այլն:

Կլինիկա: Ինկուբացիոն շրջանը տևում է 11-21 օր: Հիվանդության կլինիկական երևույթները կախված են պարօտիտային վարակի ձևից:

Հարականջային թթագեղձերի բորբոքումը (**պարօտիտ**) հաճախ է հանդիպում:

Հիվանդությունը սովորաբար սկսվում է սուր, ջերմության բարձրացումով, ընդհանուր թուլությամբ: Առաջին օրվա վերջում, երբեմն երկրորդ օրը, մեծանում են հարականջային թթագեղձերը: Սովորաբար պրոցեսը սկսվում է միակողմանի: Մեկ երկու օրից ընդգրկվում է մյուս գեղձը: Այտուցը հայտնվում է ականջի առջևում, իջնում է ստորին ծնոտի վերին ճյուղի ուղղությամբ և ականջախեցու ետևում՝ բարձրանալով դեպի դուրս և վեր: Հարականջային գեղձի մեծացումը կարող է լինել աննշան և հայտնաբերվել միայն շոշափման ժամանակ: Այդ դեպքերում այն հասնում է մեծ չափերի ենթամաշկային ճարպաբջջանքի այտուցը տարածվում է դեպի պարանոցային և քունքային շրջան:



Նկար 17: Էպիդեմիկ պարօտիտ. ձախ հարականջային թքագեղձի այտուց

Այտուցը պինդ է, էլաստիկ կամ խմորանման, ունի ոչ պարզ եզրագծեր, շոշափման ժամանակ ցավոտ է: Հարականջային շրջանում ցավի զգացողություններն ուժեղանում են ծամելու և խոսելու ժամանակ: Տարբերում են Ֆիլատովի կողմից նկարագրված ցավային կետեր՝ ականջաբլթակի առջևի և հետևի մասում, պտկաձև ելունի շրջանում: Ախտահարված գեղձի վրա մաշկը լարված է, ձգված, դժվարությամբ է ծալք հավաքվում սովորական երանգ ունի:

Պրոցեսի մեջ երկրորդ հարականջային գեղձի ընդգրկման ժամանակ դեմքի օվալը փոխվում է՝ լայնանալով ստորին հատվածում:

Հարականջային գեղձի բորբոքման բնորոշ նշան է հանդիսանում այտերի լորձաթաղանթի վրա հայտնաբերվող գեղձի ծորանի այտուցված և հիպերեմիկ արտաքին բացվածքը (Մուրսոնի ախտանիշ): Ախտահարված կողմում

թթագատությունը դադարում է: Սովորաբար հարականջային գեղձի մեծացումը տևում է 2-4 օր, ապա չափերը դանդաղորեն նորմալանում են:

Բացի հարականջային թթագեղձերից կարող են ախտահարվել նաև ենթաձնոտային (սուբմաքսիլիտ) և ենթալեզվային (սուբլինգվիտ) թթագեղձերը:

Սուբմաքսիլիտը դիտվում է պարօտիտային վարակի դեպքերի 25%-ում: Հաճախ այն զուգակցվում է հարականջային գեղձի ախտահարման հետ, հազվադեպ լինում է վարակի առաջին և միակ դրսևորումը: Սուբմաքսիլիտի դեպքում այտուցը տեղակայվում է ենթաձնոտային շրջանում, ունի կլոր եզրագծեր և խմորանման է: Գեղձի շրջանում կարող է արտահայտվել դեպի պարանոցը տարածվող բջջանքի այտուց:

Ենթալեզվային գեղձի մեկոսացված ախտահարումը շատ հազվադեպ է հանդիպում: Սուբլինգվիտի ժամանակ այտուցն առաջանում է լեզվի տակ:

Էպիդեմիկ պարօտիտի ընթացքը կրում է «սողացող» բնույթ, որը կապված է պրոցեսի մեջ նոր գեղձային օրգանների կամ կենտրոնական նյարդային համակարգի ներգրավման հետ: Այդ դեպքում ջերմային կորագիծը լինում է ավիքաձև:

Բացի տիպիկ ձևերից կարող են դիտվել պարօտիտի ատիպիկ ձևեր:

Ձնջված ձևի դեպքում մարմնի ջերմաստիճանը լինում է նորմալ, երեխայի ինքնազգացողությունը չի տուժում: Տեղային երևույթները սահմանափակվում են հարականջային կամ ենթալեզվային գեղձերի աննշան մեծացմամբ:

Անախտանիշ ձևը հայտնաբերվում է վարակի օջախում հիվանդների հետ շփվողների լաբորատոր հետազոտության ժամանակ: Պարօտիտային վարակի այլ ձևերը (օրիսիտ, պանկրիատիտ, մենինգիտ և այլն) սովորաբար զարգանում են թքագեղձերի ախտահարումից մեկ երկու շաբաթ հետո, երբեմն դրանք հանդիսանում են պրոցեսի առաջնային տեղակայում կամ հիվանդության միակ դրսևորում: Այդ դեպքերում պարօտիտը թույլ է արտահայտված և չի ախտորոշվում:

Օրիսիտը զարգանում է տղաների մոտ դեռահասային տարիքում: Պրոցեսը կրում է հիմնականում միակողմանի բնույթ: Որպես կանոն ախտահարվում է ձախ ամորձին, որը կապված է սեռական օրգանների, արյան շրջանառության առանձնահատկությունների հետ:

Հիվանդությունը սկսվում է մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացումով $38-39^{\circ}\text{C}$ և հաճախ ուղեկցվում է դողով: Ամորձին մեծանում, պնդանում է, փոշտը այտուցվում դառնում է հիպերեմիկ, բնորոշ է ուժող ցավը ամորձու և փոշտի շրջանում, որը ճառագայթում է աճուկային և ազդրային շրջանը և ուժեղանում քայլելու ժամանակ: Ամորձու մեծացումը մաքսիմալ մակարդակի վրա պահպանվում է 3-5 օր, որից հետո նրա չափերը փոքրանում են և 7-12 օրից նորմալանում:

Օրիսիտից հետո մնում են ամորձիների ֆունկցիայի կայուն խանգարումներ, որոնք բերում են տղամարդու ամլության: Հիվանդացածների գրեթե կեսի մոտ խանգարվում է սպերմատոգենեզը, $1/3$ -ի մոտ հայտնաբերվում է ամորձու ատրոֆիա:

Նյարդային համակարգի ախտահարումը արտահայտվում է սերոզ մենինգիտի, մենինգոէնցեֆալիտի, հազվադեպ նևրիտի, պոլիռադիկուլիտի միջոցով:

Շճային պարօտիտային մենինգիտը սկսվում է սուր, ջերմության բարձրացումով, գլխացավով, բազմակի փսխումներով: Հազվադեպ լինում են ցնցումներ: Հիվանդության առաջին օրերից ի հայտ են գալիս մենինգեալ ախտանիշները. պարանոցային մկանների կարկամություն, կրծքի հասակի երեխաների մոտ մեծ գաղթունի արտափքում, Կերնիգի, Բրուդինսկու դրական ախտանիշներ:

Պարօտիտային պանկրեատիտը սովորաբար զուգակցվում է այլ օրգանների ախտահարման հետ: Մանկական տարիքում հիմնականում ընթանում է թեթև կամ ջնջված ձևով և ուղեկցվում ցավով էպիգաստիալ և ձախ թուլակողի շրջաններում, սրտխառնոցով անոռոքսիայով, փսխումով: Ջերմության բարձրացում չի դիտվում:

Լաբորատոր ախտորոշում: IgM սպեցիֆիկ հակամարմինների հայտնաբերման նպատակով, որոնք վկայում են ակտիվ ընթացող վարակի մասին, կիրառվում է ИФА մեթոդը: IgM հակամարմինները հայտնաբերվում են պարօտիտային վարակի բոլոր ձևերի ժամանակ, ներառյալ ատիպիկ և մեկուսացված տեղակայման ձևերը (օրխիտ, մենինգիտ, պանկրեատիտ): Սա ունի բացառիկ նշանակություն դժվար դեպքերի ախտորոշման ժամանակ: IgG սպեցիֆիկ հակամարմինները հայտնվում են IgM-ից ավելի ուշ, հայտնաբերվում և պահպանվում են շատ տարիներ:

Արյան ընդհանուր հետազոտությունը չունի էական ախտորոշիչ նշանակություն: Սովորաբար արյան մեջ նկատվում է լեյկոպենիա բարձր ԷՆԱ:

Կիրառվում են նաև հետազոտման շճաբանական մեթոդներ:

Բարդությունները հանդիպում են հազվադեպ: Կարող է զարգանալ ստոմատիտ, օտիտ, թոքաբորբ, շաքարային դիաբետ, ամլություն, խլություն, կուրություն (լսողական և տեսողական ներվերի ատրոֆիայի հետևանքով), մենինգոէնցեֆալիտ:

Բուժում: Պարօտիտով հիվանդները, որպես կանոն, բուժվում են տանը, հոսպիտալիզացիան կատարվում է էպիդեմիոլոգիական ցուցումներով՝ հիվանդության ծանր ընթացքի, վարակի կոմբինացված ձևերի զարգացման դեպքում: Կարևոր է կազմակերպել հիվանդի ճիշտ խնամքը, հիգիենիկ ռեժիմը: Հիվանդության սուր շրջանում սահմանվում է անկողնային ռեժիմ, մինչև ջերմության նորմալացումը: Նշանակվում է հեղուկ կամ կիսահեղուկ սնունդ, առատ հեղուկներ, թեյ, հյութեր: Հաշվի առնելով ենթաստամոքսային գեղձի ախտահարման հավանականությունը, խորհուրդ է տրվում կաթնաբուսական դիետա: Թքագեղձերում կանգային պրոցեսների կանխարգելման, նրանց սեկրեցիան բարձրացնելու նպատակով տրվում են թթու հյութեր, կիտրոն; Պետք է հետևել բերանի խոռոչի հիգիենային, յուրաքանչյուր ուտելուց հետո բերանի խոռոչը ողողել եռացրած հովացրած ջրով, 2%-ոց նատրիումի քիկարբոնատի լուծույթով: Բուժումը ախտանշանային է: Մեծացած գեղձի վրա դնում են չոր, տաք

կապ, օգտագործում են սոլյուքս լամպ, ուլտրամանուշակագույն ճառագայթում:

Դեռահասային տարիքի տղաներին՝ կապված օրիսիտի զարգացման բարձր ռիսկի հետ, նպատակահարմար է հիվանդության առաջին օրերից անցկացնել էթիոտրոպ թերապիայի կուրս վիդերոնով կամ նեովիրով: Հակաբորբոքիչ բուժման նպատակով նշանակում են գլյուկոկորտիկոիդներ 7-10 օր: Ցավային համախտանիշի ժամանակ նշանակում են անալգետիկներ, խորհուրդ են տրվում դեսենսիբիլիզացիոն դեղամիջոցները: Ցուցված է սուսպենզորիումի կիրառում: Պանկրիատիտի, սերոզ մենինգիտի և պարօտիտային վարակի այլ ձևերի բուժումը անց է կացվում ընդունված սխեմաներով:

Խնամք: Հիվանդությունն ուղեկցվում է թքագեղձերի սեկրեցիայի իջեցմամբ այդ պատճառով մեծ նշանակություն ունի բերանի խոռոչի խնամքը: Պանկրեատիտի խնամքի ժամանակ պահանջվում է սահմանել անկողնային ռեժիմ և դիետա: Օրիսիտի ժամանակ երեխային պառկեցնում են մեջքի, սահմանվում է անկողնային ռեժիմ, բուժքույրը հետևում է սուսպենզորիումի կիրառմանը:

Կանխարգելումը պետք է ընդգրկի էպիդեմիոլոգիական շղթայի 3 օղակների վրա ներագրող միջոցառումներ: Դրանցից են՝ հիվանդների և կոնտակտավորների նկատմամբ կոմպլեքս միջոցառումների անցկացումը, մարդկանց մեծ կուտակումների կանխումը, բնակարանների կանոնավոր օդափոխումը, խոնավ մաքրումը օձառասողային լուծույթով, անձնական հիգիենայի կանոնների ամրապնդումը կենցաղում, խնամքի անհատական օգտագործման

պարագաների առանձնացումը: Կարևոր է նաև երեխայի ոչ սպեցիֆիկ իմունիտետի բարձրացումը, ռացիոնալ սնուցման, առողջ ապրելակերպի կազմակերպման, կոփման ճանապարհով:

Վարակի դեմ պաշտպանության հուսալի մեթոդ է հանդիսանում պարօտիտային վարակի դեմ պատվաստումը: Ակտիվ իմունիզացիան կատարվում է պոլիվալենտ (ԿԿԽ) պատվաստանյութով 0,5 մլ ե/մ ենթամաշկային բազկի դրսային մակերեսին: Կրկնապատվաստումը կատարում են 4-6 տարեկանում: Պարօտիտային հիվանդներին մեկուսացնում են հիվանդության սկզբից 9 օրով: Կոնտակտավորների նկատմամբ սահմանում են կարանտին 21 օրով (ավելի ստույգ 11-21-րդ օր): 10 տարեկանից մեծերը չեն մեկուսացվում, օջախում կատարվում է չպատվաստված երեխաների ակտիվ իմունիզացիա:

Միջոցառումներ հիվանդի հետ	Միջոցառումներ շփվողների հետ	Սպեցիֆիկ կանխարգելում
• Հոսպիտալիզացիան պարտադիր չէ, • Հիվանդին մեկուսացնել 9 օրով, • Ընթացիկ վարակազերծումը կատարվում է դիմակների	• Հայտնաբերել բոլոր շփվողներին, • Սահմանել կարանտին 21 օրով (հանել կարանտինը հիվանդության նոր դեպքերի բացակայության դեպքում), հսկողություն սահմանել	Պատվաստումը անց է կացվում պոլիվալենտ պատվաստանյութով «Prorix» (կարմրուկի, կարմրախտի, պարօտիտի դեմ ԿԿԽ) ե/մ 12 ամսականում պատվաստում,

կիրառմամբ, հիվանդի խնամքի ժամանակ, • Հիվանդին մեկուսացնելուց կամ դուրս գրելուց հետո եզրափակիչ վարակազերծում չի անցկացվում, բայց պարբերաբար օդափոխվում է սենյակը և խոնավ մաքրվում ախտահանիչ նյութերով:	շփվողների նկատմամբ (ջերմաչափում, հարականջային թքագեղձերի շրջանի, այտերի լորձաթաղանթների զննում, ինտոքսիկացիայի ախտանիշների հաշվառում):	իսկ կրկնապատվաստումը՝ /ռեվակցինացիա / 4-6 տարեկանում: Դիտողություն, պոլիվալենտ վակցինայի բացակայության դեպքում կարելի է ներարկել կենդանի պարօտիային վակցինա՝ ե/մ:
--	---	--

ԿԱՊՈՒՅՏ ՀԱՁ

Կապույտ հազը (Pertussis) սուր անթրոպոնոզ օդակաթիլային բակտերիալ վարակ է, որը բնորոշվում է նուպայաձև սպազմատիկ հազով:

Էթիոլոգիա: Կապույտ հազի հարուցիչը Բորդե-ժանգուի ցուպիկն է, որն արտադրում է Էկզոտոքսին, շատ զգայուն է արևի լույսի, բարձր ջերմաստիճանի, ախտահանիչ նյութերի նկատմամբ:

Համաճարակաբանություն: Հիվանդության աղբյուրը հիվանդն է կամ բացիլակիրը: Հիվանդը վտանգավոր է հատկապես կատարալ հազի և սպազմատիկ հազի ողջ

շրջանում, երբ հարուցչի արտազատումը կազմում է 96-100% : Համաճարակաբանական լուրջ վտանգ են ներկայացնում հիվանդության ասիայիկ ձևերով հիվանդներն ու բակտերիակիրները: Բակտերիակրության տևողությունը մոտ 2 շաբաթ է: Վարակը փոխանցվում է օդակաթիլային ճանապարհով: Կապույտ հազի նկատմամբ ընկալունակությունը բարձր է, վարակելիության ինդեքսը հասնում է 70-80%: Հիվանդության նկատմամբ ընկալ են հատկապես մինչև 3 տարեկան երեխաները: Նորածիններն ու կրծքահասակ երեխաները մորից չեն ստանում պասիվ իմունիտետ, երբ նրա մոտ անգամ առկա են Բորդե-ժանգու ցուպիկի նկատմամբ սպեցիֆիկ հակամարմիններ: Հիվանդությունից հետո մնում է կայուն իմունիտետ:

Պաթոգենեզ: Մուտքի դռները վերին շնչուղիներն են: Հարուցիչը տեղակայվում է լորձաթաղանթում, նրա արտադրած էկզոտոքսինը գրգռում է շնչուղիների ռեցեպտորները, որն էլ առաջացնում է նոպայաձև հազ:

Դրա հետևանքով ԿՆՀ-ի շնչական կենտրոնում առաջանում է գրգռման դոմինանտ օջախ: Դոմինանտ օջախում միանում են ոչ սպեցիֆիկ գրգռիչները (ցավային, տակտիլ, ձայնային) և առաջացնում սպաստիկ հազի նոպա: Գրգռվածությունը հաճախ ճառագայթվում է փսխման և անոթային կենտրոնների վրա, որին ի պատասխան լինում են փսխումներ և գեներալիզացված անոթային սպազմներ, ինչպես նաև կմախքային մկանային կենտրոնի վրա՝ առաջացնելով կլոնիկ և տոնիկ ցնցումներ:

Կլինիկա: Ինկուբացիոն շրջանը 3-15 օր է: Հիվանդությունն իր զարգացման ընթացքով բաժանվում է 3

շրջանի՝ կատարալ, սպաստիկ հազի և ներծծման: Կատարալ շրջանում հիվանդի ինքնագգացումը էապես չի տուժում, ջերմությունը՝ նորմալ կամ ենթատենդային, լինում է հարբուխ, հազ, փռշտոց: Այս շրջանում հազը բնորոշ առանձնահատկություններ չունի: Մաքուր օդում երեխան քիչ է հազում, ավելի լավ է զգում իրեն: Սպաստիկ հազի շրջանը զարգանում է 1-2 շաբաթ հետո: Նոպաները հաճախ սկսվում են հանկարծակի կամ կարճ նախանշաններով (աուրա), առանց պատճառի, անհանգստության, կրծոսկրի ետևում այրոցի ձևով: Նոպան սկսվում է խորը ներշնչումով, որին հաջորդում է հազային հրոցների շարքը արտաշնչման փուլում, ապա հաջորդում է սուլոդ աղմուկով խորը ներշնչումը (ռեպրիզ): Նոպայի ժամանակ հիվանդի դեմքը կարմրում է, ընդունում ցիանոտիկ երանգ, պարանոցի երակները արտափքվում են, կարող է լինել ակամա կղում և միզարձակում: Հիվանդի դիրքը հարկադրական է: Նոպայից հետո նկատվում է դեմքի գունատություն, կոպերն այտուցված են, աչքերի լորձաթաղանթում լինում են արյունազեղումներ: Լեզվի սանձիկը հաճախ խոցոտված է և պատված սպիտակ փառով: Նոպան ավարտվում է կաչուն խորխազատումով, երբեմն՝ փսխումով: Վաղ հասակի երեխաների մոտ ցնցումային հազը հաճախ ավարտվում է ապնոէով:

Օրվա ընթացքում նոպաների հաճախականությունը կախված հիվանդության ծանրությունից՝ 8-10 ից մինչև 40-50 անգամ և ավել: Արյան շրջանառության խանգարման և կանգային երևույթների արդյունքում հիվանդի դեմքը դառնում է փքված, կոպերն այտուցված, պարանոցի երակներն արտափքված: Դեմքին, պարանոցին, իրանի վերին

հատվածում հայտնվում են պետեխիաներ: Հնարավոր են արյունազեղումներ ակնագնդերի կոնյուկտիվայում: Սպազմատիկ շրջանը տևում է 2-4 շաբաթ, այնուհետև հիվանդությունը անցնում է ապաքինման շրջան, նոպաները դառնում են հազվադեպ և անհետանում, հազը կորցնում է իր տիպիկ բնույթը, աստիճանաբար վարականգնվում է առողջությունը: Հիվանդության ընդհանուր տևողությունը կազմում է 1,5-ից մինչև 2-3 ամիս: Բացի կապույտ հազի տիպիկ ձևերից կարող են դիտվել և ատիպիկ ձևեր:

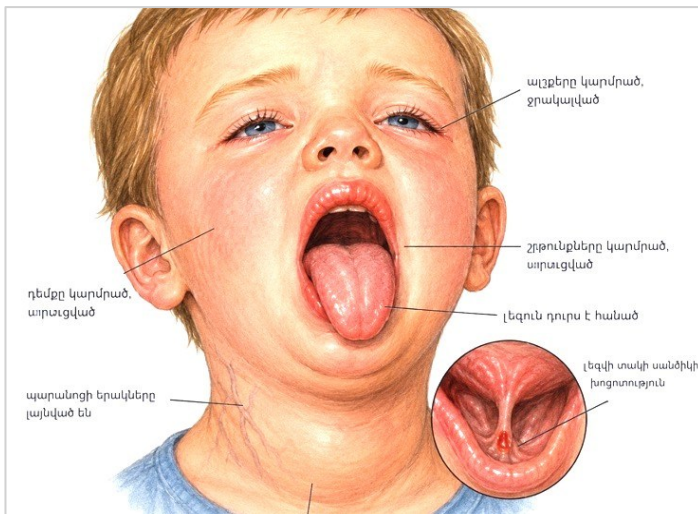
Հիվանդության ջնջված ձևերի ժամանակ հազի նոպաները բացակայում են, հազը շարունակվում է մի քանի շաբաթներ կամ ամիսներ:

Սուբկլինիկական, անսիմպտոմ ձևը հայտնվում է հիվանդության օջախում՝ կոնտակտավորների բակտերիոլոգիական և իմունոլոգիական հիվանդության ժամանակ: Պերիֆերիկ արյան մեջ հաճախ լինում են փոփոխություններ:

Կրծքահասակ երեխաների մոտ կապույտ հազը ծանր է ընթանում: Կատարալ շրջանը կարճ է, սպազմատիկը՝ երկար: Սպաստիկ հազի նոպայի ժամանակ հնարավոր է շնչառության կրկնվող հապաղում կամ կանգ: Ապնոէն առաջանում է ոչ միայն նոպայի գագաթնակետին, այլև դրանից դուրս:

Կապույտ հազը պատվաստված երեխաների մոտ, որպես կանոն, ունի թեթև ընթացք, բարդություններ չեն լինում, հաճախ զարգանում է հիվանդության ջնջված ձևը: Կապույտ հազին բնորոշ հեմատոլոգիական ձևերը հազվադեպ են դիտվում:

