



ՀՀ ԱՆ ԵՐԵՎԱՆԻ ՊԵՏԱԿԱՆ ՀԵՆԱԿԵՏԱՅԻՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՔՈԼԵԶ



ՎԱՐԱԿԻՉ
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ԳՐԱԽՈՍԱԿԱՆ

Բուժքրոջ դերը ամենևին էլ վերջինը չէ ինֆեկցիոն հիվանդների վաղ հայտնաբերման և մեկուսացման գործում: Իսկ դրա համար անհրաժեշտ է համապատասխան գիտելիքներ ինֆեկցիոն հիվանդությունների առաջացման, զարգացման օրինաչափությունների և ընթացքի վերաբերյալ:

Ձեռնարկը թարգմանված է ռուսերենից և նախատեսված է բժշկական ուսումնարանների և քոլեջների ուսանողների համար: Թարգմանությունը հաջող է և հստակ: Այն կթեթևացնի ուսումնական պրոցեսը, կնպաստի նյութի ավելի լավ յուրացմանը^a վերացնելով լեզվաբանական դժվարությունները: Ձեռնարկում կան ժամանակակից տվյալներ ախտահանման, հակահամաճարակային ռեժիմի վերաբերյալ և լուսավորված են ինֆեկցիոն պաթոլոգիայի այլ պրոբլեմները: Ձեռնարկը համապատասխանում է ուսումնական ծրագրին և մեծ դեր կունենա ինֆեկտոլոգիայի վերաբերյալ ժամանակակից գիտելիքներ ձեռք բերելու գործում:

Առկա են անճշտություններ, որոնք ուղղելի են:

Առաջարկվում է տվյալ թարգմանությունը տպագրել որպես ուսումնական ձեռնարկ բժշկական քոլեջների և ուսումնարանների համար:

ՀՀ ԱՆ ԱՆԻ ինֆ. հիվ. ամբիոնի վարիչ, դոցենտ Ա.Վ. Ասոյան

Ցանկ

Ընդհանուր բաժին

- Ինֆեկցիոն պրոցեսի մասին
- Էպիդեմիկ պրոցեսի ընդհանուր բնութագիրը
- Ինֆեկցիոն հիվանդությունների պրոֆիլակտիկան և տարվող հակաէպիդեմիկ միջոցառումները
- Դեզինֆեկցիա
- Ընթացիկ և եզրափակիչ վարակազերծման համար կիրառվող դեզինֆեկցող նյութերի բնութագիրը
- Դեզինսեկցիա
- Դեռատիզացիա
- Դեզինֆեկցող նյութերի հետ աշխատելիս առանձնահատկությունները և պատահական թունավորումների դեպքում ցուցաբերվող առաջին օգնությունը
- Հատուկ վտանգավոր և կարանտինային (կոնվենցիոն) ինֆեկցիաներ
- Ներհիվանդանոցային ինֆեկցիաներ
- Իմունիտետ
- Ինֆեկցիոն հիվանդություն
- Ինֆեկցիոն հիվանդության շրջանները
- Ինֆեկցիոն հիվանդությունների ախտորոշման եղանակները
- Վարակված նյութերի հետ աշխատանքի առանձնահատկությունները հատուկ վտանգավոր ինֆեկցիաների դեպքում
- Ինֆեկցիոն հիվանդների բուժման սկզբունքները
- Հակամիկրոբային պրեպարատների ազդեցությունը և դրանց կողմնակի երևույթները
- Ինֆեկցիոն հիվանդությունների դեպքում անհետաձգելի օգնությունը
- Իմունոպրոֆիլակտիկա
- Վարակիչ հիվանդությունների մասնագիտացված օգնություն կազմակերպումը
- Քույրական պրոցեսը և քույրական ախտորոշումը

Մասնավոր բաժին

Աղիքային ինֆեկցիաներ

- Որովայնային տիֆ
- Ա և Բ պարատիֆեր
- Սննդային տոքսիկոինֆեկցիաներ
- Սալմոնելոզ
- Բոտուլիզմ
- Խոլերա
- Դիզենտերիա
- Ամեոբիազ
- Էշերիխիոզ
- Վիրուսային հեպատիտ A
- Վիրուսային հեպատիտ E

Զոոնոզ ինֆեկցիաներ

- Բրուցելոզ
- Լեպտոսպիրոզ
- Ժանտախտ
- Տուլարեմիա
- Սիբիրյան խոց
- Կատաղություն
- Դաբադ
- Իերսինիոզ

Տրանսմիսիվ (արյունային) ինֆեկցիաներ

- Էպիդեմիկ բժավոր տիֆ
- Բրիլի հիվանդություն
- Մալարիա

Օդա-կաթիլային ինֆեկցիաներ

- Գրիպ
- Հարգրիպ
- Ադենովիրուսային ինֆեկցիա
- Մենինգոկոկային ինֆեկցիա
- Բնական ծաղիկ

Արտաքին ծածկույթների և հեմոկոնտակտային մեխանիզմով փոխանցվող ինֆեկցիաներ

- Վիրուսային հեպատիտ B
- Վիրուսային հեպատիտ C
- Վիրուսային հեպատիտ D
- ՄԻԱՎ ինֆեկցիա