Ըստ ծանրության աստիճանի կապույտ հազը լինում է՝ թեթև, միջին ծանրության և ծանր: Թեթև ձևի ժամանակ օրվա ընթացքում լինում է 5-15 հազային նոպա, միջին ծանրության դեպքում՝ 15-25, իսկ ծանրի դեպքում՝ 40-50 և ավելի: Կրած հիվանդություններից հետո երկար ժամանակ պահպանվում է հազային դոմինանտը: Արդյունքում, մի քանի ամիսների ընթացքում, հազային նոպաները կարող են կրկնվել, հատկապես մրսածության կամ ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության ժամանակ:



Նկար 18: Կապույտ հազով հիվանդ երեխայի բնորոշ տեսքը հազային նոպայի ժամանակ

Բարդությունները կապված են հիմնական հիվանդության հետ կամ հանդիսանում են ռեինֆեկցիայի կամ սուպերինֆեկցիայի արդյունք: Լինում են՝ պնևմոթորաքս, ենթամաշկային ճարպաբջջանքի և միջմորմի

էմֆիզեմա, ատելեկտազներ, պորտային ճողվածք, ուղիղ աղու արտանկում, էնցեֆալոպաթիա:

Առավել հաճախ բարդությունները կապված երկրորդային ինֆեկցիայի միացման հետ, զարգանում է թոքաբորբ, ծանր բրոնխիտներ, որոնք հաճախ անբարենպաստ ելք ունեն:

Ախտորոշման համար հիմնվում են համաճարակաբանական վիճակի, բնորոշ կլինիկական պատկերի, լաբորոտոր քննության տվյալների վրա:

Լաբորատոր ախտորոշման համար որոշիչ նշանակություն ունի հարուցչի անջատումը: Հիվանդից խորիւր վերցնում են «հազային թիթեղիկների մեթոդով»: Ավելի հավաստի է հիվանդության առաջին 14 օրվա ընթացքում կատարված հետազոտությունը: Էքսպրես ախտորոշման նպատակով կիրառվում է իմունոֆլուորեսցենսային մեթոդը, որի օգնությամբ հնարավոր է գրեթե բոլոր հիվանդների մոտ հիվանդության սկզբում քիթընկալի լորձաթաղանթի քսուկում հայտնաբերել հարուցիչը: Սերոլոգիական ախտորոշման համար օգտագործվում է PA, PCK, PPTA: Արյան ընդհանուր հետազոտությամբ հայտնաբերվում է լեյկոցիտոզ, արտահայտված լիմֆոցիտոզ՝ նորմալ կամ դանդաղացած ԷՆԱ-ի ֆոնի վրա, որոնք առավել արտահայտված են սպաստիկ շրջանում:

Բուժում: Հիվանդը բուժվում է տանը: Հոսպիտալիզացիան իրականացվում է վաղ հասակի երեխաների, հիվանդության ծանր ընթացքի, բարդությունների միացման ժամանակ կամ

համաճարակաբանական ցուցումներով: Հիվանդության էթիոտրոպ բուժումը ներառում է ազդեցության լայն սպեկտրի հակաբիոտիկների նշանակում, որոնց նկատմամբ հարուցիչը զգայուն է՝ մակրոլիտներ. սումամեդ, էրիթրոմիցին: Հակաբիոտիկները կիրառվում են տարիքային դեղաչափերով, ըստ բժշկի նշանակման: Բուժման կուրսը կազմում է 8-10 օր: Դրանք նշանակվում են կատարալ շրջանում և սպաստիկ հազի առաջին օրերին: Հիվանդության ավելի ուշ շրջաններում դրանց կիրառումը նպատակահարմար չէ: Հակաբիոտիկների վաղ կիրառումը նպաստում է հազի նույնիսկ նշանակալի թեթևացմանը, նրանց քանակի քչացմանը, հիվանդության ընթացքի կրճատմանը:

Ցուցված է բրոնխոլտիկների կիրառումը (եուֆիլին): Նպատակահարմար է եուֆիլինի աերոզոլային եղանակով ներմուծումը: Դրական էֆեկտ են տալիս հակահազային պրեպարատները (լիբեքսին, բրոմհեքսին): Կյանքի առաջին տարում նրանք չեն նշանակվում: Ալերգիկ բաղադրիչի ճնշման նպատակով լայնորեն օգտագործվում են հակահիստամինային պրեպարատները (սուպրաստին, կլարիտին, տավեգիլ և այլն) : Ծանր դեպքերում կիրառվում են գլյուկոկորտիկոիդներ 7-10 օր: Ըստ ցուցումների կարող են նշանակվել բրոնխոլայնիչներ:

Ապնոէի ժամանակ ցուցաբերվում է անհետաձգելի օգնություն. վերին շնչուղիներից արտածվում է լորձը, անց է կացվում արհեստական շնչառություն, օքսիգենոթերապիա: Շնչական կենտրոնը գրգռող պրեպարատներ չեն կիրառվում,

քանի որ շնչառության կանգը կապված է շնչական կենտրոնի գերգրգռվածության հետ:

Խնամք: Կապույտ հագի բուժման հիմնաքարը հանդիսանում է հիվանդի ճիշտ խնամքը (ռեժիմ և դիետա): Անհրաժեշտ է հաճախակի օդափոխել սենյակը, կատարել խոնավ մաքրում: Կարևոր նշանակություն ունի մաքուր օդում զբոսնելը, ամռանը ցանկալի է շուրջօրյա, ձմռանը՝ 10°– 12° C-ից ոչ ցածրի պայմաններում: Պետք է բացառել բոլոր այն արտաքին գրգռիչները, որոնք կարող են հազային նոպա առաջացնել: Նոպայի ժամանակ կրծքի հասակի երեխային պետք է վերցնել ձեռքերի վրա կամ նստեցնել: Նոպայից հետո քթից և բերանից թանգիֆե խծուծով հեռացնել լորձը: Կարևոր է օրվա ընթացքում, ըստ տարիքի, ճիշտ կազմակերպել երեխայի առօրյան (գրքեր, խաղեր, հեռուստացույց): Հիվանդին հազային նոպայից հետո պետք է կերակրել կոտորակային եղանակով տրվող դյուրամարս սննդով:

Կանխարգելում: Հիվանդության կանխարգելման նպատակով կատարվում է ակտիվ իմունիզացիա՝ եռանվագ 6, 12, 18 շաբաթականում վեցավալենտ վակցինայով, կրկնապատվաստումը կատարում են 18 ամսականում, 6 տարեկանում, 15- 16 տարեկանում:

Վարակի տարածման կանխման նպատակով հիվանդին մեկուսացնում են հիվանդության սկզբից 25-30 օր:

Միջոցառումներ օջախում: Անց է կացվում խոնավ մաքրում և օդափոխում: Մինչև 7 տարեկան շփվող երեխաների նկատմամբ, որոնք նախկինում պատվաստում չեն ստացել, սահմանվում է 14-օրյա կարանտին՝ հաշված հիվանդի մեկուսացման օրից:

Եթե հիվանդը բուժվում է տանը, նրա հետ շփվող, կապույտ հագով չհիվանդացած մինչև 7 տարեկան երեխաները ենթակա են մեկուսացման հիվանդի մոտ հազ սկսվելուց 25 օր: Մինչև մեկ տարեկան երեխաներին, որոնք ինչ-ինչ պատճառներով չեն ստացել կապույտ հագի դեմ պատվաստում, հիվանդի հետ կոնտակտի դեպքում ցուցված է հակակապույտհազային իմունոգլոբուլին 6մլ (3սկան մլ օրը մեջ): 7 տարեկանից բարձր երեխաները մեկուսացման ենթակա չեն: Նրանք պետք է գտնվեն բժշկական հսկողության տակ՝ հիվանդ երեխայի մոտ հազ սկսելուց 25 օրվա ընթացքում:

ՄԵՆԻՆԳԱԿՈՎԱՅԻՆ ՎԱՐԱԿ

Մենինգակոկային վարակը սուր ինֆեկցիոն հիվանդություն է, որը բնորոշվում է կլինիկական արտահայտությունների բազմազանությամբ՝ քիթմպանի տեղակայված ախտահարումից (նազոֆարինգիտ) մինչև հանրայնացված ձևեր՝ մենինգիտ, մենինգաէնցեֆալիտ, մենինգակոկցեմիա:

Էթիոլոգիա: Հիվանդության հարուցիչը մենինգակոկերն են: Դրանք աէրոբ, ներբջջային միկրոբներ են, որոնց մահից հետո անջատվում է ուժեղ էնդոտոքսին: Ըստ հակաձնային կառուցվածքի մենինգակոկերը բաժանվում են մի շարք սերոլոգիական խմբերի՝ A, B, C, D և այլն, որոնցից մարդու համար առավել պաթոգեն են A և B շճատիպերը: Մենինգակոկերը անկայուն են արտաքին միջավայրում, զգայուն են ցածր ջերմաստիճանի նկատմամբ, ինչը պետք է հաշվի առնել հիվանդից վերցված կենսաբանական նյութը

լաբորատորիա հասցնելու ժամանակ: Ախտանիշներից մենինգակոկերը ոչնչանում են 1-2 րոպեի ընթացքում:

Էպիդեմիոլոգիա: Հիվանդության աղբյուրը հիվանդ մարդն է կամ մենինգակոկակիրը: Առավել վտանգ են ներկայացնում առողջ բակտերիակիրները և նազոֆարինգիտով հիվանդները, որոնք ինֆեկցիան տարածում են շրջապատում: Վարակը տարածվում է օդակաթիլային ճանապարհով: Հազալիս, փռշտալու և խոսելու ժամանակ մենինգակոկը լորձի կաթիլներով արտազատվում է դեպի արտաքին միջավայր: Վարակումը հաճախ տեղի է ունենում 0,5 մետր հեռավորությունից պակաս հեռավորության վրա: Հիվանդացությունը հատկապես բարձր է ձմեռ-գարուն շրջանում: Առավել հաճախ հիվանդանում են երեխաները և դեռահասները: Հիվանդանալուց հետո ձևավորվում է կայուն իմունիտետ:

Պաթոգենեզ: Վարակի մուտքի դռներն են վերին շնչուղիները, առավել հաճախ քիթըմպանը: Հարուցչի թափանցման տեղում զարգանում է բորբոքային պրոցես (նազոֆարինգիտ): Լորձաթաղանթների պաշտպանական պատնեշի հաղթահարման դեպքում մենինգակոկը անցնում է արյան մեջ՝ առաջացնելով մենինգակոկցեմիա: Մենինգակոկցեմիան երբեմն ընթանում է սեպտիկոպիեմիայի ձևով, երբ ներքին օրգաններում ձևավորվում են թարախային օջախներ՝ մենինգակոկային էնդոկարդիտ, հոդաբորբ և այլն: Երբ արյան մեջ շրջանառող մենինգակոկը հաղթահարում է այրունագլխուղեղային (հեմատոէնցեֆալիկ) պատնեշը, զարգանում է ուղեղի փափուկ թաղանթների բորբոքում՝ մենինգիտ: Սկզբում առաջանում է շճային, հետո

շճաթարախային բորբոքում: Ծանր դեպքերում ախտահարվում է նաև ուղեղանյութը և գանգուղեղային նյարդային արմատները: Ուղեղի այտուցի հետևանքով ուղեղիկը մխրճվում է ծոծրակային մեծ անցքի մեջ՝ առաջացնելով երկարավուն ուղեղի ճնշվածություն և շնչառության կանգ:

Կլինիկա: Գաղտնի շրջանը կարճ է, տևում է 2-10 օր, հաճախ՝ 2-4 օր: Տարբերում են մենինգակոկային վարակի հետևյալ ձևերը՝

1. տեղակայված ձևեր՝ մենինգակոկակրություն, սուր նագոֆարինգիտ,
2. հանրայնացված ձևեր՝ մենինգակոկցեմիա, մենինգիտ, մենինգաէնցեֆալիտ, խառը (մենինգիտ և մենինգակոկցեմիա),
3. հազվագյուտ ձևեր՝ էնդոկարդիտ, արթրիտ, թոքաբորբ, ծիածանաթաղանթի բորբոքում՝ իրիդոցիկլիտ:



Նկար 19: Մենինգակոկային մենինգիտ. գլխուղեղի թաղանթների առատ թարախային էքսուդատ

Մենինգակոկակրություն: Մենինգակոկային վարակի ամենահաճախ հանդիպվող ձևերից է, որը կլինիկորեն չի արտահայտվում, միայն հայտնաբերում են քիթը մաքանային լորձի բակտերիոլոգիական քննության ժամանակ:

Սուր նագոֆարինգիտ

Այս ձևով հաճախ հիվանդանում են 2 տարեկանից բարձր երեխաները: Հիվանդության հիմնական նշաններն են՝ գլխացավ, գլխապտույտ, քերոցի զգացում կոկորդում, հազ, քթի փակվածություն, հարբուխ, քթից թեթևակի լորձային արտադրություն: Ձննելիս բկանցքի հետին պատը հիպերեմիկ է, այտուցված, բազմաթիվ մեծացած ֆոլիկուլներով: Մարմնի ջերմաստիճանը $37,1^{\circ}\text{C}$ - $38,5^{\circ}\text{C}$ կամ նորմալ: Հիվանդությունը տևում է 5-7 օր, որից հետո ախտանիշներն անհետանում են և երեխան ապաքինվում է:

Մենինգակոկցեմիա

Սա մենինգակոկային սեպսիս է, որն ընթանում է սուր, երկրորդային մետաստատիկ օջախների առաջացումով: Հիվանդությունը սկսվում է բուռն, մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացումով մինչև $38-39^{\circ}\text{C}$, ուժեղ գլխացավով, մեջքի և վերջույթների ցավերով, բերանի չորությամբ, մաշկի գունատությամբ և ցիանոզով: Նկատվում է տախիկարդիա, հիպոտոնիա, քչամիզություն: Կրծքի հասակի երեխաներին բնորոշ է անհանգստությունը, գրգռվածությունը: Երեխայի ծնողները ճշգրիտ նշում են հիվանդության օրը և անգամ ժամը: Հիվանդությունը սկսվում է սուր, ի հայտ են գալիս ինտոքսիկացիայի նշաններ: 6-24 ժամ հետո մաշկի վրա առաջանում է կետավոր-պապուլյոզ ցան, որն առավելապես

տեղակայվում է հետույքի, ազդրերի, սրունքների շրջանում: Ցանային տարրերն արագորեն վերածվում են հեմոռագիկ աստղաձև ցանի: Պապուլյոզ ցանը, որը չի դառնում հեմոռագիկ, մի քանի օրից գունատվում և անհետանում է: Հեմոռագիկ ցանային էլեմենտները երբեմն միաձուլվում են, նեկրոզվում, ախտահարված հյուսվածքները մեռուկանում են, իսկ ծայրահեղ ծանր դեպքերում զարգանում է ձեռքերի և ոտքերի մատների ծայրերի, ականջախեցիների գանգրենա: Հաճախ դիտվում են արյունահոսություններ քթից, ստամոքսից, արյունազեղումներ աչքի շաղկապենիների և այլ լորձաթաղանթների մեջ: Ինտոքսիկացիայի արդյունքում առաջանում է հևոց, հաճախասրտություն, զարկերակային ճնշման անկում, սրտի տոների խլացում: Երիկամների ախտահարման հետևանքով առաջանում է սպիտամիզություն, միկրոհեմատուրիա և լեյկոցիտուրիա:



Նկար 20: Մենինգակոկեմիայի ժամանակ հեմոռագիկ (պետեխիալ-պուրպուրային) ցան ստորին վերջույթների վրա

Մենինգակոկցենիայի կայծակնային ձևը սկսվում է բուռն, ջերմության բարձրացումով, սարսուռով և մաշկի վրա առատ հեմոռագիկ ցանով: Մակերիկամներում առաջացած արյունազեղումների հետևանքով զարգանում է մակերիկամային անբավարարություն: Հիվանդի վիճակը կտրուկ վատանում է, ցանը չափերով մեծանում է, դառնում է մուգ կապույտ, հիշեցնելով դիակային բծեր: Առաջանում է փսխում « սուրճի նստվածքի» ձևով, զարկերակային ճնշումը կտրուկ իջնում է, պուլսը դառնում է թելանման, հաճախացած, ջերմությունը իջնում է նորմայից ցածր, ուժեղանում է հեոցը և ցիանոզը: Գիտակցության կորուստը պարբերաբար փոխարինվում է գրգռվածությամբ և ցնցումներով: Երեխաները կարող են մահանալ սուր սիրտ-անոթային և սուր երիկամային անբավարարության պատճառով հիվանդության սկզբից 6-40 ժամ հետո, եթե ժամանակին չստանան համապատասխան բուժում:

Մենինգակոկային մենինգիտը սկսվում է սուր, լրիվ առողջ լինելու պարագայում կամ թեթև կատարալ երևույթների ֆոնի վրա: Բարձրանում է ջերմությունը , առաջանում է ցնցող դող, ուժեղ գլխացավ, երեխաները դառնում են անհանգիստ, ճչում են սուր ծակող ձայնով: Մենինգիտի ցուցադրական (մանիֆեստային) նշան են՝

- հաճախակի փսխումները, որից հետո երեխայի վիճակը չի թեթևանում,
- երեխան դառնում է զգայուն լուսային և ձայնային գրգռիչների նկատմամբ,
- մաշկը գերզգայուն է, որը կրծքի հասակի երեխաների համար դիտվում է որպես մենինգեալ նշան:

Հիվանդության առաջին օրվա վերջում ի հայտ են գալիս մենինգեալ նշանները՝

- պարանոցի մկանների կարկամություն. հիվանդը չի կարողանում կզակը մոտեցնել կրծքավանդակին,
- Կերնիգի ախտանշան. հիվանդի կոնքազդրային հոդում ուղիղ անկյան տակ ծալած ոտքը չի հաջողվում պարզել,
- Բրուձինսկու ախտանշաններ (վերին, միջին, ստորին). Բրուձինսկու վերին նշան՝ գլուխը կրծքին մոտեցնելիս հիվանդի ոտքերը ծալվում են ծնկան հոդերում,
- Բրուձինսկու միջին նշան՝ ցայքի միակցմանը սեղմելիս ոտքերը ծալվում են ծնկան հոդերում,
- Բրուձինսկու ստորին նշան՝ ստուգվում է Կերնիգի նշանի հետ միաժամանակ և արտահայտվում է երկրորդ ոտքի ծալումով ծնկան հոդում:

Կյանքի առաջին տարում մենինգեալ նշանները հաճախ բացակայում են (մինչև 6 ամսական երեխաների մոտ Կերնիգի նշանը համարվում է ֆիզիոլոգիական): Կրծքի հասակի երեխաներին բնորոշ են՝ գաղթունի արտափքումը և Լեսաժի ախտանշանը (երեխային ուղղահայաց վիճակում թևատակերից բռնած բարձրացնելիս ոտքերը ձգվում են դեպի որովայնը և այդպես պահվում են 30-40 վայրկյան, իսկ առողջ երեխաները 5-10 վայրկյանից իջեցնում են ոտքերը): Հաճախ նկատվում են վերջույթների դողը և գլխի ետգցում: Տիպիկ է մենինգեալ դիրքը՝ հիվանդը պառկած է կողքի վրա, գլուխը ետ գցած, ոտքերը սեղմած որովայնին՝ «որսկան շան» կեցվածքով: Ծանր դեպքերում դիտվում է գրգռվածություն, գիտակցության խանգարումներ, ցնցումներ, շնչառական և սիրտ-անոթային համակարգերի խանգարումներ,

թունավորման նշաններ: Մենինգոէնցեֆալիտի զարգացման դեպքում ախտահարվում է նաև գլխուղեղը, ի հայտ են գալիս ուղեղի ախտահարման նշանները՝ քնկոտություն, գիտակցության խանգարումներ, կլոնիկոտոնիկ ցնցումներ, հոգեկան խանգարումներ, պարեզներ և կաթվածներ:

Ախտորոշում: Մենինգակոկային վարակի հանրայնացված ձևերի դեպքում ցուցված է ողնուղեղային պունկցիայի կատարումը: Թարախային մենինգիտի դեպքում ողնուղեղային հեղուկը հոսում է ճնշման տակ, պղտոր է, պարունակում է մեծ քանակով սպիտակուցներ, նեյտրոֆիլներ, քիչ քանակով շաքար և քլորիդներ: Հարուցչի հայտնաբերման նպատակով կատարում են նաև ողնուղեղային հեղուկի նստվածքի, քիթըմպանի լորձի, արյան մանրէաբանական հետազոտություններ: Հայտնաբերվում են գրամ բացասական մենինգակոկեր՝ սուրճի հատիկների տեսքով, որոնք հիմնականում տեղակայված են նեյտրոֆիլների ներսում: Կատարվում է նաև սերոլոգիական հետազոտություն: Արյան ընդհանուր հետազոտության ժամանակ դիտվում է բարձր լեյկոցիտոզ նեյտրոֆիլային թեքումով, էոզինոֆիլիա, սակավարյունություն, բարձր էՆԱ:

Բուժում: Պարտադիր է հիվանդի շտապ հոսպիտալացում վարակիչ հիվանդանոցի բոքսում:

Մենինգակոկային վարակի հանրայնացված ձևերի դեպքում, մինչհոսպիտալային փուլում, հիվանդներին ցուցաբերվում է անհետաձգելի օգնություն, եթե 1 ժամվա ընթացքում հնարավոր չէ հասցնել հիվանդանոց: Հիվանդանոցում նշանակվում են հակաբիոտիկներ մեծ դեղաչափերով՝ պենիցիլին 200-300 հազար մ/կգ քաշին,

ցեֆալոսպորիններ: Բարձր դեղաչափերի նշանակումը թելադրվում է հակաբիոտիկների բարձր խտության անհրաժեշտությամբ ենթաարախնտիդալ տարածությունում և ուղեղանյութում, ինչպես նաև դեղամիջոցների վատ թափանցումով արյունատուղեղային պատնեշով: Ներարկումների միջև ժամանակահատվածը չպետք է գերազանցի 4 ժամ, քանի որ նկատվում է դեղամիջոցի արագ արտահանում ողնուղեղային խողովակից: Հակաբիոտիկներով բուժման կուրսի տևողությունը որոշվում է ելնելով ողնուղեղային հեղուկի քննության արդյունքից և շարունակվում է մինչև Բացասական պատասխան ստանալը: Դեզինտոքսիկացիայի նպատակով նշանակվում են ռեոպոլիզյուկինի, գլյուկոզայի 5%-անոց լուծույթի նեոկոմպենսանի ներերակային ներարկումներ: Գլխուղեղի այտուցի դեպքում ներարկում են գլյուկոզայի 20%-անոց լուծույթ, ալբումինի 10-20%-անոց լուծույթ, մանիտոլի 15%-անոց լուծույթ, լազիքս: Արյան շրջանառությունը լավացնելու նպատակով ռեոպոլիզյուկինի հետ նշանակվում է տրենտալ: Գլխուղեղի հիպոքսիայի դեպքում կատարվում է թթվածնաբուժություն: Ըստ ցուցումների կատարվում է ախտանշանային բուժում:

Խնամք: Հանրայնացված ձևերով հիվանդները ունեն բուժքրոջ խնամքի և մշտական ուշադրության կարիք: Մեծ նշանակություն ունեն այնպիսի միջոցառումները, ինչպիսիք են հիվանդի տաքացումը, դիրքի փոփոխությունը անկողնում, մաքրող հոգնաները, քիթըմպանի և մաշկային ծածկույթների խնամքը: Մաշկի վատ սնուցման պատճառով առաջանում են պառկելախոցեր, որոնց կանխարգելման նպատակով

անհրաժեշտ է մարմնի ամենօրյա մաքրում գոլ ջրով և սպիրտով: Մաշկի մեռուկացված հատվածներում դրվում է չոր վիրակապ: Անհրաժեշտ է բերանի խոռոչի խնամք՝ լեզվի, լնդերի, ատամների մշակում ախտահանիչ լուծույթներով օրը մի քանի անգամ: Ծանր հիվանդ երեխաներին խնամելիս պետք է ժամանակին արտածծել շնչուղիներից լորձը՝ ապահովելով դրանց անցանելիությունը: Հսկողության տակ պետք է պահել միզարձակությունը և կղազատումը, կատարել միզապարկի կաթետերիզացիա: Բոլոր փոփոխությունների մասին շտապ զեկուցել բուժող բժշկին:

Կանխարգելումը իրականացվում է սպեցիֆիկ պատվաստանյութով՝ պատրաստված A, B, C շճախմբերի մենինգակոկերից: Հիվանդության տարածումը կանխելու համար հիվանդին թույլատրվում է մանկական կոլեկտիվ հաճախել կլինիկական լավացումից և մանրէաբանական կրկնակի բացասական հետազոտությունից հետո: Վերջինս կատարվում է հակաբիոտիկներով բուժումն ավարտելուց 3 օր հետո, 1-2 օր ընդմիջումով:

Միջոցառումներ օջախում: Հիվանդի հետ շփված երեխաները վերցվում են բժշկական հսկողության տակ 10 օր: Կատարվում է ամենօրյա ջերմաչափում, քիթըմպանի և մաշկային ծածկույթների զննում: Շփվածները պետք է ենթարկվեն մանրէաբանական հետազոտության՝ նախադպրոցական հիմնարկներում 2 անգամ 3-7 օր ընդմիջումով, իսկ դպրոցներում, հանրակացարաններում և ընտանիքներում՝ 1 անգամ: Հայտնաբերված մենինգակոկակիները 4 օր տևողությամբ ստանում են լեռնիցիտին 20-30 մգ/կգ կամ ամպիցիլին 100 մգ/կգ քաշին:

Բուժումից 3 օր հետո կատարվում է միանվագ մանրէաբանական հետազոտություն և բացասական արդյունքի դեպքում երեխան թույլատրվում է մանկական կոլեկտիվ: Հանրայնացված ձևերով հիվանդի հետ շփված երեխաներին միանվագ միջմկանային ներմուծում են մարդու իմունոգլոբուլին՝ մինչև 1 տարեկան 1,5 մլ, 2-7 տարեկան՝ 3 մլ: Օջախում կատարվում է ամենօրյա խոնավ մաքրում օճառաղային լուծույթով և կանոնավոր օդափոխում: Մեկուսացման ամբողջ ընթացքում մանկական կոլեկտիվ չեն ընդունվում նոր երեխաներ և արգելվում է երեխաների փոխադրումը մեկ այլ խումբ: Զբոսանքների համար հատկացվում է առանձին խաղահրապարակ: Խումբն նն սճ օգտվում է առանձին մուտքով և ելքով, արգելվում է ընդհանուր մանկապարտեզային (դպրոցական) միջոցառումներին մասնակցելը:

ԻՆՖԵԿՑԻՈՆ ՄՈՆՈՆԻԿԼԵՈԶ

Ինֆեկցիոն մոնոնուկլեոզը սուր վարակային հիվանդություն է, որին բնորոշ է տենդը, տոնզիլիտը, պոլիադենոպաթիան, հեպատոսպլենոմեգալիան և փոփոխությունները արյան պատկերում:

Էթիոլոգիա: Հիվանդության հարուցիչը Էպշտեյն-Բարի վիրուսն (EBV)է, որը պատկանում է հերպես վիրուսների ընտանիքին: Այն շնչառական և մարսողական համակարգի էպիթելային բջիջների ու B- լիմֆոցիտների մեջ տեղակայվելու հատկություն ունի: Վիրուսը արտաքին միջավայրում

անկայուն է և արագ ոչնչանում է ֆիզիկական ու քիմիական ազդակներից:

Համաճարակաբանություն: Վարակի աղբյուրը հիվանդ մարդն է ու վիրուսակիրը: Մեծ համաճարակային վտանգ են ներկայացնում հիվանդության ջնջված և ատիպիկ ձևով հիվանդները:

Վարակի փոխանցման հիմնական մեխանիզմը օդակաթիլայինն է: Չի բացառվում կոնտակտային, ալիմենտար, տրանսֆուզիոն փոխանցման ուղիները: Վարակման համար անհրաժեշտ է երկարատև և սերտ շփում վարակի աղբյուրի հետ: Ինֆեկցիոն մոնոնուկլեոզը առավել հաճախ արձանագրվում է 15-20 տարեկան անձանց մոտ: Հիվանդությունը սպորադիկ դեպքերի ձևով հանդիպում է աշխարհի բոլոր երկրներում:

Ախտածնություն: Վարակի մուտքի դուռը քիթըմպանի և վերին շնչուղիների լորձաթաղանթներն են, որտեղից ավշային հոսքով վիրուսը ներթափանցում է ռեգիոնար լիմֆատիկ հանգույցներ, այնտեղից էլ՝ արյուն: Վիրուսի ազդեցությունից տեղի է ունենում B-լիմֆոցիտների ակտիվացում, որն էլ բերում է լիմֆոիդ և ռետիկուլյար հյուսվածքների հիպերպլազիայի: Վերջինս կլինիկորեն արտահայտվում է պոլիադենոպաթիայով, հեպատո-սպլենոմեգալիայով և արյան մեջ ատիպիկ մոնոնուկլեար բջիջների հայտնվելով: Ինֆեկցիոն մոնոնուկլեոզի ժամանակ նշագեղձերի ախտահարումը կապված է երկրորդային միկրոբային վարակի միանալու հետ (ստրեպտոկոկեր, ստաֆիլոկոկեր և այլն):

Դասակարգում

Ըստ տիպի	Ըստ ծանրության աստիճանի	Ըստ դեղնուկի առկայության	Ըստ ընթացքի
1. տիպիկ	1. թեթև	1. դեղնուկային ձև	1. հարթ
2. ատիպիկ - ջնջված - անախտանիշ	2. միջին ծանրության	2. ոչ դեղնուկային ձև	2. ոչ հարթ
	3. ծանր		

Կլինիկա: Ինկուբացիոն շրջանը կազմում 30-50 օր: Հիվանդությունը սկսվում է սուր, մինչև 38-40°C ջերմության բարձրացումով, թուլությամբ, գլխացավով, մարմնի ջարդվածության զգացումով, կոկորդացավով: Ինֆեկցիոն մոնոնուկլեոզի բնորոշ ախտանշաններն են՝ տենդր, պոլիլիմֆադենոպաթիան, հեպատոսպլենոմեգալիան, բկանցքի ախտահարումը:

Տենդր անկանոն տիպի է, տևում է մի քանի օրից մինչև մեկ ամիս:

Գրեթե բոլոր հիվանդների մոտ առաջին շաբաթվա վերջում նկատվում է գեներալիզացված լիմֆադենոպաթիա: Սկզբում մեծանում են ենթաձոնոտային, պարանոցային, ծոծրակային, ապա՝ պերիֆերիկ լիմֆատիկ հանգույցների մյուս խմբերը (անոթափոսային, աճուկային): Հատկապես բնորոշ է հետին պարանոցային լիմֆատիկ հանգույցների մեծացումը շղթայի տեսքով: Այն տեղակայված է կրծոսկր-անրակ-պտկաձևային մկանի հետին գծով: Մեծացած պարանոցային լիմֆատիկ հանգույցները կարող են լինել նույնիսկ պարանոցի ձևը փոխող կոնգլոմերատի տեսքով:

Որոշ դեպքերում կարող է լինել դեմքի և կոպերի պերիօրֆիտալ այտուց (լիմֆոստազի հետևանքով):

Բկանցքի ախտահարումը ինֆեկցիոն մոնոնուկլեոզի մշտական ախտանիշն է: Այն ի հայտ է գալիս հիվանդության հենց առաջին օրվանից: Կլման ակտը ցավոտ է դառնում: Բկանցքը զննման ժամանակ հիպերեմիկ է, նշիկները մեծացած, այտուցված, երբեմն միջին գծով իրար են կպած: Տոնզիլիտը կարող է լինել կատարալ, ֆոլիկուլյար, լակունար, խոցա-նեկրոտիկ: Ըմպանի հետին պատն այտուցված է, հիպերեմիկ, հատիկավոր՝ լիմֆոիդ հյուսվածքի հաշվին: Քթով շնչառությունը դժվարացած է, հիվանդը շնչում է կիսաբաց բերանով: Սուր շրջանում քթից արտադրություն չի լինում:

Փայծաղի և լյարդի մեծացումը ինֆեկցիոն մոնոնուկլեոզի վաղ և մշտական ախտանիշն է: Մեծամասամբ հիվանդությունը տևում է 2-4 շաբաթ:

Բարդություններ: Օտիտ, պարատոնզիլիտ, սինուսիտ, թոքաբորբ: Բարդությունները սովորաբար կապված են լինում երկրորդային միկրոբային ֆլորայի ակտիվացման հետ:

Ախտորոշում: Բնորոշ են արյունաբանական փոփոխությունները՝ չափավոր լեյկոցիտոզ, ԷՆԱ-ի արագացում, լիմֆոմոնոցիտոզ, ատիպիկ մոնոնուկլեարների առկայություն (մինչև 50-70%): Սրանք առաջնային ակտիվացված T լիմֆոցիտներ են, խոշոր բջիջներ, որոնց կորիզը էքսցենտրիկ է, շուրջը նշմարվում է պրոտոպլազմայի լայն շերտ, այդ պատճառով ստացել են «լայնապլազմային լիմֆոցիտներ», «մոնոլիմֆոցիտներ» անվանումները: Առավել

կարևոր ախտորոշիչ նշանակություն ունեն ՊՇՌ, արյան մեջ հակամարմինների հայտնաբերումը:

Տարբերում են ինֆեկցիոն մոնոնուկլեոզի տիպիկ և ատիպիկ ձևերը: Ատիպիկ (ջնջված, առանց ախտանիշների) ձևերը ախտորոշվում են հիմնականում հեմատոլոգիական և սերոլոգիական տվյալների հիման վրա:

Բուժում: Հոսպիտալացման ենթակա են ծանր ընթացքով և բարդացած ձևերով հիվադները: Հակաբիոտիկներ նշանակվում են միայն բակտերիալ բարդությունների ժամանակ: Հակացուցված է ամպիցիլինի նշանակումը, քանի որ այն առաջացնում է ալերգիկ ռեակցիա: Ծանր դեպքերում կիրառվում են գլյուկոկորտիկոիդ պրեպարատներ:

Ստացիոնարից դուրս է գրվում կլինիկական առողջացումից հետո:

Կանխարգելում: Օջախում հակահամաճարակային միջոցառումներ չեն իրականացվում, շփվածների նկատմամբ կարանտին չի սահմանվում: Սպոցիֆիկ կանխարգելում մշակված չէ: Առողջացումից հետո երեխաները գտնվում են դիսպանսեր հսկողության տակ 12 ամիս:

«ԿՈԿՍԱԿԻ» ՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ

Կոկսակի վիրուսը մեծ վարակելիությամբ (մինչև 85%) օժտված էնտերովիրուսներին պատկանող, մարդուն ախտահարող, ամբողջ աղխարհում տարածված վիրուսային վարակ է, որն առավել հաճախ հանդիպում է մինչև 5 տարեկան երեխաների շրջանում, սակայն դիտարկվում է նաև ավելի մեծ տարիքի երեխաների և մեծահասակների մոտ նույնպես:

Համաճարակաբանություն: Վարակը փոխանցվում է ֆեկալ-օրալ ճանապարհով, ախտոտված ձեռքերի և պարագաների, նաև օդակաթիլային՝ հազի, փռշտոցի կամ խոսելու ժամանակ:

Կլինիկա: Գաղտնի շրջանը տևում է 3-6 օր: Ախտանիշները շարունակվում են մինչև 7-10 օր: Բնորոշվում է իբրև «ձեռք, ոտք և բերան» հիվանդություն: Հիվանդության բնորոշ կլինիկական նշաններն են՝

- ջերմության բարձրացում, ընդհանուր թուլություն,
- մաշկի ցանավորում, որը տեղակայվում է ափերին, ներքաններին, հետույքային շրջանում և բերանի շուրջ,
- բերանի խոռոչում ստոմատիտի առաջացում,
- կոկորդի ցավ,
- սրտխառնոց, փսխում,
- փորլուծություն:

Բարդություններ.

- էնցեֆալիտ,
- մենինգիտ,
- միոկարդիտ,
- թոքերի այտուց,
- թորշոմած պարալիչներ:

Հիվանդությունը դեպքերի մեծամասնությունով ունենում է թեթև ընթացք: Հիվանդությունից 4-8 շաբաթ անց կարող է դիտվել ձեռքերի և ոտքերի եղունգների կորուստ, որը ժամանակի ընթացքում վերականգնվում է:

Ախտորոշումը կատարվում է կլինիկական ախտանիշների, համաճարակաբանական անամնեզի հիման վրա: Կատարվում է նաև քիթ-կոկորդային արտադրուկի, կղանքի հետազոտություն ՊՇՌ եղանակով:

Բուժում: Սպեցիֆիկ հակավիրուսային բուժում չի նշանակվում: Բուժումը ախտանշանային է, որն իր մեջ ներառում է ջերմիջեցնողներ, ցավազրկողներ, հակահիստամինային պրեպարատներ, առատ հեղուկներ, բերանի խոռոչի սանացիա:

ՊՈԼԻՈՄԻԵԼԻՏ

Պոլիոմիելիտը սուր տարափոխիկ հիվանդություն է, որը բնորոշվում է նյարդային համակարգի, քիթըմպանի և աղիների լորձաթաղանթի ախտահարումով:

Էթիոլոգիա: Հարուցիչը պատկանում է էնտերովիրուսների շարքին, որն արտաքին ազդակների նկատմամբ կայուն է, ցածր ջերմաստիճանի պայմաններում կենսունակությունը պահպանվում է տարիներ:

Տարբերում են վիրուսի 3 շճատիպեր:

Էպիդեմիոլոգիա: Վարակի աղբյուրը վիրուսակիրներն են և պոլիոմիելիտի տարբեր ձևերով հիվանդները: Պոլիոմիելիտին բնորոշ են փոխանցման օրալ-ֆեկալ և օդակաթիլային ձևերը: Երեխաները հիվանդանում են պոլիոմիելիտի աղեստամոքսային ձևով այն ժամանակ, երբ օգտագործում են չլվացված, վարակված մրգեր, բանջարեղեն, չեռացրած ջուր և կաթ: Վիրուսը փոխանցվում է նաև կեղտոտ ձեռքերի, խաղալիքների և ճանձների միջոցով: Ընկալությունը

բավական բարձր է: Հիմնականում հիվանդանում են մինչև 4 տարեկան երեխաները: Հիվանդանալուց հետո զարգանում է կայուն իմունիտետ:

Պաթոգենեզ: Հարուցիչը, տեղակայվելով բկանցքի ավշային օղակում և աղիների լորձաթաղանթում, ներծծվելով՝ առաջացնում է վիրուսեմիա:

Ախտաբանական պրոցեսը կարող է այստեղ տեղակայվել (հիվանդության ինապարատ կամ աբորտիվ ձևերը) կամ անցնել ԿՆՀ և ախտահարել մասնավորապես ողնուղեղի առաջնային եղջուրների շարժիչ նեյրոնները և ուղեղի տարբեր բաժինները: Առաջացած պարալիչները ունեն խճապատկերի բնույթ, քանի որ ոչ բոլոր նեյրոններն են ախտահարվում: Եթե շարժողական նեյրոնների $\frac{3}{4}$ -ը ոչնչանում է, առաջանում է տարածված պարալիչ:

Կլինիկա: Ինկուբացիոն շրջանը 5-35 օր է (միջին հաշվով 9-12 օր): Տարբերում են պոլիոմիելիտի կլինիկական մի քանի ձևեր.

I. Առանց ԿՆՀ-ի ախտահարման.

1. ինապարատ, որն ընթանում է առանց կլինիկական ախտանշանների,
2. ընդերային կամ աբորտիվ (փոքր հիվանդություն):

II. ԿՆՀ-ի ախտահարմամբ ընթացող ձևեր.

1. ոչ պարալիչային կամ մենինգեալ ձև,
2. պարալիչային ձև՝
 - ա) ողնուղեղային (սպինալ),
 - բ) կոճղեզային (բուլբար),
 - գ) կամրջակային (պոնտալ),
 - դ) խառը:

**Տարբեր պարալիտիկ ձևերի կլինիկական ընթացքի
առանձնահատկությունները**

Ողնուղե- ղային (սպինալ ձև)	Կամրջակա- յին (պոնտալ ձև)	Կոճղեզային (բուլբար ձև)	Խառը ձև
1. Ախտահարվում են մկանները՝ վերջույթների, թիկունքի, պարանոցի, միջկողային ստոծանու: 2. Առավել ծանր են ընթանում այն դեպքերը, երբ պրոցեսի մեջ ընդգրկվում է միջկողային և ստոծանու մկանները:	1. Պայմանավորված է դիմային նյարդի կորիզի ախտահարումով: 2. Արտահայտվում է. • դեմքի ախտահարված կեսի ամիմիայով, • ակնաճեղքի փակվելով, • արցունքա հոսության բացակայությամբ, • զգայնության	1. Ծանր ձևերից մեկն է: 2. Ընթանում է. • սուր, • կարճատև, • պրեպարալիտիկ շրջանով կամ առանց դրա: 3. Բնորոշվում է. • կենսական կարևոր ֆունկցիաների խանգարումով, • կյանքին սպառնա-ցող վիճակների զարգացումով (կլման ակտի խանգարում), • վերին շնչուղիների անցանելիությ	1. Բնորոշվում է մի քանի պարալիտիկ ձևերի համակցումով . • պոնտո-սպինալ, • բուլբո-պոնտո-սպինալ:

	պահպան- մամբ:	ան խանգարում, • շնչական և սիրտ- անոթային կենտրոնների ախտահարում:	
--	------------------	--	--

Առաջին երկու ձևերը կլինիկորեն գրեթե չեն ախտորոշվում: Ատիպիկ ձևերի ժամանակ կարող են լինել հետևյալ ախտանիշները՝ ջերմության բարձրացում, թուլություն, գլխացավ, ռինիտ, ֆարինգիտ, բրոնխիտ, տոնզիլիտ, փսխում, ցավ որովայնում, գաստրոէնտերիտի և էնտերիտի երևույթներ: Ելքը բարեհաջող է: Հիվանդը լավանում է 5-7 օրվա ընթացքում:

Ոչ պարալիչային ձև: Սկսվում է ընդհանուր վարակային ախտանշաններով, հիվանդության 2-3 օրերին զարգանում են թեթև արտահայտված մենինգիալ ախտանշաններ՝ ծոծրակային մկանների կարկամում, Կերնիգի դրական ախտանիշ, փոփոխություններ ողնուղեղային հեղուկում:

Ընթացքը և ելքը բարեհաջող են:

Պարալիչային ձևը բաժանվում է 4 շրջանների՝

1. Նախապարալիչային շրջանը կլինիկորեն հիշեցնում է ոչ պարալիչային ձևը, սակայն ախտանշանները ավելի են արտահայտված: Երբեմն լինում են ցնցումներ, գերզգայունություն, դիրքափոխման ժամանակ՝ ցավոտություն: Այս շրջանում հիվանդը ընդունում է բնորոշ տեսք՝ եռոտանու ախտանշան: Նկատվում է

արտահայտված մկանային հիպոտոնիա, ռեֆլեքսների թուլացում, ապա՝ վերացում: Բարձր ջերմությունը տևում է միջին հաշվով 4 օր, որից հետո իջնում է:

2. Պարալիչային շրջան: Պարալիչները զարգանում են հանկարծակի, մի քանի ժամվա ընթացքում և հիմնականում ջերմության կարգավորման հետ զուգահեռ: Հիվանդի ինքնազգացումը բարելավվում է: Պարալիչները կրում են ծայրամասային և թորշոմած բնույթ: Մկանային տոնուսը և ջլային ռեֆլեքսները թուլանում են և վերանում՝ ակտիվ շարժողական ֆունկցիայի ընկճումով: Զգայական խանգարումները բնորոշ չեն: Հիմնականում ախտահարվում են վերին և ստորին վերջույթների, պարանոցի, որովայնի, ինչպես նաև շնչական մկանախմբերը:

Կախված վնասվածքի օջախի տեղից լինում է համապատասխան կլինիկա:

- Ողնուղեղային ձևի ժամանակ ախտահարվում են վերջույթների, իրանի, պարանոցի, միջկողային մկանները, ինչպես նաև ստոծանին:
 - Բուլբար ձևի ժամանակ խանգարվում է կլման ակտը, խոսքը:
 - Պոնտալ ձևը բնորոշվում է դիմային պարեզով:
 - Խառը ձևը բնորոշվում է պարալիտիկ մի քանի ձևերի համակցումով. պոնտո-սպինալ, բուլբո-սպինալ, բուլբո-պոնտո- սպինալ:
3. Վերականգնման շրջանը սկսվում է հիվանդության 3-4 շաբաթից: Վերականգնողական պրոցեսները սկսվում են առաջին երկու ամիսներին և կարող են

շարունակվել մինչև 2-3 տարի (ավելի ակտիվ ընթանում են առաջին 6 ամիսներին): Առավել խորը ախտահարված մկանները չեն վերականգնվում:

4. Մնացորդային երևույթների շրջանին բնորոշ են.