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

XX-րդ դարում հասարակությունը հասել է վարակիչ հիվանդությունների դեմ պայքարի մեծ նվաճումների: Այս բանից հետո, երբ պարզ դարձավ ինֆեկցիոն հիվանդությունների միկրոբային ծագումը, կլինիկական պրակտիկայում սկսեցին լայնորեն կիրառվել էթիոտրոպ հակաբակտերիալ պրեպարատները, որոնց շնորհիվ էլ հնարավոր դարձավ իջեցնել վարակիչ հիվանդություններից մահացությունը: Մեծ հաջողությունների են հասել նաև նրանց կանխարգելման գործում:

Միջազգային ծրագրերի մշակումը և իրականացումը թույլ տվեց իջեցնել մի շարք վարակիչ հիվանդությունների հիվանդացության մակարդակը, ինչպես նաև լրիվ լիկվիդացնել այնպիսի հիվանդությունը, ինչպիսին է բնական ծաղիկը: Ներկայումս ողջ աշխարհում մեծ տեղ է հատկացվում վարակիչ հիվանդություններին:

Բժշկական պրակտիկայում քիչ չեն այնպիսի դեպքերը, երբ ինֆեկցիոն հիվանդները հոսպիտալացվում են ոչ ինֆեկցիոն (թերապևտիկ, վիրաբուժական և այլ) ստացիոնարներ: Այդ պատճառով բուժանձնակազմը, այդ թվում և բուժքույրը, պետք է լավ պատկերացնեն ինֆեկցիոն հիվանդությունների ծագման, զարգացման և ընթացքի օրինաչափությունները, նրանց ախտորոշման և բուժման սկզբունքները: Խիստ կարևոր նշանակություն ունի հակաէպիդեմիկ ռեժիմի պահպանումը:

Այս ուսումնական ձեռնարկը նախատեսված է բժշկական ուսումնարանների և քոլեջների համար: Այսպես դիտարկվում են ինֆեկցիոն հիվանդությունների ընդհանուր և մասնավոր հարցեր, ինչպես նաև բուժքրոջ դերին ինֆեկցիոն հիվանդությունների խնամքի գործում, բուժման հարցերում: Քննարկվում են նաև այնպիսի պրոբլեմներ, ինչպիսին են քույրական պրոցեսը և քույրական դիագնոզը:

Ձեռնարկը կազմելիս հիմք է ընդունվել Վ.Ա. Մալովի «Քույրական գործը ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ» ուսումնական ձեռնարկի ռուսերեն բնօրինակը:

ԻՆՖԵԿՏԻՈՆ ՊՐՈՑԵՍԻ ՄԱՍԻՆ

«Ինֆեկցիա» բառը (լատիներեն infectio՝վարակել) առաջին անգամ օգտագործվել է 1841թ.-ին Կ. Գուֆեյլանդի կողմից:

Ինֆեկցիան, որպես բիոլոգիական երևույթ, իրենից ներկայացնում է առնվազն մեկ պաթոգեն միկրոօրգանիզմի փոխազդեցությունը մակրոօրգանիզմի հետ:

Ինֆեկցիոն պրոցեսը որոշակի արտաքին պայմաններում պաթոգեն միկրոօրգանիզմների ազդեցության տակ օրգանիզմում առաջացած պաթոլոգիական փոփոխությունների ամբողջությունն է:

Ինֆեկցիոն հիվանդությունը ինֆեկցիոն պրոցեսի ծայրագույն աստիճանն է, որը բնութագրվում է որոշակի կլինիկական նշաններով և լաբորատոր փոփոխություններով:

Ինֆեկցիոն պրոցեսն ընդգրկում է երեք հիմնական գործոնների փոխազդեցությունը՝

- հարուցիչ
- մակրոօրգանիզմ
- շրջակա միջավայր:

ՀԱՐՈՒՑՉԻ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ

Հարուցիչը բնորոշում է ինֆեկցիոն պրոցեսի առաջացումը, դրա առանձնահատկությունը և ներգործում դրա ընթացքի ու ելքի վրա:

Որպես ինֆեկցիոն հիվանդության հարուցիչ կարող են հանդես գալ ցանկացած տիպի և դասի միկրոօրգանիզմներ՝ բակտերիաներ, նախակենդանիներ, վիրուսներ, ռիկետսիաներ, խլամիդիաներ և այլն: Այս միկրոօրգանիզմները ինֆեկցիոն պրոցեսի պարտադիր պատճառ՝ էթիոլոգիական գործոնն են հանդիսանում:

Արտաքին միջավայրում միկրոօրգանիզմների թիվը հասնում է 10^{30} : Եթե այս բոլոր միկրոօրգանիզմները կարողանային առաջացնել ինֆեկցիոն պրոցես, ապա մարդը չէր կարող ապրել նույնիսկ մի քանի օր: Վերջինս պահպանում է իր կենսունակությունը մանրէների հետ համատեղ կենսագործունեության (սիմբիոզ) մի քանի ձևերի շնորհիվ: Սիմբիոզը տարբեր խմբերի օրգանիզմների համակեցությունն է, որը սովորաբար օգտակար է երկու կողմերին էլ:

Գոյություն ունեն սիմբիոզի դրսևորման տարբեր եղանակներ՝

1. Մուտուալիզմը սիմբիոզի այն ձևն է, որի ժամանակ միմյանց հետ կապված երկու օրգանիզմներն էլ այդ համակեցությունից քաղում են իրենց օգուտը: Օրինակ՝ մարդու աղիների նորմալ միկրոֆլորայի մանրէները սնվում են աղիներում սննդի մնացորդներով, միաժամանակ սինթեզելով վիտամիններ, որոնք էլ անհրաժեշտ են մակրոօրգանիզմին:

2. Կոմենսալիզմը սիմբիոզի այն ձևն է, որի ժամանակ միկրոօրգանիզմներն ապրում են մակրոօրգանիզմի հաշվին, սակայն նրան չեն վնասում՝ պահպանելով չեզոք դիրք: Օրինակ՝ մարդու օրգանիզմի նորմալ միկրոֆլորայի մեծ մասը կոմենսալ մանրէներ են:

3. Պարազիտիզմը սիմբիոզի այն ձևն է, որի ժամանակ մի օրգանիզմը՝ պարազիտը ապրում է մյուսի՝ տիրոջ հաշվին և վնասում նրան:

Այսպիսով, մարդու օրգանիզմի համար առավել մեծ վտանգ են ներկայացնում պարազիտ կյանք վարող մանրէները:

Ֆակուլտատիվ պարագիտ են այն միկրոօրգանիզմները, որոնք, կախված շրջակա միջավայրի պայմաններից, իրենց դրսևորում են որպես սապրոֆիտներ կամ էլ պարագիտներ: Դրանք սովորաբար ապրում են հողի ու ջրի մեջ, որոնք աղտոտված են կենդանական ծագման օրգանական նյութերով: Մարդու օրգանիզմ ընկնելիս դրանք կարող են առաջացնել ինֆեկցիոն պրոցես (օր.՝ բոտուլիզմի, փայտացման, աղիքային ցուպիկի հարուցիչներ և այլն):

Վարակիչ հիվանդությունն առաջացնող հարուցիչների մեծ մասը *օբլիգատ* (պարտադիր) *պարագիտներ* են: Դրանք կարող են լինել արտաբջջային և ներբջջային (օր.՝ վիրուս, ռիկետսիա, միկոպլազմա, մալարիայի պլազմոդիում և այլն):

Այն միկրոօրգանիզմները, որոնք էվոլյուցիայի ընթացքում հարմարվել են մակրոօրգանիզմում պարագիտ ձևով ապրելուն և առաջացնում են ինֆեկցիոն հիվանդություն, կոչվում են պաթոգեն: Պաթոգեն մանրէներից բացի գոյություն ունեն նաև պայմանական պաթոգեն միկրոօրգանիզմներ, որոնք ապրում են մարդու մաշկի վրա, աղիներում, շնչառական և միզասեռական ուղիներում: Սրանք կարող են առաջացնել ինֆեկցիոն պրոցես միայն այն դեպքում, եթե դրանց քանակը բավական շատ է, իսկ օրգանիզմի դիմադրողականությունը՝ ցածր (մրսածություն, հիվանդություն և այլն):

Ախտածին միկրոօրգանիզմն օժտված է հետևյալ հատկություններով՝

- Պաթոգենությունը (ախտածնություն) տվյալ տեսակի միկրոօրգանիզմի ինֆեկցիոն պրոցես առաջացնելու պոտենցիալ ունակությունն է: Այն տեսակային գենետիկ հատկանիշ է:

- Վիրուլենտությունը միկրոբի պաթոգենության աստիճանն է, այլ կերպ ասած՝ հիվանդություն առաջացնելու հատկությունը: Այն չափվում է մինիմալ մահացու դոզայով (DLM): Որքան մանրէն վիրուլենտ է, այնքան դրա քիչ քանակությունը կարող է ծանր ինֆեկցիա կամ մահ առաջացնել:

Վիրուլենտությունը բնորոշվում է միկրոօրգանիզմի ինվազիվությամբ և ադգեզիվությամբ:

Ինվազիվությունը օրգանզմի ներքին միջավայր հարուցչի թափանցելու և նրանում տարածվելու ընդունակությունն է:

Ադգեզիվությունը հարուցչի ամրանալու ընդունակությունն է, որն անհրաժեշտ է միկրո- և մակրոօրգանիզմների փոխացդեցության նախնական փուլում:

- Տոքսիգենությունը միկրոօրգանզմի թունավոր նյութեր արտադրելու հատկությունն է, որը վնաս է պատճառում մակրոօրգանիզմի հյուսվածքներին և բջիջներին: Այն արտադրում է էկզո- և էնդոտոքսիններ:

Էկզոտոքսինը (արտաթույն) թույն է, որն արտադրվում է շրջակա միջավայր կենդանի միկրոբի կենսագործունեության ընթացքում: Այն բնորոշ է գրամ-դրական բակտերիաներին: Էկզոտոքսինը ջերմամանկայուն սպիտակուց է, քայքայվում է 58-60°C-ում, ունի բարձր տոքսիկ և օրգանոտրոպ (ազդում է որոշակի օրգանի կամ հյուսվածքի վրա) հատկություններ, ակտիվ անտիգեն է: Տոքսինի մշակումից ստանում են անատոքսին, որն էլ օգտագործվում է իմունիզացիայի համար:

Էնդոտոքսինը (ներթույն) թույն է, որը կազմում է միկրոօրգանիզմի պրոտոպլազմայի բաղադրիչ մասը և արտաքին միջավայր է դուրս գալիս բջջի մահանալուց ու քայքայվելուց հետո: Այն բնորոշ է գրամ-բացասական բակտերիաներին:

Էնդոտոքսինը ջերմակայուն լիպոպոլիսախարիդ է, կայուն է 80-100°C-ում, չունի սպեցիֆիկություն, օրգանիզմի վրա ունի ընդհանուր ազդեցություն, թույլ անտիգեն է:

Մակրոօրգանիզմի այն օրգանը կամ հյուսվածքը, որով պաթոգեն մանրէն թափանցում է օրգանիզմի մեջ, կոչվում է մուտքի դուռ: Որոշ մանրէների համար մուտքի դռներ են շնչուղիների լորձաթաղանթը (օր.՝ գրիպ, մենինգոկոկային ինֆեկցիա), մյուսների համար՝ աղեստամոքսային ուղին (օր.՝ դիզենտերիա, որովայնային տիֆ, վիրուսային հեպատիտ A) կամ մաշկային ծածկույթները (օր.՝ մալարիա, բծավոր տիֆ): Որոշ հարուցիչներ ունեն մի քանի մուտքի դռներ, որոնցից էլ կախված է հիվանդության կլինիկական պատկերը: Օրինակ՝ ժանտախտի հարուցիչը կարող է օրգանիզմ ներթափանցել մաշկի միջոցով և առաջացնել բուբոնային կամ մաշկաբուբոնային ձև, կամ շնչառական համակարգով՝ առաջացնելով հիվանդության թոքային ձևը:

Մուտքի դռներից հարուցիչները կարող են թափանցել ողջ օրգանիզմ (արյունով, ավշի, պերիներալ ճանապարհով) կամ էլ մնալ մուտքի տեղում և ազդել օրգանիզմի վրա իր արտադրած տոքսինով:

ՄԱԿՐՈՕՐԳԱՆԻԶՄԻ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ

Ինֆեկցիոն պրոցեսի զարգացման գործում մեծ է նաև մակրոօրգանիզմի ռեակցիան: Մակրոօրգանիզմը ցուցաբերում է ոչ սպեցիֆիկ և սպեցիֆիկ ռեակցիաներ:

Օրգանիզմի ոչ սպեցիֆիկ պաշտպանական պատմեշներից են մարմնի առողջ մաշկը և լորձաթաղանթը, ստամոքսաղիակի թթվայնությունը, արյան մեջ և այլ հեղուկներում (թուրք, արցունք) ֆերմենտների առկայությունը (օր.՝ լիզոցին, պրոպերդին), ինչպես նաև ավշային հյուսվածքը:

Օրգանիզմի հոմեոստազը պահպանում է մարմնի խոռոչների և մաշկի վրայի միկրոֆլորան: Ինտերֆերոնը հակավիրուսային իմունիտետի ոչ սպեցիֆիկ գործոն է, որը հայտնաբերում է գեներտիկորեն օտարածին մարմիններին: Սուր բորբոքման դեպքում վնասված հյուսվածքում շատանում են ֆագոցիտները, իսկ արյան մեջ զարգանում է նեյտրոֆիլոզ:

Օրգանիզմի ոչ սպեցիֆիկ դիմադրողականությունն ինֆեկցիայի հանդեպ ընկնում է գերհոգնածության, ֆիզիկական և հոգեկան տրավմաների, թերսնուցման, վիտամինային անբավարարության, խրոնիկ ալկոհոլային ինտոքսիկացիայի, թմրամոլության դեպքում:

Օրգանիզմի սպեցիֆիկ ռեակցիաներից է ինֆեկցիոն հիվանդությունից հետո իմունիտետի առաջացումը: Որպես օրգանիզմի պատասխան ռեակցիա օտարածին հարուցչի ներթափանցման ժամանակ արտադրվում են սպեցիֆիկ իմունոգլոբուլիններ (հումորալ իմունիտետ), և ակտիվանում են T-լիմֆոցիտները (բջջային իմունիտետ):

Իմունոգլոբուլինները B-լիմֆոցիտների համակարգի կողմից արտադրված նյութեր են, որոնք մասնակցում են օրգանիզմի սպեցիֆիկ հումորալ պաշտպանական ռեակցիաներին: Հանդիպելով անտիգենին՝ B-բջջերը սկսում են արտադրել սպեցիֆիկ հակամարմիններ, սկզբում՝ M-իմունոգլոբուլիններ (IgM), իսկ հետո՝ IgG, IgA, IgE, IgD (IgM-ն վաղ արտադրվող հակամարմիններից է, IgG-ն գոյանում է հակածնի ներթափանցումից 1 շաբաթ անց, IgA-ի դերը մեծ է տեղային իմունիտետի ձևավորման գործում):

Բջջային իմունիտետի առաջացման մեխանիզմում մեծ է T-լիմֆոցիտների և մակրոֆագերի դերը:

Լիմֆոցիտները բաժանվում են երկու խմբի՝ էֆեկտոր T-բջջեր և ռեգուլատոր T-բջջեր: Էֆեկտոր T-բջջերը ցիտոտոքսիկ ազդեցություն են թողնում օտարածին վիրուսների և ուռուցքային բջջերի նկատմամբ, մասնակցում են դանդաղեցված տիպի գերզգայուն ռեակցիաներին (արտադրում են լիմֆոկին, որն ակտիվացնում է մակրոֆագին): Ռեգուլատոր T-բջջերը բաժանվում են T-հելպերների (օգնական) և T-սուպրեսորի (ճնշող): T-հելպերներն ունեն կարգավորող դեր T-էֆեկտորների և B-բջջերի նկատմամբ: T-հելպերն արտադրում է ցիտոկին, որն ակտիվացնում է մակրոֆագին:

Ինֆեկցիոն հիվանդություններից հետո ձեռք բերված իմունիտետը լինում է հակամիկրոբային և հակատոքսիկ: Իմունիտետը լինում է ստերիլ (հարուցչից ազատվելուց հետո) և ոչ ստերիլ (զարգանում և պահպանվում է միայն օրգանիզմում հարուցչի ներկայության դեպքում, օր.՝ վիրուսային ինֆեկցիաներ):

ՇՐՋԱԿԱ ՄԻՋԱՎԱՅՐԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ

Ինֆեկցիոն պրոցեսի երրորդ գործոնը արտաքին միջավայրն է, որն ազդում է հարուցչի և մակրոօրգանիզմի ռեակտիվության վրա: Արտաքին միջավայրի ֆիզիկական, քիմիական և կենսաբանական գործոնները վնասակար ազդեցություն ունեն մակրոօրգանիզմի վրա: Դրանց մեջ մեծ է բարձր կամ ցածր ջերմաստիճանի, չորացման, ուլտրամանուշակագույն ճառագայթների, դեզինֆեկցող նյութերի, անտագոնիստ միկրոբների դերը:

Արտաքին միջավայրի շատ գործոններ ազդում են նաև մակրոօրգանիզմի ռեակտիվության վրա: Օրինակ՝ ցածր ջերմաստիճանն իջեցնում է մարդու դիմադրողականությունը որոշ ինֆեկցիաների նկատմամբ (օր.՝ գրիպը): Մարդու օրգանիզմի վրա իմունոդեպրեսիվ ազդեցություն ունեն նաև ոչ լիարժեք սնվելը (սպիտակուցների, վիտամինների պակասը), օրգանիզմի ջերմափոխանակության խանգարումները (օր.՝ շոգ պայմանները), երկարատև դեղորայքային բուժումը, ճառագայթումը, վիրաբուժական միջամտությունները, տրավման, սթրեսը, սոցիալական պայմանները, էկոլոգիայի վիճակը, ալկոհոլիզմը և թմրամոլությունը:

ԷՊԻԴԵՄԻԿ ՊՐՈՑԵՍԻ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ

Էպիդեմիկ պրոցեսը ինֆեկցիոն հիվանդությունների տարածման պրոցեսն է մարդկանց կոլեկտիվում: Այն բաղկացած է երեք օղակից, որոնք կոչվում են էպիդեմիկ պրոցեսի գործոններ: Դրանք են՝

I ինֆեկցիայի աղբյուր

II փոխանցման մեխանիզմ

III ընկալունակ օրգանիզմ:

I. Ինֆեկցիայի աղբյուրը այն օրգանիզմն է, որում հարուցիչներն ապրում, բազմանում են և դուրս գալիս արտաքին միջավայր: Ըստ այդմ տարբերում են՝

- Անթրոպոնոզ ինֆեկցիա- ինֆեկցիոն հիվանդության հարուցիչն ապրում է միայն մարդու օրգանիզմում (օր.՝ որովայնային տիֆ, դիֆթերիա, կարմրուկ և այլն): Ինֆեկցիայի աղբյուր են հանդիսանում հիվանդ մարդը և բակտերիակիրը:

Բակտերիակրությունը պաթոգեն կամ պայմանական պաթոգեն միկրոօրգանիզմների երկարատև գոյատևելն է մակրոօրգանիզմի օրգաններում կամ հյուսվածքներում, որը չի հանգեցնում ինֆեկցիոն պրոցեսի հետագա զարգացմանը:

- Զոոնոզ ինֆեկցիա- վարակի աղբյուր են հանդիսանում կենդանիները (օր.՝ բրուցելլոզ, ժանտախտ, տուլարեմիա): Ինֆեկցիայի աղբյուր է հանդիսանում վայրի կամ գյուղատնտեսական հիվանդ կենդանին կամ էլ կրծողները: Այն հիվանդությունները, որոնց ժամանակ հարուցիչները գտնվում են վայրի կենդանիների օրգանիզմներում, կոչվում են բնական օջախային:

- Սապրոնոզ ինֆեկցիա- հարուցիչները պահպանվում և կուտակվում են անկենդան միջավայրում՝ հողում, ջրամբարում կամ բույսերի վրա (օր.՝ բոտուլիզմ, իերսինյոզ, սիբիրյան խոց):