- մկանային ատրոֆիաները,
- հոդային կոնտրակտուրաները,
- ոսկրային դեֆորմացիաները,
- ախտահարված վերջույթի աճի հետ մնալը,
- ողնաշարի դեֆորմացիաները,
- օստեպորոզը:

Կանխարգելում: Հիվանդին մեկուսացնել և կատարել ընթացիկ և եզրափակիչ ախտահանում: Ռեկոնվալեսցենտին թույլատրել շփվել կազմակերպված կոլեկտիվի հետ 40 օր հետո: Անմիջական շփվողները վերցվում են 20 օրյա հսկողության (ջերմաչափում), մանկական կոլեկտիվներում սահմանվում է կարանտին՝ 21 օր ժամկետով:

Սպեցիֆիկ կանխարգելումը կատարվում է միջմկանային ճանապարհով, կոմբինացված վակցինաներով ըստ ազգային օրացույցի:.

Կանխարգելիչ նպատակով պետք է պահպանել անձնական հիգիենայի կանոնները՝ ուտելուց առաջ լվանալ ձեռքերը, մանրակրկիտ լվանալ մրգերն ու բանջարեղենը, օգտագործել եռացրած ջուր և կաթ:

Թեև Հայաստանը հայտարարված է որպես պոլիոմիելիտից ազատ գոտի, այնուամենայնիվ, կանխարգելիչ միջոցառումները չափազանց կարևոր են և շարունակվում են:

ՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՀԵՊԱՏԻՏԵՐ

Հեպատիտների տեսակները

Վիրուսային հեպատիտները հեպատոտրոպ վիրուսներից առաջացած, վարակման տարբեր մեխանիզմներով մի խումբ հիվանդություններ են, որոնց բնորոշ են լյարդի պարենխիմայի ախտահարումները, ինտոքսիկացիան և հաճախ դեղնուկը:

Վիրուսային հեպատիտներ առաջացնող վիրուսների խմբի մեջ մտնում են A, B, C, D և E վիրուսները: Վարակման մեխանիզմից կախված տարբերում են վիրուսների երկու խումբ՝

1. Էնտերալ, որոնք փոխանցվում են ֆեկալ-օրալ ճանապարհով (A, E վիրուսներ),
2. պարենտերալ, որոնք փոխանցվում են արյունակոնտակտային ճանապարհով (B, C, D վիրուսներ):

Գոյություն ունեն այլ վիրուսներ ևս, որոնք ներկայումս բավարար ուսումնասիրված չեն (F, G և այլ վիրուսներ): Տարբեր վիրուսների նկատմամբ խաչաձև իմունիտետ գոյություն չունի:

ՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՀԵՊԱՏԻՏ A

Վիրուսային հեպատիտ A-ն սուր, փուլերով ընթացող հիվանդություն է, որին բնորոշ է ինտոքսիկացիան, լյարդի ֆունկցիայի խանգարումը, երբեմն՝ դեղնուկը:

Էթիոլոգիա: Հարուցիչը Էնտերովիրուսների ընտանիքին պատկանող A տիպի վիրուսն է, որը հեպատիտ A-ի՝

Բոսկինի հիվանդության հարուցիչն է: Այն ունակ է երկար (3-10 ամիս) պահպանվել ջրում, հողում, քլոր պարունակող ախտահանիչների հանդեպ կայուն է:

Համաճարակաբանություն: Հեպատիտ A-ի վարակի աղբյուրը հիվանդն է, հատկապես ջնջված և ոչ դեղնուկային ձևերով հիվանդը: Ինկուբացիոն շրջանի վերջից սկսած մինչև դեղնուկային շրջանի երրորդ օրը վիրուսը արտաքին միջավայր է արտազատվում ֆեկալ զանգվածների հետ: Վարակի փոխանցման մեխանիզմը, ինչպես բոլոր աղիքային վարակների դեպքում, ֆեկալ-օրալն է: Ավելի հաճախ հիվանդանում են 3-13 տարեկանները: Մինչև 1 տարեկանները մորից ստացած պասիվ իմունիտետի շնորհիվ հեպատիտ A-ով չեն հիվանդանում: Կրած վարակից հետո իմունիտետը կայուն է ողջ կյանքի համար: Հիվանդությունը կարող է հանդիպել ինչպես համաճարակային բռնկումների, այնպես էլ սպորադիկ դեպքերի ձևով:

Ախտածնություն: Վիրուսը բերանով օրգանիզմ ընկնելով, բազմանում է բարակ աղիների լորձաթաղանթում և լիմֆատիկ հանգույցներում, որից հետո հայտնվում է արյան մեջ: Վիրուսեմիայի հետևանքով զարգանում է ընդհանուր ինտոքսիկացիոն համախտանիշ: Այնուհետև ներթափանցում է լյարդ և հեպատոցիտների վրա ազդելով առաջացնում բորբոքային և նեկրոտիկ ռեակցիաներ: Մրան հաջորդում է լյարդի և փայծաղի մեծացումը: Հեպատիտ A-ին բնորոշ է լյարդի բլթակների **ծայրամասային** հատվածների ախտահարումը:

Կլինիկա: Հիվանդությունն առանձնանում է դրսևորումների բազմազանությամբ:

Տարբերում են՝

- դեղնուկային,
- ոչ դեղնուկային,
- ջնջված,
- ենթակլինիկական (ինապարատ) ձևեր:

Ըստ ծանրության՝

- թեթև,
- միջին ծանրության,
- ծանր:

Վիրուսային հեպատիտ A-ի **դեղնուկային ձևին** բնորոշ է հիվանդության շրջանների միմյանց հաջորդող ցիկլային ընթացքը՝

1. ինկուբացիոն,
2. նախադեղնուկային,
3. դեղնուկային,
4. վերականգնման:

Ինկուբացիոն շրջանը տևում է 6-50 օր (միջինը 15-30 օր):

Նախադեղնուկային շրջանը տևում է միջինը 5-7 օր և բնորոշվում է կլինիկական բազմազանությամբ:

Ըստ գերակշռող ախտանիշի տարբերում ենք հետրյալ համախտանիշները.

- գրիպանման,
- դիսպեպտիկ,
- ասթենովեգետատիվ,
- խառը:

Գրիպանման համախտանիշի դեպքում հիվանդությունը սկսվում է սուր, ջերմության բարձրացումով մինչև 38- 39°C,

որը պահպանվում է 1-3 օր: Նկատվում է գլխացավ, ընդհանուր թուլություն, ախորժակի անկում: Կարող են զարգանալ վերին շնչուղիների կողմից կատարալ երևույթներ:

Դիսպեպտիկ համախտանիշի դեպքում առկա է ախորժակի անկում, ցավ էպիգաստրալ կամ աջ թուլակողի շրջանում, սրտխառնոց և հազվադեպ՝ փսխում:

Ասթենովեգետատիվ համախտանիշի դեպքում աստիճանաբար զարգանում է ընդհանուր թուլություն, գրգռվածություն, գլխացավ, գլխապտույտ, աշխատունակության անկում:

Խառը համախտանիշի ժամանակ տեղ են գտնում մի քանի համախտանիշների դրսևորումներ, առավել հաճախ՝ գրիպանման և դիսպեպտիկ:

Դեղնուկից 2-3 օր առաջ մեզը դառնում է մուգ դարչնագույն, մուգ թեյի գույնի, ավելի ուշ կդանքը գունազրկվում է (գորշավուն կավ է հիշեցնում): Այդ ընթացքում հայտնաբերվում է լյարդի, իսկ հազվադեպ նաև՝ փայծաղի մեծացում:

Դեղնուկային (ծաղկման) շրջան: Տևում է 2-3 շաբաթ և բնութագրվում է աչքերի եղջերաթաղանթի, բերանի լորձաթաղանթի և մաշկի դեղնությամբ: Դեղնուկի ի հայտ գալուն պես հիվանդի ինքնազգացողությունը լավանում է. ջերմությունն իջնում է մինչև նորմայի սահմաններ, ինտոքսիկացիայի նշանները նվազում են: Սա համարվում է A և B հեպատիտների տարբերակման կարևոր ախտանիշ: Դեղնության ինտենսիվությամբ (թույլ, չափավոր, ինտենսիվ) պայմանավորված է հիվանդության ծանրության աստիճանը: Դեղնուկի ֆոնի վրա կարող է ի հայտ գալ մաշկի քոր: Լավ

արտահայտված են դիսպեպտիկ երևույթները. ծանրության և ցավի զգացում էպիգաստրալ և աջ թուլակողի շրջանում, սրտխառնոց, երբեմն փսխում, բերանում չորության ու դառնության զգացում, սննդից հրաժարում: Լեզուն պատված է սպիտակ կամ դեղնավուն փառով, մեծացած են լյարդն ու փայծաղը, մեզը մնում է մուգ գույնի, կղանքը գունազրկված (ախտիկ):

Վերականգնման շրջան: Աստիճանաբար անհետանում է սկզբում մաշկի դեղնությունը, այնուհետև՝ աչքերի և բերանի լորձաթաղանթի: Այս շրջանը տևում է 1-2- ից մինչև 6 ամիս: Աստիճանաբար անհետանում են հիվանդության կլինիկական ախտանիշները, լյարդի չափերը փոքրանում են մոտենալով նորմայի սահմաններին:

Վիրուսային հեպատիտ A-ի դեղնուկային ձևի ծանրության աստիճանը գնահատելիս հաշվի է առնվում.

- դեղնուկի ինտենսիվությունը,
- ինտոքսիկացիայի աստիճանը,
- լյարդի չափերի մեծացման աստիճանը կախված դեղնուկի աճից,
- արյան շիճուկում բիլիռուբինի քանակը (նորմայում այն 8,5- 20 մկմոլ/լ է):

Թեթև ձևի ժամանակ բիլիռուբինը բարձրանում է մինչև 100 մկմոլ/լ:

Միջին ծանրության դեպքում՝ մինչև 200 մկմոլ/լ:

Ծանրի դեպքում՝ 200 մկմոլ/լ- ից ավել է, մաշկի վրա կարող է նկատվել հեմոռագիկ ցան:

Ոչ դեղնուկային ձևը բնորոշվում է մաշկի և աչքերի լորձաթաղանթի դեղնուկի բացակայությամբ, թուլությամբ,

ախորժակի անկումով, լյարդի մեծացումով, տրանսամինազների ավելացումով (AlAT, AsAT), բիլիռուբինի նորմալ մակարդակով: Ոչ դեղնուկային ձևի ախտորոշման մեջ մեծ դեր ունի դեղնուկային ձևով հիվանդի հետ շփման փաստը:

Զնջված ձևերի դեպքում բոլոր կլինիկական ախտանիշները, լաբորատոր հետազոտության տվյալները աննշան են փոփոխված:

Ենթակլինիկական ձևի դեպքում հիվանդության ախտանիշները բացակայում են: Ախտորոշումը հաստատվում է վիրուսային հեպատիտ A-ով հիվանդի հետ շփման դեպքում, արյան բիոքիմիական ցուցանիշի՝ AlAT-ի բարձրացման օգնությամբ և հեպատիտ A-ի վիրուսի նկատմամբ հակամարմինների հայտնաբերման շնորհիվ:

Ոչ դեղնուկային, ջնջված և ենթասուր ընթացքով հիվանդները համաճարակաբանական տեսակետից վտանգ են ներկայացնում, քանի որ հանդես են գալիս որպես վարակի աղբյուր:

Վիրուսային հեպատիտ A-ն ըստ ընթացքի լինում է սուր (տևում է 1-3 ամիս) և ձգձգված (3-6 ամիս), քրոնիկ ընթացք չի զարգանում, վիրուսակրություն չի ձևավորվում: Գերակշռում է հիվանդության թեթև ընթացքը, ծանր ձևերը եզակի են: Երեխաների մոտ դեղնուկային ձևը հանդիպում է 5-10 % դեպքերում, իսկ մեծահասակների մոտ՝ 50-75 %: Վիրուսային հեպատիտից հետո լիարժեք առողջացումը լինում է 90 % դեպքերում: Մնացած 10 %-ի մոտ հայտնաբերվում են մնացորդային երևույթներ հետհեպատիտային դիսպեպտիկ

համախտանիշի, հիպերբիլիռուբինեմիայի, խոլեցիստիտի կամ լեդուղիների դիսկինեզիայի տեսքով:

Բուժում: Հոսպիտալիզացնում են հաճախակի փսխումների և ջրազրկման ժամանակ: Սուր շրջանում արգելվում է տապակած, ապխտած, պահածոյացված և ճարպային սննդի օգտագործումը: Սնուցումը պետք է լինի կոտորակային, 4-5 անգամ: Սննդաբաժնում պետք է ընդգրկել բնական ծագման վիտամիններով հարուստ սնունդ մրգերի, բանջարեղենի, հյութերի տեսքով: Վիճակի լավացմանը զուգահեռ դիետան աստիճանաբար ընդլայնվում է:

Բուժման ծավալը որոշվում է հիվանդության ծանրությամբ: Այսպես, թեթև ընթացքի դեպքում բավական է անկողնային ռեժիմի և դիետայի պահպանումը: Սա այսպես կոչված բազիսային թերապիան է: Վիրուսային հեպատիտ A-ի միջին և ծանր ընթացքով հիվանդներին նշանակվում է ներերակային կաթիլային ինֆուզիոն թերապիա (5% գլյուկոզա):

Վիրուսային հեպատիտ A-ի դեմ սպեցիֆիկ կանխարգելումը կատարվում է 15-16 տարեկանում 0,5 մլ մ/մկ:

ՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՀԵՊԱՏԻՏ B

Էթիոլոգիա: Վիրուսային հեպատիտ B-ի հարուցիչը B տիպի վիրուսն է, որը շատ կայուն է ֆիզիկական և քիմիական ազդակների նկատմամբ: Առարկաների վրա սենյակային ջերմաստիճանում պահպանվում է 3 ամիս, սառնարանում՝ 6 ամիս, սառեցրած արյան պլազմայում՝ տարիներ: Ավտոկլավում ոչնչանում է մեկ ժամում: B վիրուսի կազմում

կան մի քանի անտիգեններ, որոնցից մեկը (HbsAg կամ ավստրալիական անտիգեն) հայտնաբերվում է արյան մեջ ինկուբացիոն շրջանից սկսած, ողջ հիվանդության, և նույնիսկ՝ ողջ կյանքի ընթացքում:

Էպիդեմիոլոգիա: Հեպատիտ B-ի վարակի աղբյուրը սուր և քրոնիկ ընթացքով հիվանդն է ու վիրուսակիրը: Հիվանդը վարակիչ է ինկուբացիոն շրջանի կեսից մինչև լրիվ առողջացումը: Հեպատիտ B-ի վարակման մեխանիզմը արյունակոնտակտայինն է (պարէնտերալ): Վարակի փոխանցումը կարող է տեղի ունենալ հետևյալ դեպքերում.

- արյան և նրա բաղադրիչների փոխներարկում,
- բուժ- ախտորոշիչ ինվազիվ մանիպուլյացիաների ժամանակ, երբ կիրառվել են ոչ բավարար ախտահանված գործիքներ,
- մորից երեխային (ավելի հաճախ ծննդաբերությունների ժամանակ, քան թե ներարգանդային շրջանում), սեռական հարաբերությունների ժամանակ,
- կենցաղում ընդհանուր օգտագործման՝ սափրելու, մատնահարդարման գործիքների, ատամի խոզանակի, լոզանքի սպունգի ոչ պատշաճ մշակման դեպքում, դաջվածքներ կատարելիս,
- թմրանյութերի ներերակային ներարկումների ժամանակ:

Հեպատիտ B-ի նկատմամբ ընկալունակությունը բավականին բարձր է, հաճախ հիվանդանում են մինչև 1 և 40-ից բարձր տարիքում: Բարձր ռիսկի խմբում են՝

- դոնորական արյան ռեցիպիենտները,

- հեմոդիալիզի կենտրոնների բուժառուները,
- վիրաբույժները, մանկաբարձ- գինեկոլոգները, ատամնաբույժները, լաբորանտները, պրոցեդուրային բուժքույրերը և այլն:

Պաթոզենեզ: Վիրուսն օրգանիզմ է ներթափանցում վնասված մաշկից կամ լորձաթաղանթից, արյան հոսքով հասնում է լյարդ, որտեղ էլ բազմանում է: Ի տարբերություն հեպատիտ A-ի, հեպատոցիտների նեկրոզը հեպատիտ B-ի ժամանակ ավելի արտահայտված է: Լյարդի ախտահարումը կախված է վիրուսի անտիգենի նկատմամբ օրգանիզմի իմուն պատասխանի ուժից և բնույթից: Լիարժեք իմուն պատասխանի դեպքում հեպատիտ B-ն սուր ընթացք է ունենում, օրգանիզմը հարուցչից ազատվում է, ձևավորվում է ամուր իմունիտետ: Ոչ լիարժեք իմուն պատասխանի դեպքում վիրուսը օրգանիզմում շատ երկար է պահպանվում, զարգանում է վիրուսակրություն և հեպատիտ B-ի քրոնիկ ընթացք:

Նեկրոտիկ պրոցեսը տեղակայվում է լյարդի բլթակի կենտրոնում, իսկ հեպատիտ A-ի դեպքում՝ բլթակի ծայրամասերում:

Կլինիկա: Ինկուբացիոն շրջանը 50- 180 օր է (միջինը 60-120 օր): Հեպատիտ B-ն ըստ ընթացքի լինում է.

- սուր (1-3 ամիս),
- ձգձգված (3-6 ամիս),
- քրոնիկ (6 ամսից ավել):

Դեղնուկային ձևը ընթանում է շատ բուռն կլինիկայով: Հեպատիտ A-ի նման, հեպատիտ B-ի դեղնուկային ձևը ընթանում է հետևյալ շրջաններով՝

- նախադեղնուկային,
- դեղնուկային,
- վերականգնման:

Նախադեղնուկային շրջանը տևում է 1-ից մինչև 3-5 շաբաթ և ընթանում է հեպատիտ A-ի նման հետևյալ համախտանիշների ձևով՝ դիսպեպտիկ, ասթենովեգետատիվ, խառը և արթրալգիկ: Հազվադեպ (5-7%) նախադեղնուկային շրջանը կարող է չդրսևորվել և առաջին ախտանիշը լինել դեղնուկը:

Արթրալգիկ համախտանիշը դրսևորվում է մեծ հոդերում ցավերով (առանց արթրիտի նշանների), որոնք ուժեղանում են գիշերվա ժամերին և առավոտյան: Հնարավոր է մաշկի ցան եղնջացանի ձևով:

Դեղնուկային շրջանն ավելի երկարատև է, քան հեպատիտ A-ի ժամանակ՝ միջինը 2-6 շաբաթ: Կարևոր դիտարկել, որ դեղնուկային շրջանում ինտոքսիկացիայի ախտանիշները զարգանում են (ի տարբերություն վիրուսային հեպատիտ A-ի), ինտենսիվանում են, իսկ հոդացավերը լրիվ անհետանում են:

Վերականգնման շրջանը տևում է 2-12 ամիս:

Հեպատիտ B- ի ծանրության աստիճանի գնահատումը կատարվում է ինչպես հեպատիտ A-ի ժամանակ: Ծանր ձևերը կազմում են 30-40% և բնորոշվում են ծանր ինտոքսիկացիայի նշաններով (ընդհանուր թուլություն, գլխացավ, սրտխառնոց, փսխում, անորեքսիա): Կարող է արտահայտված լինել հեմոռագիկ համախտանիշը (մաշկի վրա հեմոռագիկ ցան, արյունազեղում, հաճախ ներարկումների տեղում, ստամոքսաղիքային, արգանդային արյունահոսություններ): Ծանր

ձևերը չբարդացած ընթացքի դեպքում 10-12 և ավել շաբաթներ անց ավարտվում են առողջացումով:

Չզօգված ընթացքի դեպքում (15-20%) կլինիկական դրսևորումները երկարաձգվում են մինչև 3-6 ամիս, կարող են զարգանալ ռեցիդիվներ և սրացումներ:

Բարդություններ: Հեպատիտ B-ի ծանր ձևերի 0,8- 1% դեպքերում կարող է զարգանալ լյարդային սուր անբավարարություն:

Լյարդային սուր անբավարարությունը ծագում է լյարդի մասիվ նեկրոզի և արյան մեջ տոքսիկ նյութերի կուտակման հետևանքով, որոնցով էլ պայմանավորված են նյարդահոգեկան ախտանիշները: Միաժամանակ, որպես օրենք, նկատվում է դեղնուկի և դիսպեպտիկ ախտանիշների աճ (անորեքսիա, անզուսպ փսխումներ, տանջող գլտոց, բերանից լյարդային հոտ): Տեղի է ունենում լյարդի չափերի փոքրացում ոչ հազվադեպ աջ թուլակոդում ցավային համախտանիշի հետ միասին: Ի հայտ է գալիս ու զարգանում է հեմոռագիկ համախտանիշը (հեմոռագիկ ցան, արյուն խորխում և փսխման մասաներում «սուրճի նստվածքի» ձևով):

Կախված նյարդային համակարգի գործունեության խանգարման աստիճանից, կարող է զարգանալ ծանր էնցեֆալոպաթիա:

Ելք: Սուր հեպատիտ B-ի 80-90% հիվանդների մոտ դիտվում է առողջացում, որը շատ դեպքերում ուղեկցվում է մնացորդային երևույթներով.

- ասթենոդիսպեպտիկ համախտանիշ,
- լեդուղիների դիսկինեզիա կամ բորբոքում,
- լյարդի ֆիբրոզ:

Մահացությունը հեպատիտ B- ի դեպքում կազմում է 1% սուր լյարդային անբավարարության պատճառով:

Քրոնիկ հեպատիտ B-ն լյարդում դիֆուզ բորբոքային պրոցես է, որի դեպքում բոլոր փոփոխությունները պահպանվում են 6 ամսից ավելի: Քրոնիկ հեպատիտ B-ն սակավ ախտանշանային ընթացք ունի և ոչ հազվադեպ հայտնաբերվում է միայն ALAT-ի (ալանինամինոտրանսֆերազ) բարձր ցուցանիշով:

Հիվանդների մի մասի մոտ զարգանում են արտալյարդային նշաններ՝ տելեանգիէկտազներ (անոթային «աստղիկներ»):

Քրոնիկ հեպատիտ B- ի ընթացքը հաճախ ալիքաձև է, սրացումները հաջորդում են ռեմիսիաներին:

Ախտորոշման համար մեծ նշանակություն ունի որովայնի օրգանների ՈւՊՀ -ը:

Լյարդի ցիռոզը երկար ժամանակ կարող է կոմպենսացված լինել և հայտնաբերվել միայն լյարդի հետազոտման ժամանակ: Ցիռոզը բնորոշվում է տարածուն ֆիբրոզով, բլթային կառուցվածքի խանգարումով: Ախտաբանական պրոցեսի զարգացմանը զուգահեռ աճում են ասթենիկ, դիսպեպտիկ, հեմոռոգիկ համախտանիշները, ընդհանուր ինտոքսիկացիան, դեղնուկը, աճող հյուծվածությունը, երկարատև սուբֆերիլիտետը, ասցիտը:

Ցիռոզի անբարեհաջող ելքի դեպքում լինում է՝

- սուր լյարդային անբավարարություն,
- կերակրափողի վարիկոզ լայնացած երակներից արյունահոսություն,
- բակտերիալ ինֆեկցիայի միացում:



Նկար 21: Նորմալ լյարդ

Նկար 22: Լյարդի ցիրոզ



Նկար 23: Վիրուսային հեպատիտով ախտահարված լյարդ

Խնամքը :

- Անհրաժեշտության դեպքում հիվանդին պետք է բացատրել անկողնային ռեժիմի, դիետայի պահպանման կարևորությունը:
- Փսիխման ժամանակ ցուցաբերել անհետաձգելի օգնություն, զննել փսիխման զանգվածները:
- Հետևել, որ հիվանդը ընդունի բավարար հեղուկներ՝ մասուրի թուրմ, հիմնային հանքային ջրեր :

- Ժամանակին հայտնաբերել հեմոռագիկ ցանր, կղանքի և մեզի գույնի փոփոխությունը, բերանից լյարդային հոտի առկայությունը:
- Հաշվել անոթազարկը, չափել զարկերակային ճնշումը, եթե հիվանդը ստանում է գլյուկոկորտիկոիդներ:
- Տեղեկացնել բժշկին վիճակի վատթարացման դեպքում:
- Հետևել սանիտարահամաճարակային ռեժիմի և ընթացիկ ախտահանման պահպանմանը:

Բուժում: Հեպատիտ B-ով հիվանդները պարտադիր հոսպիտալացվում են, քանի որ կարող է զարգանալ լյարդային անբավարարություն: Սուր շրջանում, թեթև ընթացքի դեպքում բուժումը սահմանափակվում է դիետայով և անկողնային ռեժիմ պահպանելով (բազիսային թերապիա): Դիետան այնպիսին է, ինչպես հեպատիտ B-ի ժամանակ: Արգելվում է տապակած, ապխտած, պահածոյացված և ճարպային սննդի օգտագործումը: Սնուցումը պետք է լինի կոտորակային, 4-5 անգամ: Սննդաբաժնում պետք է ընդգրկել բնական ծագման վիտամիններով հարուստ սնունդ մրգերի, բանջարեղենի, հյութերի տեսքով: Վիճակի լավացմանը զուգահեռ դիետան աստիճանաբար ընդլայնվում է:

Միջին ծանրության ընթացքի ժամանակ լրացուցիչ անցկացնում են դեզինտոքսիկացիոն թերապիա, նյութափոխանակությունը լավացնելու նպատակով նշանակվում են ջրա- և ճարպալույծ վիտամիններ (C, B, E, A):

Ծանր ընթացքի ժամանակ ներերակային հեղուկների քանակը ավելացնում են, նշանակում են ալբումին, պլազմա: Արդյունքի բացակայության դեպքում նշանակվում են նաև

գլյուկոկորտիկոիդներ՝ պրեդնիզոլոն, պրոտեազի ինհիբիտոր՝ կոնտրիկալ (չի թողնում սպիտակուցները ճեղքվեն, ինչը կանգնեցնում է վիրուսների հասունացումը), միզամուղներ:

Սուր լյարդային անբավարարության ժամանակ հիվանդին տեղափոխում են ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք, կատարում են դեզինտոքսիկացիոն թերապիա արագացված դիուրեզի մեթոդով: Պրեդնիզոլոնի դեղաչափը եռակի, քառակի մեծացնում են: Կիրառում են պլազմոֆերեզ, հեմոսորբցիա, հիպերբարիկ օքսիգենոթերապիա:

Միջին ծանրության, ծանր ընթացքների ժամանակ կիրառում են ինտերֆերոնի պրեպարատներ՝ ռեաֆերոն, ռոֆերոն A, (սրանք կառուցվածքով նման են վիրուսի ԴՆԹ-ին, ՌՆԹ-ին, «խաբում» են վիրուսին, մտնում նրա մեջ ու կանգնեցնում նրա բազմացումը), նուկլեոզիդային հակավիրուսային պրեպարատներ՝ լամիվուդին, զիդովուդին, ռիբավիրին:

Տերմինալ շրջանում ցուցված է նաև լյարդի փոխպատվաստում, որը ստացվում է մահացած դոնորներից կամ կենդանի դոնորներից, որոնք նվիրաբերում են իրենց լյարդի մի մասը:

Հիվանդանոցից դուրս գրվելուց հետո 1 տարի հիվանդը գտնվում է դիսպանսեր հսկողության տակ, 3 ամիսը մեկ հետազոտվում է:

Կանխարգելում: Տարբերում են ոչ սպեցիֆիկ և սպեցիֆիկ կանխարգելում:

Ոչ սպեցիֆիկ կանխարգելում.

- հետտրանսֆուզիոն հեպատիտը կանխելու համար դոնորական արյունը պետք է ստուգվի HbsAg-ի առկայության համար, եթե այն հայտնաբերվում է, դադարում են դոնոր լինելուց, իսկ նրանցից վերցված արյունը պետք է ոչնչացվի:
- Պետք է պատշաճ ձևով կատարվի ախտահանում բոլոր բուժհաստատություններում (բժշկական գործիքներ, բուժական, ախտորոշիչ ապարատներ):
- Բուժաշխատողները պետք է պահպանեն իրենց աշխատատեղերում անվտանգության բոլոր կանոնները:
- Արյան հետ աշխատող բուժանձնակազմը տարին մեկ անգամ պետք է ստուգվի արյան մեջ HbsAg-ի առկայության համար:

Սպեցիֆիկ կանխարգելումը իրականացվում է պասիվ և ակտիվ իմունիզացիայի ձևով: Պասիվ իմունիզացիայի համար ենթադրյալ վարակից ոչ ուշ, քան 48 ժամ անց կիրառում են հեպատիտ B-ի դեմ իմունոգլոբուլին: Ակտիվ իմունիզացիան, համաձայն պատվաստումների ազգային օրացույցի, կատարվում է ծննդատանը՝ ծնվելուց 0-24 ժամվա ընթացքում (ՎՀԲ), 6, 12, 18 շաբաթականում (վեցավալենտ պատվաստանյութ):

ԴԻՁԵՆՏԵՐԻԱ

Դիզենտերիան (շիգելյոզը) վարակային հիվանդություն է, որը հարուցվում է շիգելաներով, ընթանում է ինտոքսիկացիայի երևույթներով և առավելապես հաստ աղու վերջնահատվածի ախտահարմամբ:

Էթիոլոգիա: Դիզենտերիայի հարուցիչները պատկանում են enterobacteriaceae ընտանիքի Shigella ցեղին: Տարբերում են շիգելաների 4 տեսակ:

1. Sh. dysenteriae, որին պատկանում է Գրիգորև-Շիգի հարուցիչը,
2. Sh. Flexneri (Ֆլեքսների),
3. Sh. Boydii (Բոյդի),
5. Sh. Sonnei (Ջոնսոնի):

Շիգելաների բոլոր տեսակները տարբերվում են անտիգենային կառուցվածքով, սակայն մորֆոլոգիապես իրենցից ներկայացնում են մանր, կլորացած ծայրերով, գրամ բացասական ցուպիկներ, որոնք պահանջկոտ չեն սննդամիջավայրի հանդեպ:

Շիգելաների քայքայման դեպքում անջատվում է էնդոտոքսին, որով էլ պայմանավորված է ինտոքսիկացիոն համախտանիշի զարգացումը, իսկ Գրիգորև Շիգի հարուցիչը, բացի էնդոտոքսինից, արտադրում է նաև էկզոտոքսին՝ նեյրոտոքսիկ ազդեցությամբ:

Շիգելաները արտաքին միջավայրում կայուն են, սպոր չեն առաջացնում, լավ դիմակայում են չորացմանը և ցածր ջերմաստիճանին, սակայն արագ ոչնչանում են արևի ուղիղ ճառագայթների ազդեցությունից և տաքացումից՝ 60°C-ում ոչնչանում են 20 րոպեից, 100°C -ում՝ անմիջապես: Ջրում, հողում, առարկաների վրա պահպանվում են 30-45 օր: Ախտահանիչ, քլորամինի կամ լիզոլի 1% լուծույթում ոչնչանում են մի քանի րոպեում:

Սկսած 1990-ական թվականներից Հայաստանի տարածքում հանդիպում են շիգելա Ֆլեքսների կոդմից

հարուցվող դիզենտերիան, սակայն ներկայումս, ավելի հաճախ, հանդիպում է Ջոննեով հարուցվող դիզենտերիան:

Էպիդեմիոլոգիա: Վարակի աղբյուր են հանդիսանում սուր և քրոնիկ դիզենտերիայով հիվանդ մարդիկ, ինչպես և բացիլակիրները: Համաճարակաբանական տեսակետից առավել վտանգ են ներկայացնում սուր դիզենտերիայով հիվանդները, որոնք հիվանդության ծաղկման շրջանում արտազատում են մեծ քանակով հարուցիչներ, հատկապես վտանգավոր են ջնջված ձևերով հիվանդները և բացիլակիրները, մանավանդ, երբ նրանք աշխատում են սննդային և մանկական հիմնարկներում:

Վարակը փոխանցվում է ֆեկալ-օրալ մեխանիզմով՝ սննդային, ջրային և կոնտակտ-կենցաղային ճանապարհներով:

Գրիգորև-Շիգի դիզենտերիայի փոխանցման հիմնական ճանապարհը շփում-կենցաղայինն է, Ֆլեքսներինը՝ ջրայինը, Ջոննեինը՝ սննդայինը:

Երեխաների մոտ ընկալունակ տարիքային խումբը նախադպրոցական տարիքն է: Վարակվածների ավելի քան 1/3-ը մինչև 6 տարեկան երեխաներն են: Դիզենտերիային, ինչպես նաև մյուս միկրոբային ծագման աղիքային վարակներին, բնորոշ է արտահայտված ամառ-աշուն սեզոնայնությունը: Հետվարակային իմունիտետը կարճատև է՝ մինչև 1 տարի և կրում է տիպոսպեցիֆիկ բնույթ: Այսինքն մի տեսակի դիզենտերիայի հարուցչով հիվանդացած երեխան կարող է վարակվել մեկ այլ տեսակի դիզենտերիայի հարուցչով:

Դասակարգում: Ըստ ընթացքի դիզենտերիան լինում է՝

- սուր՝ տևողությունը մինչև 1 ամիս,
- ձգձգվող՝ 1-3 ամիս,
- քրոնիկ՝ 3 ամսից ավել:

Սուր դիզենտերիան ընթանում է մի քանի տարբերակներով՝ կոլիտիկ, գաստրոէնտերոկոլիտիկ և գաստրոէնտերիտիկ, որոնցից յուրաքանչյուրը կարող է ընթանալ թեթև, միջին և ծանր ընթացքով:

Քրոնիկ դիզենտերիան լինում է կրկնվող և չընդհատվող: Այն նույնպես կարող է ունենալ թեթև, միջին և ծանր ընթացք: Գոյություն ունի դիզենտերիայի բացիլակրություն, որը դիտվում է որպես վարակային պրոցեսի ենթակլինիկական ձև:

Տարբերում են դիզենտերիայի տիպիկ և ատիպիկ, ըստ ծանրության՝ թեթև, միջին ծանրության և ծանր ձևեր:

Դիզենտերիային բնորոշ է ընթացքի ցիկլայնությունը՝ սկզբնական, ծաղկման, ախտանիշների մարման և առողջացման (մնացորդային երևույթների կամ խրոնիկական ձևի):

Կլինիկա: Ինկուբացիոն շրջանը 1-7 օր է (միջինը՝ 2-3 օր): Սուր դիզենտերիայի կոլիտիկ տարբերակի կլինիկական պատկերին բնորոշ են 2 հիմնական համախտանիշներ՝ ինտոքսիկացիոն և կոլիտիկ:

Գաստրոէնտերոկոլիտիկ տարբերակը ուղեկցվում է գաստրիտի և էնտերիտի նշաններով:

Գաստրոէնտերիտիկ տարբերակի դեպքում կլինիկական պատկերում կոլիտի ախտանիշներ չկան:

Հիվանդությունը սկսվում է սուր՝ դողով և սարսուռով: Մարմնի ջերմաստիճանն արագ բարձրանում է մինչև 38-40°C,

պահպանվում այդ մակարդակի վրա մի քանի ժամից մինչև 2-5 օր: Դիզենտերիան կարող է ընթանալ նաև սուրֆերիլ ջերմաստիճանով, իսկ երբեմն էլ՝ առանց ջերմության բարձրացման:

Դիզենտերիայի տիպիկ ընթացքը հիմնականում արտահայտվում է կոլիտիկ համախտանիշով, որին բնորոշ է առավելապես ձախ զստափոսում կծկանքանման կտրող ցավը, որը նախորդում է յուրաքանչյուր կղարձակմանը: Կանչերը հաճախ անարդյունք են (տենեզմներ և «կեղծ նիքեր»), ուղեկցվում են ձգող ցավերով ուղիղ աղու շրջանում՝ տենեզմներով: Որովայնի շոշափումը հաճախ ուժեղացնում է աղիքի մկանների կծկումը և առաջացնում կղարձակման կանչեր: Դիզենտերիայի ծանր ընթացքի դեպքում կղարձակման հաճախականությունը օրական 20-30 անգամ է: Միջին ծանրության ձևերի դեպքում՝ 15-20 անգամ, թեթև ձևերի դեպքում՝ 4-8 անգամ: Դեֆեկացիան, որպես կանոն, թեթևացման չի բերում: Չնայած կղարձակման հաճախացմանը, օրվա ընթացքում արտազատված կղանքային զանգվածների քանակը քիչ է: Առաջին ժամերին կղանքը բավականին առատ է, կղանքային բնույթ ունի, հեղուկ է կամ կիսահեղուկ, հաճախ՝ լորձային: Հաճախանալիս կորցնում է կղանքային բնույթը, դառնում է խիտ՝ լորձից, արյունից ու թարախից կազմված զանգված («ռեկտալ» կամ «դիզենտերիային թքոց»): Հնարավոր է արտաթորանքը ձեռք բերի մսաջրի տեսք, որտեղ կախված են լորձի գնդիկներ: Միրտ-անոթային համակարգի կողմից նկատվում է հաճախաարտություն, հիպոտոնիա, սրտի տոների խլացում: Միզարձակումը դառնում է հաճախակի,

ծանր դեպքերում կարող է զարգանալ տոքսիկ երիկամ՝ պրոտեինուրիա, միկրոհեմատուրիա, ցիլինդրուրիա:

Դիզենտերիայի գաստրոէնտերոկոլիտիկ ընթացքի դեպքում հիվանդությունն ընթանում է սննդային տոքսիկոինֆեկցիայի ձևով՝ կարճ ինկուբացիոն շրջանով՝ մի քանի ժամից մինչև 1օր: Սկիզբը սուր է, արտահայտված են ինտոքսիկացիայի նշանները՝ ընդհանուր թուլություն, գլխացավ, աղինամիա, մարմնի ջերմության բարձրացում 38-39°C: Ի հայտ են գալիս գաստրոէնտերիտի ախտանիշներ՝ ցավ որովայնում, սրտխառնոց, փսխում, հաճախակի ջրիկ կղանք՝ առանց ախտաբանական խառնուրդների: Որովայնի շոշափման ժամանակ նկատվում է ցավ էպիգաստրալ և բարակ աղու շրջանում, ապա ավելանում են կոլիտի ախտանիշները՝ կղանքը դառնում է սակավ, որի մեջ հայտնվում է լորձ և արյան հետքեր (հեմոկոլիտ):

Գաստրոէնտերիտիկ ձևը բնորոշվում է շատ կարճ ինկուբացիոն շրջանով և սննդային տոքսիկոինֆեկցիաներին բնորոշ նշաններով՝ ցավ էպիգաստրալ շրջանում, սրտխառնոց, փսխում, հեղուկ կղանք, առանց ախտաբանական խառնուրդների:

Ատիպիկ ձևերից առավել հաճախ հանդիպում է ջնջված ձևը, որի դեպքում ինտոքսիկացիայի ախտանիշները թույլ են արտահայտված կամ բացակայում են, մարմնի ջերմաստիճանը սուբֆեբրիլ է կամ նորմալ, որովայնի ցավերը աննշան են և կարճատև, կղանքը շիլայանման, առանց արյան և լորձի առկայության:

Քրոնիկ դիզենտերիան հանդիպում է 0.5 - 2% դեպքերում և ընթանում է ռեցիդիվոդ և չընդհատվող ձևերով:

Դիզենտերիան մինչև 1 տարեկան երեխաների մոտ ունի առանձնահատկություններ. հիվանդության ախտանիշները զարգանում են աստիճանաբար՝ 3-4 օրվա ընթացքում: Ջերմությունը սուրՖեբրիլ է կամ բացակայում է: Կոլիտի համախտանիշը թույլ է արտահայտված և դրսևորվում է 4-7-րդ օրերին: Կղանքը չի կորցնում կղանքային բնույթը, պարունակում է խիտ կանաչ լորձ: Կղանքում արյուն հազվադեպ է նկատվում: Որովայնը չափավոր փքված է, լյարդը՝ մեծացած: Արտահայտված տենեզմների փոխարեն նկատվում են անհանգստություն, լաց, նիքեր, ոտքերի կծկում, դեմքի կարմրություն կղարձակման ժամանակ, հետանցքի խորաբացվածություն և դյուրափափկություն:

Բարդություններ: Դիզենտերիայի բարդություններից կարող են հանդիպել տոքսիկոլարակային, դեհիդրատացիոն շոկերը, որոնք հանդիպում են ծաղկման շրջանում և որոնց ելքը անբարանպաստ է: Բարդություններից հանդիպում են նաև ուղիղ աղիքի արտանկումը, աղիքի ինվագինացիան, հետանցքի երոզիան, ճաքը, աղիների դիսբիոզը: Երկրորդային ինֆեկցիա միանալու դեպքում կարող է զարգանալ օտիտ, թոքաբորբ, բերանաբորբ:

Ախտորոշում: Ախտորոշման նպատակով մեծ նշանակություն ունի կղանքի մանրէաբանական հետազոտությունը, որի ժամանակ 20-80% դեպքում հայտնաբերվում են մանրէները: Մանրէների հայտնաբերման հավանականությունը բարձր է, եթե կղանքի ցանքսը կատարում են թարմ կղանքից և մինչև հիվանդի հակաբիոտիկներ ստանալը: Եթե կղանքային զանգվածները բացակայում են, արտազատուկը վերցնում են անմիջապես

ուղիղ աղիքից՝ ռեկտալ օղի միջոցով: Յանքսի համար վերցնում են լորձ, բայց ոչ արյուն: Յանքսը կատարում են Պլոսկիրնի միջավայրի վրա: Մանրէաբանական հետազոտության բացասական արդյունքների դեպքում կիրառում են շճաբանական մեթոդ:

Որպես էքսպրես մեթոդ կիրառվում է իմունոֆլյուորեսցենցիայի եղանակը:

Կոպրոլոգիական հետազոտությունը կիրառում են հիվանդության ջնջված ձևերը ախտորոշելու նպատակով (լորձի, լեյկոցիտների, էրիթրոցիտների առկայությունը), որոնց ժամանակ անգեն աչքով ախտաբանական խառնուրդները չեն հայտնաբերվում:

Գործիքային հետազոտություններից ամենաարդյունավետը ռեկտոռոմանոսկոպիան է, որը հնարավորություն է տալիս հետևել հաստ աղիքի վերջնահատվածի լորձաթաղանթի փոփոխություններին: Այդ փոփոխությունները կարող են լինել կատարալ, հեմոռագիկ, էրոզիվ, խոցային և ֆիբրինոզ բորբոքումների ձևով: Առողջացման ժամանակ լորձաթաղանթը դառնում է գունատ՝ թույլ արտահայտված անոթային ցանցով:

Բուժում: Հոսպիտալիզացիան իրականացվում է կլինիկական և էպիդեմիոլոգիական ցուցումներով: Սուր շրջանում սնունդը պետք է լինի մեխանիկական, թերմիկ, քիմիական խնայող և բավարար քանակի հեղուկի պարունակությամբ:

Դիզենտերիայի բուժումը կոմպլեքսային է.