- Զոոանթրոպոնոզ ինֆեկցիա- ինֆեկցիայի աղբյուր են հանդիսանում և՛ կենդանին, և՛ մարդը (օր.՝ սալմոնելոզ):

II. Ինֆեկցիայի փոխանցման մեխանիզմը ինֆեկցիայի աղբյուրից հարուցչի տեղափոխման եղանակն է դեպի ընկալունակ օրգանիզմ: Բոլոր ինֆեկցիոն հիվանդությունները, ըստ փոխանցման մեխանիզմի, լինում են՝

1. Ֆեկալ-օրալ մեխանիզմն աղիքային ինֆեկցիաների տարածման միակ ուղին է հանդիսանում, հարուցիչները տեղակայվում են մարդու ստամոքս-աղիքային տրակտում: Այս մեխանիզմով ինֆեկցիայի փոխանցման ճանապարհներից են ջրայինը, ալիմենտարը (սննդային) և կոնտակտակենցաղայինը: Ինֆեկցիայի տարածման տարբեր ճանապարհներն իրականացվում են փոխանցման գործոններով (դրանք արտաքին միջավայրի տարրերն են, որոնք մասնակցում են հարուցչի փոխանցմանը), որոնցից են ջուրը, սննդամթերքը, կենցաղային առարկաները, կեղտոտ ձեռքերը:

2. Աէրոգեն մեխանիզմը բնորոշ է շնչառական համակարգում տեղակայված ինֆեկցիաներին: Այն իրականացվում է երկու ճանապարհով՝ օդակաթիլային (խոսելու, հազի, փռշտալու դեպքում արտաշնչած օդի հետ մանր կաթիլների անջատումից) և օդափոշիային (իրականացվում է արտաքին միջավայրում երկար ժամանակ պահպանվող ինֆեկցիաների դեպքում): Փոխանցման գործոններ են հանդիսանում օդը և փոշին:

3. Տրանսմիսիվ մեխանիզմն իրականացվում է կենդանի փոխադրողների կողմից արյան մեջ գտնվող հարուցիչների փոխանցման միջոցով: Փոխադրող կարող են հանդիսանալ ոջիլները, լվերը, տզերը, մոծակները և այլն: Փոխանցման ճանապարհն ինօկուլյացիան է (օր.՝ մալարիայի պլազմոդիումի փոխանցումը մոծակի կծելուց) կամ կոնտամինացիան (բծավոր տիֆի ժամանակ ոջլի արտաթորանքների հետ ռիկետսիաների անցկացումը մաշկի մեջ):

4. Կոնտակտային մեխանիզմն իրականացվում է ինֆեկցիայի աղբյուրի հետ անմիջական շփման և մաշկով կամ լորձաթաղանթով հարուցչի ներթափանցման միջոցով: Փոխանցման ճանապարհը լինում է ուղղակի (վերքի միջոցով, սեռական կոնտակտով) և անուղղակի (կենցաղային իրերի միջոցով):

ԻՆՖԵԿՑԻՈՆ ԴԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՐՈՒՑԻՉՆԵՐԻ ՓՈԽԱՆՑՄԱՆ ՄԵԽԱՆԻԶՄՆԵՐՆ ՈՒ ՃԱՆԱՊԱՐՀՆԵՐԸ

Օրգանիզմում հարուցչի տեղակայումը	Փոխանցման մեխանիզմը	Փոխանցման ճանապարհները	Փոխանցման գործոնները
Աղեստամոքսային տրակտ	Ֆեկալ-օրալ	ալիմենտար (սննդային) ջրային կոնտակտակենցաղային	սնունդ ջուր ամանեղեն, խնամքի առարկաներ, կեղտոտ ձեռքեր
Շնչառական համակարգ	աերոզոլային (աերո-գեն, ռեսպիրատոր)	օդակաթիլային օդափոշիային	օդ փոշի
Արյուն	տրանսմիսիվ (արյունային)	ինօկուլյացիոն կոնտամինացիոն	արյուն ծոող հողվածոտանիներով
Մաշկի և լորձաթաղանթի ծածկույթ	կոնտակտային	ուղղակի (վերքային, սեռական) անուղղակի (կենցաղա-յին առարկաներ)	հող գեղձերի սեկրետ, արյան բաղադրիչներ կենցաղային իրեր
Արյուն, լորձաթաղանթներ	ուղղահայաց (տրանսպլացենտար)	ներարգանդային (տրանսպլացենտար) կրծքի կաթ հղիության կամ ծննդաբերության ժամանակ	-
Արյուն	արտիֆիցիալ (արհեստական)	պարենտերալ	արյուն, արյան պրեպարատներ ներարկիչ, վիրաբուժական գործիքներ

5. Ուղղահայաց մեխանիզմն իրականացվում է պտղի ներարգանդային վարակման կամ ծննդաբերության ընթացքում:

6. Արտիֆիցիալ մեխանիզմն արհեստական, բժշկության կողմից ստեղծված նոր մեխանիզմ է, ինֆեկցիան փոխանցվում է բուժ. անձնակազմի կողմից: Այն պայմանավորված է դիագնոստիկ և բուժական զանազան պրոցեդուրաների լայն կիրառման հետ: Հեմոկոնտակտային ճանապարհով փոխանցվում են վիրուսային հեպատիտներ B, C, D-ն, ՄԻԱՎ-ինֆեկցիան, իրականացվում են հեմո-տրանսֆուզիայով, տարբեր պարենտերալ միջամտություններով:

III. Ընկալունակ օրգանիզմն էպիդեմիկ պրոցեսի երրորդ օղակն է:

Ընկալունակությունը հարուցիչներ ընկալելու՝ օրգանիզմի բիոլոգիական հատկությունն է: Ինֆեկցիայի նկատմամբ ընկալունակությունը կախված է հարուցչի բնույթից և մակրոօրգանիզմի վիճակից: Այս հատկությունը տեսակային է և փոխանցվում է ժառանգաբար:

Ընկալունակության աստիճանը կախված է՝

- սոցիալական պայմաններից
- տարիքից
- լիարժեք սննդից
- իմունիտետի վիճակից
- արտաքին գործոններից՝ սթրես, հյուծում, ցրտահարություն, գերտաքացում և այլն:

ԷՊԻԴԵՄԻԿ ՊՐՈՑԵՍԻ ԱՐՏԱՀԱՅՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Էպիդեմիկ պրոցեսը տարվա տարբեր եղանակներին տարբեր ձևերով է արտահայտվում: Օրինակ՝ աղիքային ինֆեկցիաները սեզոնային աճ են ունենում ամռանը, իսկ շնչառական ինֆեկցիաները՝ ձմռանը: Տարբերում են էպիդեմիկ պրոցեսի ինտենսիվության տարբեր աստիճաններ՝

Սպորադիկ. հիվանդության առանձին դեպքերի ի հայտ գալն է, որոնց միջև ոչ մի կապ չկա:

Էպիդեմիա. մեծ քանակությամբ ինֆեկցիոն հիվանդությունների դեպքն է, որոնք իրար հետ կապված են ընդհանուր վարակի աղբյուրով կամ ընդհանուր տարածման ուղիով:

Պանդեմիա. էպիդեմիան ընդգրկում է մեծ չափեր, երկրներ կամ մայրցամաքներ (բնորոշ է խոլերային, ժանտախտին և այլն):

Էնդեմիա. որևէ ինֆեկցիոն հիվանդության երկարատև գոյատևումն է տվյալ տարածքում և պայմանավորված է նրանով, որ ինֆեկցիայի աղբյուրը կամ փոխանցողը գտնվում է այդ տարածքում: Ակադեմիկոս Պավլովսկին այն կոչել է բնական օջախ:

Էկզոտիկ. ինֆեկցիայի այնպիսի դեպքեր են, որոնք տվյալ տարածքում կամ երկրում չեն հանդիպում և բերվել են այլ երկրից:

ԻՆՖԵԿՑԻՈՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՊՐՈՖԻԼԱԿՏԻԿԱՆ ԵՎ ՏԱՐՎՈՂ ՀԱԿԱԷՊԻԴԵՄԻԿ ՄԻՋՑԱՌՈՒՄՆԵՐԸ

Էպիդեմիկ օջախ

Էպիդեմիկ օջախն ինֆեկցիայի աղբյուրն է իր շրջապատող տարածքի հետ միասին, որտեղ որոշակի պայմաններում հնարավոր են հարուցչի փոխանցումը և ինֆեկցիոն հիվանդության տարածումը:

Էպիդեմիկ օջախը գոյություն ունի որոշակի ժամանակահատվածում՝ սկսած հիվանդի մեկուսացման պահից, հաշված ինֆեկցիայի առավել երկար ինկուբացիոն շրջանի տևողությունը և անցկացվող վերջնական դեզինֆեկցիոն միջոցառումները: Այդ շրջանում դեռևս հնարավոր է օջախում նոր հիվանդի հայտնաբերում: Մեծ է նաև մարդկանց բնական և սոցիալական միջավայրի դերը էպիդեմիկ օջախի և էպիդեմիկ պրոցեսի ձևավորման գործում:

Ինֆեկցիոն հիվանդությունը կանխարգելելու, տարածումը սահմանափակելու և վերացնելու նպատակով տարվում են *հակաէպիդեմիկ միջոցառումներ* էպիդեմիկ պրոցեսի երեք օղակների վրա:

Հակաէպիդեմիկ միջոցառումներ ինֆեկցիայի օջախում

1. Օջախի սանիտարական մշակում (դեզինֆեկցիա, դեզինսեկցիա, դեռատիզացիա)

2. Հիվանդի հետ շփում ունեցող անձանց նկատմամբ սահմանել ամենօրյա հսկողություն, պարտադիր ջերմաչափում հիվանդության ողջ գաղտնի շրջանում, սպեցիֆիկ պրոֆիլակտիկա, կանխարգելիչ (պրեվենտիվ) թերապիայի անցկացում, մեկուսացում: Հիվանդության նշաններ հայտնաբերելիս հոսպիտալացնում են:

3. Ըստ ցուցմունքի բնակչության մեջ անցկացնել իմունիզացիա:

4. Պաթոգեն մանրէների կրության հայտնաբերումը առողջ անձանց մոտ (կղանքի ցանքս, դիֆթերիայի ցուպիկի և մենինգոկոկի հայտնաբերման համար քսուկ վերցնել):