1. ծանր դեպքերում, վաղ հասակում իմունդեֆիցիտով երեխաների մոտ՝ հակաբիոտիկներ՝

ֆտորիսինոլոններ (ցիպրոֆլոքսացին, նոքսիլոքսացին),
ցեֆալոսպորիններ (ցեֆոտաքսիմ), նաև՝ ամպիցիլին,
ֆուրազոլիդոն),

2. ռեհիդրատացիա՝ աղային լուծույթներ խմելու
(ռեհիդրոն), ներերակային ճանապարհով՝
ջրազրկման դեմ պայքարելու համար,
3. սպազմոլիտիկներ սպազմի դեմ,
4. էնտերոսորբենտներ (սմեկտա) մարսողությունը
լավացնելու համար,
5. պրոբիոտիկներ վերականգնման շրջանում,
6. հակաբիոտիկներով բուժում (տևողությունը 5-7 օր):
Բուժումից 2 օր անց պետք է կրկնել կղանքի
բակտերիոլոգիական քննությունը: Հիվանդին դուրս
են գրում ստացիոնարից կղանքի նորմալանալուց 3 օր
անց և կղանքի բակտերիոլոգիական հետազոտության
բացասական պատասխանի դեպքում:

Կանխարգելում: Վարակի օջախում կանխարգելիչ
միջոցառումները պետք է ուղղված լինեն համաճարակային
պրոցեսի 3 օղակների դեմ. վարակի աղբյուր, փոխանցման
ուղի և ընկալ օրգանիզմ: Առաջին օղակի՝ վարակի աղբյուրի
դեմ ուղղված միջոցառումներն են՝

- հիվանդների վաղ հայտնաբերում և մեկուսացում
մինչև կլինիկական լրիվ առողջացում և կղանքի
մանրէաբանական հետազոտության բացասական
արդյունք,
- միջոցառումներ կոնտակտավորների հետ.
կարանտինի սահմանում մաքսիմալ ինկուբացիոն
շրջանի չափով՝ 7օր, կարանտինի մեջ գտնվող

երեխաների դիտարկում (ջերմաչափում, կղանքի հաճախականության և բնույթի ստուգում, եթե կարիք կա՝ կղանքի մանրէաբանական հետազոտություն),

- շտապ հաղորդման քարտի (ձև N58) ուղարկում սանիտարահակահամաճարակային կայան:

Երկրորդ օղակի՝ փոխանցման մեխանիզմի դեմ ուղղված միջոցառումներն են՝

- Հիվանդին հոսպիտալիզացնելուց հետո տանը կատարել ընթացիկ ախտահանում, իսկ հիվանդի դուրս գրվելուց և առողջանալուց հետո՝ եզրափակիչ ախտահանում:
- Ախտահանել սննդի մնացորդները, սպասքը, սպիտակեղենը և բոլոր այն իրերը, որոնք կարող են վարակված լինել:
- Կենցաղի մեջ ներդնել անձնական հիգիենայի կանոնները՝ ձեռքերը լվանալ ուտելուց առաջ, գուգարանից օգտվելուց հետո և այլն:
- Պահպանել շրջակա միջավայրը աղտոտումից:
- Պայքարել ճանճերի, խավարասերների դեմ:
- Ախտահանել հիվանդի կղանքը, նոր լցնել կոյուղի:

Երրորդ օղակի՝ ընկալունակ օրգանիզմի դիմադրողականությունը բարձրացնել հետևելով երեխայի ճիշտ սնուցմանը, առողջ կենսակերպին: Թույլ առողջություն ունեցող կոնտակտավորների մոտ պասիվ իմունիտետ առաջացնել, նշանակել դիզենտերիային բակտերիոֆագ, կոմպլեքսային իմունոգլոբուլինային պրեպարատ, բիֆիդոմբակտերին և խթանիչ բուժում:

Դիզենտերիայի դեմ պայքարում մեծ նշանակություն ունի սննդային օբյեկտների, առևտրի օբյեկտների սանիտարական հսկողությունը, կենտրոնական և տեղային ջրամատակարարման աղբյուրների սանիտարական պահպանումը, ջրի մաքրումը և քլորացումը, մանկական և սննդի օբյեկտներում աշխատողների կղանքի պարտադիր մանրէաբանական քննությունը՝ բացիլակիրներին բացահայտելու համար: Կարևոր է նաև բնակչության շրջանում սանիտարալուսավորչական աշխատանքները:

ՍԱԼՄՈՆԵԼՅՈԶ

Սալմոնելյոզը մարդկանց և կենդանիներին ախտահարող վարակային հիվանդություն է, որի հարուցիչները սալմոնելաներն են: Այն ընթանում է ընդհանուր ինտոքսիկացիայով ու գաստրոէնտերիտով:

Էթիոլոգիա: Սալմոնելյոզի հարուցիչները պատկանում են enterobacteriaceae ընտանիքին, *Salmonella* ցեղին: Սալմոնելաները մանր, կլորացած ծայրերով գրամ-բացասական ցուպիկներ են, շարժուն են, ունեն մտրակներ, պահանջկոտ չեն սննդամիջավայրի հանդեպ, արտադրում են էնդոտոքսին:

Սալմոնելաները կայուն են արտաքին միջավայրում: 60 °C –ում ոչնչանում են 10-15 րոպեից, 100 °C -ում՝ անմիջապես: Կայուն են ցածր ջերմաստիճանում: Սառույցի մեջ պահպանվում են մի քանի ամիս, աղ դրած և ապխտած մսի մեջ՝ մինչև 2 ամիս, երկար պահպանվում են փոշու մեջ: Ախտահանիչ լուծույթների ազդեցությունից ոչնչանում են մի քանի րոպեից:

Էպիդեմիոլոգիա: Վարակի աղբյուր են հանդիսանում խոշոր և մանր եղջերավոր անասունները, թռչունները, ինչպես նաև հիվանդ և բացիլակիր մարդիկ: Վարակը փոխանցվում է ֆեկալ-օրալ մեխանիզմով, վարակի փոխանցման ուղին հիմնականում սննդայինն է: Վարակվում են հիմնականում մսամթերք, կաթնամթերք, ձու, միրգ, բանջարեղեն օգտագործելիս: Մսամթերքով վարակվում են հիվանդ կենդանու միս ուտելիս, կամ վարակված մսի մշակման և պատրաստման ընթացքում: Շփում-կենցաղային ուղով վարակումը հնարավոր է հիվանդանոցի ներսում և դրսևորվում է սալմոնելյոզի ներհիվանդանոցային բռնկումների ձևով:

Վարակի տարածումը տեղի է ունենում ծծակների, խաղալիքների, բուժաշխատողների ձեռքերի միջոցով: Մեծամասամբ վարակվում են մինչև 1 տարեկան երեխաները:

Սալմոնելյոզով հիվանդացությունը գրանցվում է ողջ տարին, սակայն ավելի հաճախ՝ ամռան-աշնան ամիսներին:

Դասակարգում: Տարբերում են սալմոնելյոզի հետևյալ կլինիկական ձևերը՝

1. տեղակայված ձև, որն ընթանում է գաստրիտի, գաստրոէնտերիտի կամ գաստրոէնտերոկոլիտի ձևով,
2. հանրայնացված ձև՝ տիֆանման, սեպտիկ, գրիպանման տարբերակներով,
3. բացիլակրություն՝ սուր և քրոնիկ տարբերակներով:

Կլինիկա: Ինկուբացիոն շրջանը 2 ժամից 2 օր է (միջինը 8-24 ժամ):

Դասակարգում: Ավելի հաճախ հանդիպում են սալմոնեյոզի տեղակայված ձևերը: Գաստրիտիկ ձևի դեպքում ինտոքսիկացիան թույլ է արտահայտված, ջերմությունը մինչև 38 °C է, առկա է ցավ էպիգաստրալ շրջանում, սրտխառնոց, փսխում: Լուծ չի լինում:

Գաստրոէնտերիտիկ ձևին բնորոշ է լավ արտահայտված ինտոքսիկացիան՝ թուլություն, գլխացավ, 38-40°C ջերմություն, որովայնի նոպայաձև ցավեր, սրտխառնոց, հաճախակի փսխում, լուծ՝ օրը 3-5 մինչև 15-20 անգամ առատ, փրփրոտ, մուգ կանաչ գույնի (ճահճային մամուռի նման): Որովայնը չափավոր փքված է, շոշափելիս ցավոտ է էպիգաստրալ, պորտի և աջ զստափոսի շրջանը (սա կոչվում է սալմոնեյոզային եռանկյունի):

Գաստրոէնտերոկոլիտիկ ձևը սկզբում նման է գաստրոէնտերիտի, հետագայում միանում են կոլիտի նշանները՝ կղանքում լորձ և արյուն, տենեզմներ և «կեղծ նիքեր»: Որովայնի շոշափումը ցավոտ է ձախ զստափոսի շրջանում (սիզմայաձև աղին կծկված է և հաստացած):

Ըստ ծանրության բոլոր տեղակայված ձևերը կարող են ընթանալ թեթև, միջին կամ ծանր ընթացքներով՝ կախված ինտոքսիկացիայի և ջրազրկման ծանրության աստիճանից: Սալմոնեյոզի հանրայնացված ձևերն ավելի քիչ են հանդիպում՝ գլխավորապես կրծքահասակ երեխաների մոտ:

Տիֆանման ձևը կլինիկորեն շատ նման է տիֆին, ինտոքսիկացիան խիստ արտահայտված է, գիտակցությունը մթազնած, ջերմությունը մշտապես բարձր է, որովայնի մաշկի վրա նկատվում է ռոզեոլոզ ցան, լեզուն չոր է, փառակալած:

Մեպտիկ ձևի դեպքում ինտոքսիկացիան խիստ արտահայտված է, ջերմային կորը հեկտիկ տիպով է: Մաշկի վրա առաջանում է հեմոռագիկ ցան: Լյարդն ու փայծաղը մեծացած են: Տարբեր օրգաններում կան թարախային օջախներ:

Գրիպանման ձևն ընթանում է թեթև ինտոքսիկացիայով, քթի, բերանի շրջանում հերպետիկ ցանով, հագով, փոշտոցով, կոկորդի կարմրությունով: 3-5 օրից բոլոր նշաններն անցնում են:

Կրած հիվանդությունից հետո, որպես հետևանք, կարող է մնալ բացիլակրություն: Բացիլակրությունը կոչվում է սուր, եթե տևում է 3 ամիս, քրոնիկ՝ 3 ամսից ավել:

Ախտորոշում: Ախտորոշման նպատակով կատարվում են մանրէաբանական և շճաբանական հետազոտություններ: Մանրէաբանական հետազոտման ժամանակ սալմոնելյոզի տեղակայված ձևերի դեպքում հետազոտման համար նյութ են ծառայում փսխման մասսաները, ստամոքսի լվացման ջրերը, կղանքը, սննդի մնացորդները, իսկ հանրայնացված ձևերի դեպքում՝ նաև արյունը և մեզը: Շճաբանական հետազոտման մեթոդներից կիրառվում է անուղղակի հեմագլյուտինացիայի ռեակցիան՝ նախնական 1:160 ախտորոշիչ տիտրով: Շճաբանական հետազոտումը կատարում են հիվանդության առաջին շաբաթվա վերջից, որը հնարավորություն է տալիս արյան շիճուկում հայտնաբերել հարուցիչների նկատմամբ սինթեզված հակամարմինները: Այն կրկնում են 7-10 օր հետո՝ տիտրի աճ հայտնաբերելու նպատակով:

Բուժում: Հոսպիտալիզացիան կատարվում է կլինիկական և էպիդեմիոլոգիական ցուցումներով:

Սալմոնեյոզի լոկալիզացված ձևերի ժամանակ հակաբիոտիկոթերապիա չի կիրառվում, քանի որ հիվանդության պաթոգենեզում հիմնական դեր են կատարում տոքսինները, ոչ թե սալմոնելաները:

Բուժման հիմքում ընկած է դեզինտոքսիկացիան և ռեհիդրատացիան:

Ջրազրկման նշանների բացակայության դեպքում խմեցնում են ռեհիդրոն: Չափավոր և ծանր ջրազրկման ժամանակ հեղուկները ներմուծում են ներերակային ճանապարհով:

Ռեհիդրատացիոն թերապիային զուգահեռ նշանակվում են էնտերոսորբենտներ (էնտերոսորբ, էնտերոդեզ, պոլիֆեպան):

Գեներալիզացված ձևի ժամանակ դեզինտոքսիկացիոն և ռեհիդրատացիոն թերապիայի հետ միասին նշանակվում են հակաբիոտիկներ (լեոմիցետին, ամպիցիլին, ցիպրոֆլոքսացին):

Հիվանդները ստացիոնարից դուրս են գրվում կլինիկական առողջացման և կղանքի բակտերիոլոգիական քննության բացասական արդյունքի առկայության դեպքում:

Կանխարգելում: Վարակային պրոցեսի առաջին օդակի՝ վարակի աղբյուրի դեմ ուղղված միջոցառումներն են՝

- կանխել սալմոնեյոզի տարածումը ընտանի կենդանիների ու թռչունների շրջանում,
- մսի կոմբինատներում և կաթնամթերքի արտադրամասերում խստորեն պահպանել սանիտարական ռեժիմը,

- հետևել սննդամթերքի մշակմանը, տեղափոխմանը, պահպանմանը, ինչպես նաև վաճառքի ընթացքում սալմոնեյաներով չվարակվելուն,
- հետևել, որ արտադրվող սննդամթերքը ենթարկվի ճիշտ խոհարարական և ջերմային մշակման,
- սալմոնեյոգով հիվանդ երեխային պետք է մեկուսացնել, շտապ հաղորդման քարտն ուղարկել սանիտարա-հակահամաճարակային կայան՝ շփվածների նկատմամբ սահմանել 7 օրյա կարանտին և դիտարկում՝ կղանքի մանրէաբանական հետազոտությամբ:

Երկրորդ օղակի՝ փոխանցման մեխանիզմների դեմ ուղղված միջոցառումներն են՝

- հիվանդին հոսպիտալիզացնելուց հետո տանը կատարել ընթացիկ ախտահանում, իսկ հիվանդի առողջանալուց հետո՝ եզրափակիչ ախտահանում: Ախտահանել սննդի մնացորդները, սպասքը, սպիտակեղենը և բոլոր իրերը, որոնք կարող են վարակված լինել:
- ներհիվանդանոցային վարակվածությունը կանխարգելելու նպատակով բժշկական անձնակազմը պետք է խստորեն պահպանի հակահամաճարակային բոլոր միջոցառումները.
- ախտահանել հիվանդի կղանքը, նոր լցնել կոյուղի:

Երրորդ օղակի՝ ընկալունակ օրգանիզմի դիմադրողականությունը բարձրանելու նպատակով պետք է հետևել երեխայի ճիշտ սնուցմանը, առողջ կենսակերպին:

ԿՈԼԻԷՆՏԵՐԻՏ

Կոլիէնտերիտը (էշերիխիոզ, աղիքային կոլիինֆեկցիա) սուր վարակային հիվանդություն է, որն առաջանում է աղիքային ցուպիկի որոշ շտամներից, ուղեկցվում է աղեստամոքսային համակարգի ախտահարմամբ:

Էթիոլոգիա: Հարուցիչը աղիքային ցուպիկն է՝ (*Escherichia coli*), որը գրամ-բացասական է, ունի մտրակներ, աճում է հատուկ սննդային միջավայրերում: Տարբերում են պայմանական-ախտածին աղիքային ցուպիկներ, որոնք աղիների մշտական բնակիչներն են և ախտածին աղիքային ցուպիկներ, որոնք առաջացնում են աղիքային հիվանդություններ: Գոյություն ունի աղիքային ցուպիկի շուրջ 170 սերոտիպ, որոնք իրարից տարբերվում են ըստ սոմատիկ 0-անտիգենի: Դրանցից 80-ը մարդու համար ախտածին են: Վերջիններս դասակարգվում են հետևյալ 4 խմբերի՝

1. Էնտերոպաթոգեն (սալմոնելյոզային տիպ),
2. Էնտերոտոքսիկ (խոլերանման տիպ),
3. Էնտերոինվազիվ (դիզենտերիանման տիպ),
4. Էնտերոհեմոռագիկ տիպ:

Էնտերոպաթոգեն և էնտերոտոքսիկ աղիքային ցուպիկները ախտահարում են կրծքով սնվող երեխաների աղիները, իսկ էնտերոինվազիվ տիպը՝ դպրոցական երեխաների աղիները: Աղիքային ցուպիկը կայուն է արտաքին միջավայրում, 60°C-ում ոչնչանում է 15 րոպեից: Հողում և ջրում պահպանվում է 2-3 ամիս, իսկ կաթի մեջ նույնիսկ բազմանում է, ախտահանող նյութերից ոչնչանում է 20-30 րոպեում:

Էպիդեմիոլոգիա: Վարակի աղբյուր են հանդիսանում հիվանդ մարդը և բացիլակիրը: Վարակը փոխանցվում է կամ Էկզոգեն ճանապարհով՝ արտաքին միջավայրից, կամ Էնդոգեն՝ օրգանիզմի ներսից: Էկզոգեն ճանապարհով վարակը փոխանցվում է ֆեկալ-օրալ մեխանիզմով: Փոխանցման ուղիներն են շփում-կենցաղային, սննդային, ջրային: Սննդային ուղով վարակը հիմնականում փոխանցվում է կաթով և կաթնամթերքներով: Երեխայի վարակը մորից կարող է տեղի ունենալ երեխայի ծնվելու պահին կամ ծննդից հետո, եթե մոր մոտ կա ախտածին աղիքային ցուպիկով վարակակրություն:

Վարակման էնդոգեն ուղին հանդիպում է, երբ էնտերոպաթոզեն կամ էնտերոտոքսիգեն տիպի աղիքային ցուպիկով բացիլակիր առողջ երեխայի դիմադրողականությունն ընկնում է և բարձրանում է հարուցչի ախտածնությունը:

Հիվանդությունը հանդիպում է ամբողջ տարվա ընթացքում եզակի դեպքերի ձևով կամ համաճարակային բռնկումների ձևով: Գլխավորապես հիվանդանում են կրծքահասակ, անհաս և այլ հիվանդություններով հիվանդ թուլակազմ երեխաները: Կրած կոլիենտերիտից հետո անընկալունակությունը կարճատև է և գործում է միայն հարուցչի տվյալ տիպի նկատմամբ:

Կլինիկա: Կլինիկական պատկերը կախված է հարուցչի տեսակից: Տարբերում են հիվանդության 2 տիպ՝ խոլերանման և դիզենտերիանման:

Խոլերանման ձևը հիշեցնում է խոլերայի թեթև ձևը: Ինկուբացիոն շրջանը կարճատև է՝ 1-3 օր: Նորածինների և

անհասաների մոտ ընթանում է սրընթաց, բայց առանց բարձր ջերմության: Առաջին օրերից ի հայտ են գալիս ցավ որովայնում, գլոտոցներ և ոչ հաճախակի, բայց երկարատև, համառ փսխում և ջրիկ կղանք (օրը 15-20 անգամ): Կղանքը ջրառատ է, փրփրոտ, դեղնավուն կամ նարնջագույն, նկատվում է անգույն լորձ: Շատ արագ, ժամերի ընթացքում զարգանում է էքսիկոզ՝ ջրազրկում, շոկ:

Կրծքահասակ և մյուս տարիքի երեխաների մոտ սկիզբը սուր չէ, ջերմությունը կամ նորմալ է, կամ սուբֆերիլ, ընդհանուր ինտոքսիկացիան չափավոր է արտահայտված, փսխումը օրը 2 անգամ է, կղազատման հաճախությունը առավելագույնի է հասնում հիվանդության 5-7 օրերին: Ջրազրկումը զարգանում է աստիճանաբար, որն էլ որոշում է հիվանդության ծանրության աստիճանը: Ջրազրկման քանակական գնահատականը տալիս են ելնելով երեխայի կշռի տարբերությունից մինչև ջրազրկումը և ջրազրկման պահին (արտահայտված տոկոսներով): Եթե չկա երեխայի կշռի ցուցանիշը մինչև ջրազրկումը՝ ջրազրկման աստիճանը որոշում են ելնելով կլինիկական նշաններից:

Տարբերում են ջրազրկման 3 աստիճան (աղյուսակ).

Կշռի դեֆիցիտ %	1 2 3 4 5 Ա.6 7 8 Բ ¹		9 Բ ²	10 11 12 13 14 15 Գ
Վերականգնման միջոցները	Օրալ - ռեհիդրատացիա		Ներերակային ռեհիդրատացիա	
Ախտանիշներ				
Ընդհանուր վիճակը	Լավ է, առույգ է	Գրգռված է անհան- գիստ	Թորշոմած է, աղինամիկ, քնկոտ, անգիտակից	

Աչքերը	Ակնա- գնդերը ներընկած չեն	Ակնա- գնդերը ներընկած են	Չոր, խիստ ներընկած ակնագնդեր
Արցունքները	Լացում է արցունքնե րով	Չկան	Չկան
Բերանի լ/թ, լեզու	Խոնավ են	Չոր են	Չոր են, լեզուն կպնում է քիմքին
Ծարավի զգացում	Խմում է լավ, ծարավի զգացում չկա	Ազահ է խմում	Չի խմում, անգիտակից է
Մաշկի էլաստիկու- թյուն, մաշկային ծալք, հյուսվածք- ների տուրգոր	Պահպան- ված է, արագ է հարթվում	Ընկած է, դանդաղ է հարթվում	Խիստ ընկած է, չի հարթվում
Զրազրկման գնահատա- կանը	Զրազ- րկման նշաններ չկան	Զրա- զրկումը արտահայ տված է	Ծանր ջրազրկման նշաններ
Դիուրեզ	Նորմայում է երեխան միզում է	Մեզի քանակը չափավոր է	Անուրիա, մաշկի գույնը՝ հողագույն, մարմնի ջերմաստիճանը 36° C և ցածր

Վաղ հասակի երեխաների մոտ կոլիէնտերիտը կարող է ընթանալ սուր շնչական հիվանդությունների հետ միաժամանակ՝ թեթև էնտերիտի տեսքով:

Դիզենտերիանման կոլիէնտերիտը ունի թեթև ընթացք: Կլինիկական ընթացքը չի տարբերվում դիզենտերիայից:

Ախտորոշում: Ախտորոշումը հաստատելու նպատակով կատարում են կղանքի, փսխման զանգվածի մանրէաբանական հետազոտություն:

Բուժում: Հոսպիտալիզացիան իրականացվում է կլինիկական և էպիդեմիոլոգիական ցուցումներով:

Խոլերանման կոլիէնտերիտի դեպքում բուժումն ուղղված է հեղուկների և աղերի կորստի վերականգնմանը (օրալ և պարէնտերալ ռեհիդրատացիա):

Դիզենտերիանման կոլիէնտերիտի դեպքում բուժումն իրականացվում է 3 ուղղությամբ՝

1. դեզինտոքսիկացիա,
2. ռեհիդրատացիա,
3. որոշ դեպքերում՝ հակաբիոտիկոթերապիա

(նիտրոֆուրաններ, ցիպրոֆլոքսացին):

Բուժումից 2 օր անց պետք է կրկնել կղանքի բակտերիոլոգիական քննությունը: Հիվանդին դուրս են գրում ստացիոնարից կղանքի նորմալանալուց 3 օր անց և կղանքի բակտերիոլոգիական հետազոտության բացասական պատասխանի դեպքում:

Կանխարգելում: Անհրաժեշտ է պահպանել սանիտարահիգիենիկ ռեժիմ, ինֆեկցիայի օջախում կատարել ընթացիկ և եզրափակիչ ախտահանում: Սպեցիֆիկ կանխարգելում մշակված չէ:

ՌՈՏԱՎԻՐՈՒՄԱՅԻՆ ՎԱՐԱԿ

Ռոտավիրուսային վարակը սուր վարակային հիվանդություն է, որն ընթանում է չափավոր ինտոքսիկացիայով, տենդով և էնտերիտով:

Էթիոլոգիա: Հարուցիչը ռոտավիրուսն է, որը ՌՆԹ պարունակող վիրուս է և էլեկտրոնային մանրէադիտակով անիվի տեսք ունի: Ռոտավիրուսները (այսուհետև՝ ՌՎ) տարածվում են ամենուր, շատ կայուն են արտաքին միջավայրում:

Էպիդեմիոլոգիա: Վարակի աղբյուրը մարդն է: Վարակը փոխանցվում է ֆեկալ-օրալ մեխանիզմով՝ հատկապես ջրային ճանապարհով, որով էլ պայմանավորված են ռոտավիրուսային վարակի խոշոր բռնկումները: Մանդային և շփում-կենցաղային ճանապարհներով փոխանցումը հազվադեպ է հանդիպում: Հիվանդացությունը բարձր է հատկապես ցուրտ ամիսներին՝ նոյեմբերից մինչև մայիս ընկած ժամանակահատվածում: Վարակման առումով առավել խոցելի են 6 ամսականից մինչև 2 տարեկան երեխաները: Մինչև 3 ամսականների շրջանում ՌՎ-ի վարակվածության մակարդակը համեմատաբար ցածր է՝ մայրական պասիվ հակամարմինների և կրծքի կաթի պաշտպանական հատկությունների շնորհիվ: Մինչև 3 տարեկան երեխաներից գրեթե յուրաքանչյուրը վարակվում է ՌՎ-ով ամենաքիչը մեկ անգամ:

Պաթոգենեզ: Հարուցիչը պատկանում է էնտերոտրոպ վիրուսներին, որն ախտահարում է բարակ աղիների էպիթելը,

որի հետևանքով էլ խանգարվում են սննդանյութերի մարսումն ու ներծծումը:

Կլինիկա: Ինկուբացիոն շրջանը մինչև 7 օր է, միջինը՝ 2-3 օր: Մեծ մասամբ սկսվում է սուր, անսպասելի: Հիմնական ախտանիշը գաստրոէնտերիտն է: Հիվանդների մեծ մասի մոտ հիվանդությունը սկսվում է փսխումով: Փսխումը միանվագ է, հազվադեպ է կրկնվում, դադարում է 1 օրից: Փսխումից հետո կամ միաժամանակ սկսվում է փորլուծությունը: Կղանքը ջրառատ է, փրփրոտ, դեղնա-կանաչավուն, տհաճ հոտով: Կղարձակման հաճախականությունը օրը 1-20 անգամ է (ավելի հաճախ՝ 5-10 անգամ): Այն կարող է բերել ջրազրկման: Հաճախ է նկատվում որովայնի էպիգաստրալ և մեզոգաստրալ շրջանում կծկող ցավեր և լսվում է տարածության վրա աղիների գրգռոց: Այս երևույթներին միանում են թունավորման նշանները՝ ընդհանուր թուլություն, ենթատենդային ջերմություն, որոնք չեն համապատասխանում ալիքային ախտանիշների արտահայտվածությանը: Օբյեկտիվ հետազոտման ժամանակ, կապված ջրի մեծ կորստի հետ, նկատվում է բերանի չորություն, լեզվի փառակալում: Որովայնը փափուկ է, մի փոքր ցավոտ պորտի շրջանում:

Հիվանդությունը սովորաբար տևում է 5-7 օր: Մահվան ելք գրանցվում է վաղ հասակի երեխաների մոտ, որոնք ունեն իմունային անբավարարություն կամ հիպոտրոֆիա:

Ախտորոշում: Համաճարակային բնկումների դեպքում ախտորոշումը դրվում է կլինիկորեն: Սպորադիկ հիվանդացության դեպքում անհրաժեշտ է լաբորատոր հաստատում: ՌՎ վարակի հաստատման ամենատարածված

մեթոդը համարվում է կղանքի նմուշում ՌՎ-ային հակաձնի հայտնաբերումը՝ իմունոֆերմենտային հետազոտության մեթոդով (ԻՖՍ), կատարվում են նաև արյան նմուշում հակաձնի հայտնաբերման նպատակով շճաբանական հետազոտություններ և վիրուսի ՌՆԹ-ի հայտնաբերում պոլիմերազային շղթայական ռեակցիայի մեթոդով (ՊՇՌ):

Կղանքը հավաքում են ստերիլ գդալիկով՝ ստերիլ ֆլակոնում, որը փակում են ռետինե խցանով, ամրացնում կպչուն սպեղանիով և հասցնում լաբորատորիա սառույցով կոնսեյներով:

Բուժում: Հոսպիտալացվում են հիվանդության միջին և ծանր ձևերով հիվանդները: Հիվանդության սուր շրջանում ածխաջրատները կտրուկ սահմանափակում են, սպիտակուցների քանակն՝ ավելացնում: Լիովին բացառում են կաթը, հում բանջարեղենն ու մրգերը: Ջրազրկման աստիճանից կախված՝ կատարվում է օրալ և պարենտերալ ռեհիդրատացիա: Հիվանդները դուրս են գրվում ստացիոնարից 10-15 օրից՝ կլինիկական առողջացումից հետո:

Կանխարգելում: Ոչ սպեցիֆիկ կանխարգելիչ միջոցառումներից են՝ բնակարանային սանիտարա-հիգիենիկ վիճակի բարելավումը, ջրամատակարարման նկատմամբ խիստ սանիտարահիգիենիկ հսկողությունը, ընդհանուր հիգիենայի մակարդակի բարձրացումը: Բժշկական հաստատություններում անհրաժեշտ է խստորեն կատարել հակահամաճարակային միջոցառումներ, ընթացիկ և եզրափակիչ ախտահանում:

Սպեցիֆիկ կանխարգելումը կատարվում է Rotarix պատվաստանյութով: Պատվաստանյութը արտադրվում է պոլիէթիլենային սեղմվող, մեկ դեղաչափ (1,5 մլ) պարունակող պարկուճներով: Ներմուծվում է բերանային ճանապարհով՝ 2 դեղաչափ սխեմայով: Առաջին դեղաչափը տրվում է երեխայի կյանքի 6-15 շաբաթվա ընթացքում, իսկ երկրորդը՝ 4 շաբաթ հետո: Առաջին պատվաստումը չպետք է կատարվի, եթե «ուշացել է» և երեխան 15 շաբաթականից մեծ է, իսկ երկրորդ պատվաստումը չպետք է տրվի երեխային 32 շաբաթական տարիքից ուշ:

ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ

ԽՆԱՍՔԸ ՄՇՎԻ-ՆԵՐԻ, ԲՐՈՆԽԻՏԻ, ԹՈՔԱԲՈՐԲԻ
ԺԱՄԱՆԱԿ

h/h	Քույրական միջամտությունների պլան	Հիմնավորում
1.	Տեղեկացնել հիվանդին և նրա ծնողներին հիվանդության մասին:	- Ահովում է հիվանդության մասին տեղեկություն ստանալու հիվանդի իրավունքը: - Հիվանդը և նրա ծնողները հասկանում են միջամտությունների անհրաժեշտությունը:
2.	Ամբուլատոր բուժման ժամանակ հիվանդին մեկուսացնել մինչև կատառալ երևույթների անհետանալը:	Վարակի տարածման կանխարգելում:
3.	Ստացիոնար հիվանդին տեղավորել մեկուսարանում:	Խաչաձև վարակման կանխարգելում:
4.	Կազմակերպել դիմակային ռեժիմ:	Օդակաթիլային վարակի կանխարգելում:
5.	Մուր շրջանում սահմանել անկողնային ռեժիմ:	Բարդությունների կանխարգելում:
6.	Ապահովել մաքուր օդով:	Շնչառական համակարգի հիվանդությունների ժամանակ զարգանում է թթվածնային քաղց:

7.	Հիվանդին անկողնում տալ բարձրադիր դիրք:	• Նվազում է արյան հոսքը դեպի թոքերը, իջնում է ստոծանին, հեշտանում է շնչառությունը:
8.	Օրը 2-3 անգամ կատարել հիվանդասենյակի օդափոխում: Սենյակի օդի ջերմաստիճանը պետք է լինի 18 ⁰ -20 ⁰ C:	• Մաքուր օդը նպաստում է շնչառության լավացմանը: • Նվազում է հարուցչի կոնցենտրացիան:
9.	Օրը 2 անգամ կատարել սենյակի խոնավ մաքրում:	• Վարակի տարածման կանխարգելում:
10.	Տալ հիվանդին դրենաժային դիրք: Հաճախակի փոխել հիվանդի դիրքը անկողնում: Վաղ հասակի երեխաներին հաճախակի գրկել:	• Հեշտացնում է խորիվ հեռացումը շնչուղիներից: Կանխվում է կանգային երևույթների զարգացումը:
11.	Պահպանել աչքերի և քիթըմպանի լորձաթաղանթների, մաշկի հիգիենան:	• Ապահովվում է մաշկի շնչառական ֆունկցիան: • Շնչառական համակարգի հիվանդությունների ժամանակ առկա են կատարալ երևույթներ, կոնյուկտիվիտ, որը պահանջում է լրացուցիչ խնամք:
12.	Վերացնել հիվանդի մոտ փորկապությունը, կանխել փորկապության առաջացումը: Կատարել մաքրող հոգնա:	• Փորկապությունը ուժեղացնում է ինտոքսիկացիան: • Փորկապությունը նպաստում է մեթերիզմին, որը բերում է ստոծանու բարձրացմանը և շնչառության դժվարացմանը:

13.	Սահմանափակել ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունը:	Ամեն տեսակի ծանրաբեռնվածությունը պահանջում է լրացուցիչ թթվածին, իսկ տվյալ հիվանդությունների ժամանակ կարող է զարգանալ թթվածնային անբավարարություն:
14.	Տալ հիվանդին առատ հեղուկներ (թեյ, կաթ, հյութեր, հանքային գազահանված ջուր), դյուրամարս սնունդ: Հիվանդին կերակրել «կոտորակային եղանակով»:	- Առատ հեղուկները նպաստում են օրգանիզմից թույների դուրս բերմանը: «Կոտորակային» եղանակը չի ծանրաբեռնում ստամոքսը, չի բարձրացնում ստոծանին և չի խանգարում շնչառությանը:

ԽՆԱՄՔԸ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՅՈՋԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Նպատակ: Կանխել վարակի տարածումը, ապահովել հիվանդության դրական ելքը, կազմակերպել երեխայի լիարժեք խնամքը:

h/h	Քույրական միջամտությունների պլան	Հիմնավորում
1.	Տեղեկացնել հիվանդին և նրա ծնողներին հիվանդության մասին:	- Պահպանվում է հիվանդի իրավունքը տեղեկատվության վերաբերյալ: - Անցկացվում է հոգեբանական և

		դաստիարակչական աշխատանք երեխայի և ծնողների հետ: • Երեխան և նրա ծնողները հիասկանում են անցկացվող միջոցառումների անհրաժեշտությունը:
2.	Մեկուսացնել երեխային:	• Վարակի տարածման կանխում:
3.	Կազմակերպել դիմակային ռեժիմ (խնամողները և հիվանդի հետ շփվողները պետք է հագնեն դիմակ):	• Կանխվում է վարակի տարածումը օդակաթիլային ճանապարհով:
4.	Օրը 2 անգամ կատարել հիվանդասենյակի խոնավ մաքրում, հատկապես ուշադրություն դարձնել հիվանդից 2 մետր շառավղով գտնվող առարկաների վրա: Կատարել սենյակի օդափոխում օրը 3-4 անգամ:	• Վնասագերծվում են հիվանդասենյակի մակերեսները: Կոխի ցուպիկը տարածվում է 2 մետրից ոչ ավել տարածության վրա: • Օդափոխումը ապահովում է Կոխի ցուպիկի կոնցենտրացիայի նվազումը օդում, հեշտացնում է շնչառությունը:
5.	Կազմակերպել ընթացիկ ախտահանում:	• Տուբերկուլյոզի միկոբակտերիան կայուն է արտաքին միջավայրում, որը հնարավոր է դարձնում վարակի տարածումը առարկաների միջոցով:

6.	Կազմակերպել հիվանդի սնուցումը: Սնունդը պետք է լինի հարուստ սպիտակուցներով, վիտամիններով, կալցիումով: Սննդաբաժնում ներառել մրգեր, մրգահյութեր, բանջարեղեն, կաթնամթերք, միս: Սննդի կալորիականությունը պետք է լինի նորմայից 15%-20% բարձր:	• Սպիտակուցները և վիտամինները խթանում են հիվանդի իմունիտետը: • Կալցիումը անհրաժեշտ է օջախների կալցիֆիկացիայի համար, որը բերում է հիվանդության դրական ելքին:
7.	Ախորժակը լավացնելու համար ուտելուց առաջ հանել երեխային զրոսանքի մաքուր օդում, գեղեցիկ մատուցել սնունդը, կերակրել երեխային ռեժիմով օրը 4-5 անգամ:	• Տուբերկուլյոզի ժամանակ ընկնում է ախորժակը, երեխաները հետ են մնում ֆիզիկական զարգացումով: Թերսնման պատճառով ընկնում է իմունիտետը, օրգանիզմը չի կարողանում պայքարել հիվանդության դեմ:
8.	Ուսուցանել հիվանդին հազի կանոնները:	• Կանխվում է վարակի տարածումը օդակաթիլային ճանապարհով: • Կանխվում է հարուցչի տարածումը շրջակա միջավայրում:

9.	Ապահովել ջերմային ռեժիմը հիվանդասենյակում (18 ⁰ -20 ⁰ C):	• Զով օդը հեշտացնում է շնչառությունը, խորխազատումը: • Օդի ջերմաստիճանի բարձրացումը բերում է հիվանդի քրտնարտադրության շատացմանը, իսկ իջեցումը՝ հիվանդի մրսածության վտանգին:
10.	Պահպանել երեխայի անձնական հիգիենան: Հաճախակի փոխել խոնավ ներքնաշորերը:	• Տուբերկուլյոզի ժամանակ նկատվում է առատ քրտնարտադրություն:
11.	Ապահովել երեխայի լիարժեք հանգիստը:	• Երեխաները դյուրագրգիռ են, շուտ են հոգնում, թույլ են:

ԽՆԱՄՔԸ ԿԱՐՄՐՈՒԿԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Նպատակ: Կանխել վարակի տարածումը, կազմակերպել լիարժեք խնամքը, կանխել բարդությունների զարդացումը:

h/h	Քույրական միջամտությունների պլան	Հիմնավորում
1.	Տեղեկացնել հիվանդին և նրա ծնողներին հիվանդության մասին:	• Պահպանվում է հիվանդի իրավունքը տեղեկատվության վերաբերյալ:

		• Անցկացվում է հոգեբանական և դաստիարակչական աշխատանք երեխայի և ծնողների հետ: • Երեխան և նրա ծնողները հիասկանում են անցկացվող միջոցառումների անհրաժեշտությունը:
2.	Մեկուսացնել հիվանդին հիվանդության առաջին օրից մինչև վերջին ցանի դուրս գալու 5րդ օրը:	• Վարակի տարածման կանխարգելում:
3.	Սահմանել դիմակային ռեժիմ:	• Կանխվում է վարակի տարածման օդակաթիլային ճանապարհը:
4.	Կատարել հիվանդասենյակի կանոնավոր օդափոխում և խոնավ մաքրում:	• Նվազում է հարուցչի կոնցենտրացիան շրջապատում: Ապահովվում է մաքուր օդը:
5.	Մենյակի մթնեցնել աչքերը պահպանելու նպատակով:	• Մեղմանում է աչքերի ցավը, լուսավախությունը, որը կապված է կոնյուկտիվիտի հետ:
6.	Տալ դյուրամարս սնունդ: սնունդը պետք է լինի հարուստ կաթնամթերքով, մրգերով, բանջարեղենով:	• Կարմրուկի ժամանակ նկատվում են կատարալ երևույթներ, լնդերի և բերանի լորձաթաղանթի բորբոքում, Ֆիլատով-Կոպլիկի բծեր:

7.	Ամեն սնունդ ընդունելուց հետո անցկացնել բերանի խոռոչի սանացիա:	Ստոմատիտի կանխարգելում:
8.	Զերծ պահել հիվանդին երկրորդային վարակից:	Կանխում են բարդությունները:

ԽՆԱՄՔԸ ԿԱՐՄՐԱԽՏԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Նպատակ: Կանխել վարակի տարածումը, կազմակերպել, լիարժեք խնամքը, կանխել բարդությունների զարգացումը:

հ/հ	Քույրական միջամտությունների պլան	Հիմնավորում
1.	Տեղեկացնել հիվանդին և նրա ծնողներին հիվանդության մասին:	- Պահպանվում է հիվանդի իրավունքը տեղեկատվության վերաբերյալ: - Անցկացվում է հոգեբանական և դաստիարակչական աշխատանք երեխայի և ծնողների հետ: - Երեխան և նրա ծնողները հիասկանում են անցկացվող միջոցառումների անհրաժեշտությունը:
2.	Մեկուսացնել հիվանդին հիվանդության առաջին	Վարակի տարածման կանխարգելում:

	օրից մինչև վերջին ցանի դուրս գալու 5րդ օրը:	
3.	Կանխել հիվանդի շփումը հղի կանանց հետ:	Կարմրախտի վիրուսը ունի տերատոգեն հատկություն, այսինքն առաջացնում է պտղի զարգացման շեղումներ, բնածին արատներ:
4.	Կատարել հիվանդասենյակի կանոնավոր օդափոխում և խոնավ մաքրում:	Նվազեցնում է հարուցչի կոնցենտրացիան շրջապատում: Ապահովում է մաքուր օդը:
5.	Մենյակը մթնեցնել աչքերը պահպանելու նպատակով:	Մեղմանում է աչքերի ցավը, լուսավախությունը, որը կապված է կոնյուկտիվիտի հետ:

ԽՆԱՄՔԸ ՔՈՒԹԵՇԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Նպատակ: Կանխել վարակի տարածումը, կազմակերպել լիարժեք խնամք, կանխել բարդությունների զարգացումը:

h/h	Քույրական միջամտությունների պլան	Հիմնավորում
1.	Տեղեկացնել հիվանդին և նրա ծնողներին հիվանդության մասին:	Պահպանվում է հիվանդի իրավունքը տեղեկատվության վերաբերյալ: Անցկացվում է հոգեբանական և դաստիարակչական

		աշխատանք երեխայի և ծնողների հետ: Երեխան և նրա ծնողները հիասկանում են անցկացվող միջոցառումների անհրաժեշտությունը:
2.	Մեկուսացնել հիվանդին 10 օրով (եթե երեխան 8 տարեկանից փոքր է, ապա 10 օրին ավելացնել ևս 12 օր «տնային ռեժիմ»):	Վարակի տարածման կանխում: Հիմնականում քույրեշով վարակվում են մինչև 8 տարեկան երեխաները:
3.	Կազմակերպել դիմակային ռեժիմ՝ հիվանդի հետ շփվելիս:	Վարակի տարածման կանխարգելում:
4.	Օդափոխել հիվանդասենյակը օրը 2 անգամ: Օրը 2 անգամ կատարել սենյակի խոնավ մաքրում:	Նվազում է հարուցչի կոնցենտրացիան շրջապատում: Ապահովել մաքուր օդը:
5.	Կազմակերպել ախտահանում:	Ստրեպտոկոկը կայուն է շրջակա միջավայրում:
6.	Կազմակերպել երեխայի ճիշտ սնուցումը: Սնունդը պետք է լինի՝ ա/ ջրիկ, շիլայածկ, մանր կտրատած, խաշած, գոլ վիճակում բ/ մեխանիկական, քիմիական, թերմիկ տեսակետիվ խնայող,	Չի գրգռում բկանցքը (չկա քույրեշ առանց անգինայի): Կալիումը շթանում է սրտի աշխատանքը: Նվազում է ծանրաբեռնվածությունը երիկամների և սրտի վրա: Կանխվում է միոկարդիտը և նեֆրիտը: Ստրեպտոկոկը ստեղծում է օրգանիզմում ալերգիկ ֆոն, որը

		նպաստում է սրտի և երիկամների ախտահարմանը: Բարդությունները կարող են զարդանալ 3 շաբաթվա ընթացքում:
7.	Սուր շրջանում սահմանել խիստ անկողնային ռեժիմ: Լավացմանը զուգահեռ ընդլայնել ռեժիմը:	Բարդությունների կանխարգելում (միոկարդիտ, նեֆրիտ)
8.	Հետևել բերանի խոռոչի հիգիենային:	«Չկա քույրեշ առանց տոնգիլիտի»
9.	Հետևել հիվանդի դիուրետիկ, մեզի բնույթին 3 շաբաթվա ընթացքում:	1-3 շաբաթվա ընթացքում կարող է զարգանալ նեֆրիտ:

ԽՆԱՍՔԸ ԴԻՖԹԵՐԵՆՑԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Նպատակ: Կանխել վարակի տարածումը, կազմակերպել լիարժեք ինամբը, կանխել բարդությունների զարգացումը:

h/h	Քույրական միջամտությունների պլան	Հիմնավորում
1.	Տեղեկացնել հիվանդին և նրա ծնողներին հիվանդության մասին:	- Պահպանվում է հիվանդի իրավունքը տեղեկատվության վերաբերյալ: - Անցկացվում է հոգեբանական և դաստիարակչական

		աշխատանք երեխայի և ծնողների հետ: • Երեխան և նրա ծնողները հիասկանում են անցկացվող միջոցառումների անհրաժեշտությունը:
2.	Մեկուսացնել հիվանդին մինչև կլինիկական առողջացումը և մանրէաբանական քննության բացասական պատասխանը:	• Վարակի տարածման կանխում:
3.	Հիվանդի հետ շփվելիս հագնել դիմակ:	• Կանխվում է վարակի տարածումը օդակաթիլային ճանապարհով:
4.	Օրը 2-3 անգամ օդափոխել հիվանդասենյակը: Օրը 2 անգամ կատարել խոնավ մաքրում:	• Ապահովվում է մաքուր օդը: Նվազում է հարուցչի կոնցենտրացիան շրջակա միջավայրում:
5.	Կազմակերպել ընթացիկ ախտահանում:	• Լյոֆլերի ցուպիկը կայուն է շրջակա միջավայրում, պահպանվում է երկար ժամանակ և կարող է փոխանցվել առարկաների միջոցով:
6.	Կազմակերպել հիվանդի ճիշտ սնունդը. ա/ մեխանիկական, քիմիական, ջերմային տեսակետից խնայող,	• Նվազում է սննդի գրգռիչ ազդեցությունը բկանցքի վրա:

	բ/ աղի և հեղուկների սահմանափակումով, գ/ B խմբի վիտամիններով հարուստ: Հիշել՝ դիետան պետք է պահպատվի 3 շաբաթ:	• Կալիումը խթանում է սրտի աշխատանքը և կանխում միոկարդիտը: • Նվազում է սրտի և երիկամների ծանրաբեռնվածությունը: • Կանխվում է նեֆրիտի և միոկարդիտի վտանգը: • Կանխվում է պարեզների և կաթվածների վտանգը, քանի որ B խմբի վիտամիններ խթանում են նյարդային համակարգի աշխատանքը: • Դիֆթերիայի ժամանակ հնարավոր է վաղ և ուշ բարդությունների զարգացում 1-3 շաբաթվա ընթացքում:
7.	Սահմանել խիստ անկողնային ռեժիմ 7-10 օր: Հարկավոր է արգելել հիվանդին նստել անկողնում: Բոլոր միջամտությունները կատարել անկողնում: Լավացման հետ միասին ընդլայնել ռեժիմը:	• Կանխվում է միոկարդիտի վտանգը:
8.	Պահպանել մաշկի և լորձաթաղանթների հիգիենան:	• Բարդությունների կանխարգելում: • Մաշկը և լորձաթաղանթները հանդիսանում են

		ֆիրրինոզ փառի լուկալիզացիայի տեղը:
9.	Սահմանափակել ֆիզիկական և մտավոր ծանրաբեռնվածությունը:	Բարդությունների կանխարգելում:
10.	Հետևել հիվանդի դիուրեզին և մեզի բնույթին 3 շաբաթվա ընթացքում:	1-3 շաբաթվա ընթացքում հնարավոր է նեֆրիտի զարգացում, որպես դիֆթերիայի բարդությունը:

ԽՆԱՄՔԸ ՋՐԾԱՂԻԿԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Նպատակ: Կանխել վարակի տարածումը, կազմակերպել լիարժեք խնամք, կանխել բարդությունների զարգացումը:

h/h	Քույրական միջամտությունների պլան	Հիմնավորում
1.	Տեղեկացնել հիվանդին և նրա ծնողներին հիվանդության մասին:	- Պահպանվում է հիվանդի իրավունքը տեղեկատվության վերաբերյալ: - Անցկացվում է հոգեբանական և դաստիարակչական աշխատանք երեխայի և ծնողների հետ: - Երեխան և նրա ծնողները հիասկանում են անցկացվող

		միջոցառումների անհրաժեշտությունը:
2.	Մեկուսացնել հիվանդին հիվանդության առաջին օրից մինչև վերջին ցանի դուրս գալու 5րդ օրը:	Վարակի տարածման կանխարգելում:
3.	Սահմանել դիմակային ռեժիմ:	Կանխվում է վարակի տարածման օդակաթիլային ճանապարհը:
4.	Կատարել հիվանդասենյակի կանոնավոր օդափոխում և խոնավ մաքրում:	Նվազում է հարուցչի կոնցենտրացիան շրջապատում: Ապահովվում է մաքուր օդը:
5.	Տալ դյուրամարս սնունդ: Մենդից հանել գրգռիչները: Մտունդը պետք է լինի հեղուկ, շիլայանման: Մտունդը ընդունելուց հետո լվանալ բերանը հակասեպտիկ լուծույթով:	- Վեգիկուլյար ցանը տեղակայվում է բերանի խոռոչում: - Կանխվում է վեգիկուլաների բորբոքումը:
6.	Կարճ կտրել երեխայի եղունգները:	Կանխվում է մաշկի վնասումը քորելու միջոցով:
7.	Անցկացնել մաշկի և լորձաթաղանթների հիգիենիկ և դեղորայքային մշակում: Միջամտությունները կատարել զգուշորել՝	- Կանխվում է կրկնակի վարակի միացումը: - Կանխվում է վեգիկուլաների վնասումը:

	վեզիկուլաները մշակել առանձին խծուծներով:	
--	---	--

ԽՆԱՄՔԸ ԷՊԻԴԵՄԻԿ ՊԱՐՕՏԻՏԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Նպատակ: Կանխել վարակի տարածումը, կազմակերպել լիարժեք խնամքը, կանխել բարդությունների զարգացումը:

h/h	Քույրական միջամտությունների պլան	Հիմնավորում
1.	Տեղեկացնել հիվանդին և նրա ծնողներին հիվանդության մասին:	• Պահպանվում է հիվանդի իրավունքը տեղեկատվության վերաբերյալ: • Անցկացվում է հոգեբանական և դաստիարակչական աշխատանք երեխայի և ծնողների հետ: • Երեխան և նրա ծնողները հիասկանում են անցկացվող միջոցառումների անհրաժեշտությունը:
2.	Մեկուսացնել հիվանդին 9 օրով:	• Վարակի տարածման կանխարգելում:
3.	Սահմանել դիմակային ռեժիմ:	• Վարակի տարածման կանխարգելումը օդակաթիլային ճանապարհով:

4.	Օդափոխել հիվանդասենյակը օրը 2 անգամ: Օրը 2 անգամ կատարել սենյակի խոնավ մաքրում:	Նվազում է հարուցչի կոնցենտրացիան շրջապատում: Ապահովվում է մաքուր օդը:
5.	Սահմանել ընթացիկ ախտահանում:	Էպիդեմիկ պարօտիտի ժամանակ հարականջային գեղձի բորբոքման հետևանքով ծամելը դառնում է ցավոտ:
6.	Կազմակերպել հիվանդի ճիշտ սնուցումը: Սնունդը պետք է լինի՝ ա/ ջրիկ, կիսաջրիկ, գոլ վիճակում, բ/ դյուրամարս, գ/ հեղուկներով, թթու հյութերով հարուստ(հեղուկները խմելու համար տալ ձողիկ):	- Էպիդեմիկ պարօտիտի ժամանակ հարականջային գեղձի բորբոքման հետևանքով ծամելը դառնում է ցավոտ: - Դյուրամարս սնունդը չի ծանրաբեռնում ենթաստամոքսային գեղձը, հետևաբար չի առաջացնում պանկրեատիտ: - Կանխվում են կանգային երևույթները թքագեղձերում:
7.	Կատարել բերանի խոռոչի լվացում յուրաքանչյուր ուտելուց հետո, առավոտյան և քնելուց առաջ:	Հիվանդությունը ուղեկցվում է թքարտադրության նվազումով, հարականջային թքագեղձի բորբոքման պատճառով: Հնարավոր է ստոմատիտի զարգացում:

8.	Սուր շրջանում սահմանել խիստ անկողնային ռեժիմ: Սահմանափակել ֆիզիկական ակտիվությունը:	Ֆիզիկական ակտիվությունը բերում է պանկրեատիտի, օրխիտի զարգացմանը:
9.	Օրխիտի ժամանակ հագնել սուսպենդոր:	Սուսպենդորի կրումը մեղմացնում է ցավերը, կանխում է բարդությունները:

ԽՆԱՄՔԸ ԿԱՊՈՒՅՏ ՀԱԶԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Նպատակ: Կանխել վարակի տարածումը, կազմակերպել լիարժեք խնամքը, կանխել բարդությունների զարգացումը:

h/h	Քույրական միջամտությունների պլան	Հիմնավորում
1.	Տեղեկացնել հիվանդին և նրա ծնողներին հիվանդության մասին:	- Պահպանվում է հիվանդի իրավունքը տեղեկատվության վերաբերյալ: - Անցկացվում է հոգեբանական և դաստիարակչական աշխատանք երեխայի և ծնողների հետ: - Երեխան և նրա ծնողները հիասկանում են անցկացվող միջոցառումների անհրաժեշտությունը:

2.	Մեկուսացնել հիվանդին 30 օրով:	Վարակի տարածման կանխարգելում:
3.	Սահմանել դիմակային ռեժիմ:	Կանխվում է վարակի տարածման օդակաթիլային ճանապարհը:
4.	Կատարել հիվանդասենյակի կանոնավոր օդափոխում և խոնավ մաքրում:	Նվազում է հարուցչի կոնցենտրացիան շրջապատում: Ապահովվում է մաքուր օդը:
5.	Կերակրել փոքր բաժիններով, հաճախ: Սնունդը պետք է լինի հարուստ վիտամիններով, սպիտակուցներով:	- Կանխվում են հազի նոպաները: - Բարձրացվում է իմունիտետը:
6.	Ապահովել հիվանդի լիարժեք հանգիստը:	Կանխվում են հազի նոպաները:
7.	Կազմակերպել օրվա ռեժիմը՝ հաճախ հանել զրոսանքի խոնավ օդում, այգում, կազմակերպել քունը՝ մաքուր օդում, հաճախ օդափոխել սենյակը:	Նվազում են հազի նոպաները:
8.	Կազմակերպել երեխայի հանգիստը՝ զբաղեցնել խաղերով և այլն:	Շեղում է երեխայի ուշադրությունը, կանխում է հազի նոպաները:

9.	Զերծ պահել հիվանդին կրկնակի վարակից, միջանցիկ քամիներից:	Կանխվում է թոքաբորբի, բրոնխիտի զարգացումը:
----	--	--

ԽՆԱՄՔԸ ՄԵՆԻՆԳԻՏԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Նպատակ: Կանխել վարակի տարածումը, կազմակերպել լիարժեք խնամքը, կանխել բարդությունների զարգացումը:

h/h	Քույրական միջամտությունների պլան	Հիմնավորում
1.	Տեղեկացնել հիվանդին և նրա ծնողներին հիվանդության մասին:	- Պահպանվում է հիվանդի իրավունքը տեղեկատվության վերաբերյալ: - Անցկացվում է հոգեբանական և դաստիարակչական աշխատանք երեխայի և ծնողների հետ: - Երեխան և նրա ծնողները հիասկանում են անցկացվող միջոցառումների անհրաժեշտությունը:
2.	Մեկուսացնել հիվանդին մինչև կլինիկական նշանների վերացումը:	Վարակի տարածման կանխարգելում:
3.	Սահմանել դիմակային ռեժիմ:	Վարակի տարածման կանխարգելում

		օդակաթիլային ճանապարհով:
4.	Կանոնավոր օդափոխել հիվանդասենյակը, կատարել սենյակի խոնավ մաքրում օրը 2 անգամ:	Նվազում է հարուցչի կոնցենտրացիան շրջապատում, ապահովվում է մաքուր օդը:
5.	Կերակրել երեխային փոքր բաժիններով: Տալ հեղուկ, կիսահեղուկ սնունդ՝ գոլ վիճակում, հարուստ վիտամիններով: Սահմանափակել ալերգենները և գրգռիչները:	- Մենինգակոկային վարակի ժամանակ ընկնում է ախորժակը: - Հնարավոր է փսխում՝ ինտոքսիկացիայի հետևանքով:
6.	Երեխային տեղափոխել առանձին պալատում կամ բոքսում: Սենյակը պետք է լինի մթնեցված, անաղմուկ:	Հիվանդի մոտ հաճախ առաջացնում է գլխացավ և հիպերեթեզիա, կարող են լինել ցնցումներ:

ԽՆԱՄՔԸ ՊՈԼԻՈՄԻԵԼԻՏԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Նպատակ: Կանխել վարակի տարածումը, կազմակերպել լիարժեք ինամբը, կանխել բարդությունների զարգացումը:

h/h	Քույրական միջամտությունների պլան	Հիմնավորում
1.	Տեղեկացնել հիվանդին և նրա ծնողներին հիվանդության մասին:	Պահպանվում է հիվանդի իրավունքը

		տեղեկատվության վերաբերյալ: • Անցկացվում է հոգեբանական և դաստիարակչական աշխատանք երեխայի և ծնողների հետ: • Երեխան և նրա ծնողները հիասկանում են անցկացվող միջոցառումների անհրաժեշտությունը:
2.	Մեկուսացնել հիվանդին 21 օրով:	• Վարակի տարածման կանխարգելում:
3.	Կազմակերպել ընթացիկ ախտահանում:	• Պոլիոմիելիտի վիրուսները կայուն են շրջակա միջավայրում և կարող են տարածվել առարկաների և «երրորդ անձանց» միջոցով:
4.	Կանոնավոր օդափոխել սենյակը, օրը 2 անգամ կատարել խոնավ մաքրում:	• Նվազում է հարուցչի կոնցենտրացիան: • Ապահովվում է մաքուր օդը:
5.	Ախտահանել հիվանդի արտաթորանքը	• Կանխվում է վարակի տարածման հիմնական՝ ֆեկալ-օրալ ճանապարհով:
6.	Տալ հիվանդին B խմբի վիրտամիններով,	• B խմբի վիրտամինները ապահովում են նյարդային համակարգի լավ

	սպիտակուցներով հարուստ սնունդ:	աշխատանքը: Սպիտակուցները նպաստում են իմունիտետի գոյացմանը, որոշ չափով կանխում է մկանների ատրոֆիան:
7.	Հիվանդին տալ ճիշտ օրթոպետիկ դիրք: Հաճախակի փոխել վերջույթների դիրքը:	Կանխվում է կոնտրակտուրաները, նվազում է ցավը:
8.	Կազմակերպել հիվանդի ֆիզիկական և հոգեկան հանգիստը: Չափավորել ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունը:	Մկանների ծանրաբեռնվածությունը խորացնում է կաթվածը և մկանների ատրոֆիան:

ԽՆԱՍՔԸ ՎԻՐՈՒՄԱՅԻՆ ՀԵՊԱՏԻՏԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Նպատակ: Կանխել վարակի տարածումը, կազմակերպել լիարժեք խնամքը, կանխել բարդությունների զարգացումը:

h/h	Քույրական միջամտությունների պլան	Հիմնավորում
1.	Տեղեկացնել հիվանդին և նրա ծնողներին հիվանդության մասին:	- Պահպանվում է հիվանդի իրավունքը տեղեկատվության վերաբերյալ: - Անցկացվում է հոգեբանական և դաստիարակչական

		աշխատանք երեխայի և ծնողների հետ: • Երեխան և նրա ծնողները հիասկանում են անցկացվող միջոցառումների անհրաժեշտությունը:
2.	Մեկուսացնել հիվանդին 21 օրով՝ սկսած դեղնության 1ին օրից, կամ 30 օրով՝ հիվանդության 1ին օրից:	• Վարակի տարածման կանխարգելում:
3.	Սահմանել ընթացիկ ախտահանում:	• Վիրուսային հեպատիտի վիրուսը կայուն է շրջակա միջավայրում: Մարդը կարող է վարակվել առարկաների միջոցով:
4.	Կատարել հիվանդասենյակի կանոնավոր օդափոխում և խոնավ մաքրում:	• Նվազում է հարուցչի կոնցենտրացիան շրջապատում: Ապահովվում է մաքուր օդը:
5.	Ախտահանել հիվանդի արտաթորանքը:	• Հեպատիտ A-ի և E-ի վարակման մեխանիզմը օրալ-ֆեկալ է:

6.	Միջամտությունների համար օգտագործել միանվագ օգտագործման գործիքներ կամ անհատական գործիքներ: Օգտագործումից հետո հիվանդի հետ առնչվող բոլոր գործիքները և իրերը ախտահանել:	• B,C,D հեպատիտները փոխանցվում են պարէնտերալ ճանապարհով:
7.	Տալ առատ հեղուկներ (հանքային գազահանված ջուր):	• Նվազում է ինտոքսիկացիան:
8.	Սահմանել դիետա: Սահմանափակել կենդանական սպիտակցուցները, ճարպերը, կծուն, թթուն, աղին, արգանակով պատրաստված կերակուրները:	• Կանխում է լյարդի կողմից բարդությունների զարգացումը:
9.	Մուր շրջանում սահմանել անկողնային ռեժիմ, հետագայում՝ կիսաանկողնային, դուրս գրումից 2-4 շաբաթ՝ պահպանողական:	• Կանխվում է հիվանդության զգգգվող, խրոնիկ ընթացքը:

10.	Զերծ պահել հիվանդին վնասվածքներից: Սահմանաֆակել ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունը:	• Հեպատիտի ժամանակ լյարդում քիչ է սինթեզվում վիտամին K, որը մասնակցում է արյան մակարդելիությանը, հետագայում երեխայի վնասվածքների ժամանակ հնարավոր են երկարատև արյունահոսություններ:
-----	---	---

ԽՆԱՄՔԸ ԱՂԻՔԱՅԻՆ ԻՆՖԵԿՏԻԱՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Նպատակ: Կանխել վարակի տարածումը, կազմակերպել լիարժեք խնամքը, կանխել բարդությունների զարգացումը:

h/h	Քույրական միջամտությունների պլան	Հիմնավորում
1.	Տեղեկացնել հիվանդին և նրա ծնողներին հիվանդության մասին:	• Պահպանվում է հիվանդի իրավունքը տեղեկատվության վերաբերյալ: • Անցկացվում է հոգեբանական և դաստիարակչական աշխատանք երեխայի և ծնողների հետ: • Երեխան և նրա ծնողները հիասկանում են անցկացվող միջոցառումների անհրաժեշտությունը:

2.	Մեկուսացնել հիվանդին մինչև մանրէաբանական քննության բացասական պատասխանը: Առանձնացնել անձնական օգտագործման առարկաները, սպասքը:	Վարակի տարածման կանխարգելում:
3.	Սահմանել ընթացիկ ախտահանում:	ՍԱԻ հարուցիչները կայուն են շրջակա միջավայրում:
4.	Կատարել հիվանդասենյակի կանոնավոր օդափոխում և խոնավ մաքրում:	Նվազում է հարուցչի կոնցենտրացիան շրջապատում: Ապահովվում է մաքուր օդը:
5.	Ախտահանել հիվանդի արտաթորանքը:	Ս. Ա. Բ. վարակի փոխանցման մեխանիզմը օրալ-ֆեկալ է:
6.	Կազմակերպել օրալ ռեհիդրատացիա:	- Կանխվում է ջրազրկումը, աղերի պակասը օրգանիզմում: - Լրացվում է պակասած հեղուկը և աղերը:
7.	Սահմանել դիետա: Տալ թթու կաթնախառնուրդներ, շիլաներ, ապուրներ, ջրի վրա պատրաստված օրը 5-7 անգամ: Եթե երեխան կերակրվում է կրծքով	Նվազում է ծանրաբեռնվածությունը ստամոքս-աղիքային համակարգի վրա: Ստեղծված են պայմաններ՝ աղիների

	հաճախացնել կերակրումները:	լորձաթաղանթի ռեզեներացիայի համար:
8.	Պահպանել մաշկի, լորձաթաղանթների հիգիենան: Ամեն արտաթորելուց հետո լվանալ շեքը, մշակել փափկեցնող քսուքներով: Լվանալ ձեռքերը և բերանի խոռոչը: Փսխման դեպքում ցույց տալ առաջին օգնություն:	• Նվազում է ծանրաբեռնվածությունը ստամոքս-աղիքային համակարգի վրա: Ստեղծվում են պայմաններ՝ աղիների լորձաթաղանթի ռեզեներացիայի համար: • Շփաբորբի, ստոմատիտի, կրկնավարակի կանխարգելում:

ՇՆՉԱՌՈՒԹՅԱՆ ՀԱՃԱԽՈՒԹՅՈՒՆԸ

Տարիք	Շնչառության հաճախության նորման (ներշնչում 1 րոպեում)
0-9 ամսական	30-60
9 ամսականից 2 տարեկան	24-40
2-5 տարեկան	20-36
5-12 տարեկան	14-26
12 տարեկանից բարձր	12-20

ՊՈՒԼՍԻ ՀԱՃԱԽԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ

Տարիքը	Պուլսի զարկերի թիվը 1 րոպեում
Նորածին	120- 140
6 ամսական	130- 135
1 տարեկան	120- 125
2 տարեկան	110- 115
3 տարեկան	105- 110
4 տարեկան	100- 105
5 տարեկան	98- 100
6 տարեկան	90- 95
7 տարեկան	85- 90
8 տարեկան	80- 85
9 տարեկան	80- 85
10 տարեկան	78- 85
11 տարեկան	78- 84
12 տարեկան	75- 82
13 տարեկան	72- 80
14 տարեկան	72- 78
15 տարեկան	70- 75

ԶԱՐԿԵՐԱԿԱՅԻՆ ՃՆՇՈՒՄԸ (ՄՆԴԻԿԻ ՍՅԱՆ ՄՄ- ՈՎ)

Միջին մեծությունը և տատանումների սահմանները

Տարիքը	Առավելագույն	Նվազագույն
Մինչև 1 տարեկան	114 (85-140)	73 (40-110)
1-3 տարեկան	104 (85-120)	58 (40-80)
3-7 տարեկան	103 (85-120)	56 (35-70)
7-12 տարեկան	123 (95-140)	60 (45-80)
12-16 (տղաներ)	113 (95-140)	60 (35-90)
12-16 (աղջիկներ)	118 (100-150)	62 (40-85)

Ժամանակակից CBC (Complete Blood Count, արյան ընդհանուր քննության) լրացուցիչ ցուցանիշները երեխաների մոտ

Ցուցիչ	Անվանում (անգլերեն)	Հայերեն անվանում	Ռեֆերենտ նորմա երեխաների մոտ ¹	Միավոր
WBC	White Blood Cells	Լեյկոցիտներ	4,5- 13,5	$\times 10^9/\text{լ}$

¹ Ռեֆերենտ արժեքները երեխաների մոտ փոփոխվում են ըստ տարիքի, սեռի և կիրառվող լաբորատոր անալիզատորի: Արդյունքների գնահատումը պետք է կատարվի համապատասխան տարիքային նորմատիվների համատեքստում:

RBC	Red Blood Cells	Էրիթրոցիտներ	4- 5,2	x 10 ¹² /լ
HB (HGB)	Hemoglobin	Հեմոգլոբին	110-160	գ/լ
HCT	Hematocrit	Հեմատոկրիտ	33-45	%
PLT	Platelets	Թրոմբոցիտներ	150-400	X 10 ⁹ /լ
MCV	Mean Corpuscular Volum	Էրիթրոցիտի միջին ծավալ	75- 95	fL (ֆեմտոլիտր)
MCH	Mean Corpuscular Hemoglobin	Էրիթրոցիտի միջին հեմոգլոբին	24-33	Pg (պիկոգրամ)
MCHC	Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration	Էրիթրոցիտում հեմոգլոբինի միջին խտություն	320- 360	գ/լ
RDW	Red Cell Distribution Width	Էրիթրոցիտների չափերի բաշխման լայնություն	11,5- 14,5	%
NEU	Neutrophils	Նեյտրոֆիլներ	30- 60	%
LYM	Lymphocytes	Լիմֆոցիտներ	30- 60	%
MONO	Monocytes	Մոնոցիտներ	2- 10	%
EOS	Eosinophiles	Էոզինոֆիլներ	0,5- 5	%

BASO	Basophiles	Բազոֆիլներ	0-1	%
ESR/ԷՆԱ	Erythrocyte Sedimentation Rate	Էրիթրոցիտների նստեցման արագություն	2-10	մմ/ժ

ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

1. Երեխաներին և դեռահասներին առաջնային բժշկասանիտարական օգնության ցուցաբերումը, Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն, Եվրոպական տարածաշրջան, 2023
2. Արտահիվանդանոցային պայմաններում 1 ամսականից 18 տարեկան պացիենտների սուր շնչառական վարակի կամ դրա կասկածի վարման կլինիկական ուղեցույց, հավելված 8, Առողջապահության նախարարի 2021 թ. հունվարի 21-ի թիվ 126-Լ հրամանի, 2021
3. Արտահիվանդանոցային պայմաններում 2 ամսականից 18 տարեկան պացիենտների տանը զարգացած թոքաբորբի վարման կլինիկական ուղեցույց, հավելված 7, Առողջապահության նախարարի 2021 թ. հունվարի 21-ի թիվ 126-Լ հրամանի, 2021
4. Երեխաների սուր միջին օտիտի վարման կլինիկական ուղեցույց, հավելված 6, Առողջապահության նախարարի 2021 թ. հունվարի 21-ի թիվ 126-Լ հրամանի, 2021
5. Առողջ նորածինների խնամք և հիվանդ նորածինների վարում, կլինիկական ուղեցույցներ, հաստատվել են 29 հուլիսի 2016թ-ին, Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի No 2384-Ա հրամանով
6. Williams Textbook of Endocrinology, 15th Edition, Elsevier, 2020
7. Дедов И. И., Петеркова В. А. Детская эндокринология, 3-е издание, Москва, 2021
8. UpToDate - ի "Endocrinology & Diabetes" (website)