5. Ինֆեկցիոն հիվանդի հայտնաբերման դեպքում բուժքույրը լրացնում է շտապ ծանուցման քարտ (Ձև 58-րդ), որի նպատակն է՝

ա) հայտնաբերել ինֆեկցիայի աղբյուրը

բ) կատարել վերջնական դեզինֆեկցիա

գ) կազմակերպել հակաէպիդեմիկ միջոցառումներ:

Ինֆեկցիոն հիվանդի հայտնաբերման դեպքում երկու ժամվա ընթացքում բուժքույրը պարտավոր է հեռախոսով տեղեկացնել սանէպիդ կենտրոն: Շտապ ծանուցման քարտը սանէպիդ կենտրոն է ուղարկվում 12 ժամվա ընթացքում (քաղաքում) և 24 ժամվա ընթացքում (գյուղական վայրում):

6. Խիստ վտանգավոր ինֆեկցիաների հայտնաբերման դեպքում սահմանվում է կարանտին, պարտադիր հոսպիտալացնում են հիվանդին և նրա հետ շփվող անձանց:

Ինֆեկցիայի աղբյուրի դեմ ուղղված հակաէպիդեմիկ միջոցառումներ

1. Հիվանդի վաղ հայտնաբերում, մեկուսացում և բուժում: Ինֆեկցիոն հիվանդներին մեկուսացնում են ինֆեկցիոն հիվանդանոցներում: Այնպիսի հիվանդությունների դեպքում, ինչպիսիք են գրիպը, կարմրուկը, քութեշը, հնարավոր է մեկուսացումը տնային պայմաններում: Ինֆեկցիոն հիվանդներին տեղափոխում են հատուկ տրանսպորտով, յուրաքանչյուր հիվանդից հետո մեքենան դեզինֆեկցիայի է ենթարկվում: Հիվանդները հիվանդանոցից դուրս են գրվում կլինիկական երևույթներն անհետանալու, լաբորատոր ցուցանիշների լավացման և որոշ ինֆեկցիաների ժամանակ բակտերիոլոգիական հետազոտության բացասական պատասխանի դեպքում:

2. Միջոցառումների իրականացում բակտերիակիրների հայտնաբերման և մեկուսացման նպատակով:

3. Ինֆեկցիայի աղբյուր հանդիսացող կենդանիները, եթե նրանք տնտեսական արժեք չեն ներկայացնում, ոչնչացվում են: Մնացած դեպքերում սահմանվում է կարանտին, տարվում համապատասխան բուժում, կենդանիների նկատմամբ սանիտարաանասնաբուժական հսկողություն:

Ինֆեկցիայի փոխանցումը կանխելու ուղղված հակաէպիդեմիկ միջոցառումներ

1. Ինֆեկցիայի փոխանցումը կանխելու համար կիրառվում են ընդհանուր սանիտարական միջոցառումներ (անկախ հիվանդության առկայությունից): Կատարվում է հսկողություն ջրամատակարարման ու սննդամթերք արտադրող ձեռնարկությունների, սննդի հասարակական օբյեկտների վրա: Տարվում է պայքար ճանճերի դեմ, բնակավայրերի մաքրում թափոններից:

2. Կատարվում են դեզինֆեկցիոն, դեռատիզացիոն և դեզինսեկցիոն միջոցառումներ:

Ինֆեկցիայի հանդեպ բնակչության անընկալունակության բարձրացման ուղղված հակաէպիդեմիկ միջոցառումներ

1. Բնակչության ընկալունակության բարձրացման նպատակով անցկացվում են հետևյալ միջոցառումները՝

ա) բնակչության սոցիալ-կենցաղային և էկոլոգիական պայմանների բարելավում

բ) սանիտարալուսավորչական աշխատանքներ

գ) հիգիենիկ կանոնների պահպանում և ֆիզիկական դաստիարակություն, օրգանիզմի կոփում:

2. Ստեղծվում է ձեռքբերովի արհեստական իմունիտետ:

Այն ինֆեկցիոն հիվանդությունները, որոնց դեմ ստեղծված են վակցինաներ և կան արդյունավետ հակաէպիդեմիկ միջոցառումներ, կոչվում են կառավարելի:

Այն ինֆեկցիոն հիվանդությունները, որոնց դեմ չկան համապատասխան արդյունավետ միջոցառումներ, համարվում են անկառավարելի :

ԴԵԶԻՆՖԵԿՑԻԱ

Դեզինֆեկցիան (վարակազերծում) միջոցառումների կոմպլեքս է՝ ուղղված շրջակա միջավայրի և իրերի վրայից վարակիչ հիվանդությունների հարուցիչների վերացմանը կամ ոչնչացմանը (ստերիլիզացիայից տարբերվում է այն բանով, որ դրա ժամանակ ոչնչացվում են և՛ ախտածին, և՛ ոչ ախտածին միկրոօրգանիզմները):

Կատարման էտապից կախված տարբերում են՝

1. Պրոֆիլակտիկ դեզինֆեկցիան կատարվում է ինֆեկցիայի ներմուծումը և տարածումը կանխելու նպատակով: Իրականացվում է շրջակա միջավայրի այն օբյեկտների վարակազերծում, որոնց վրա ինֆեկցիայի հարուցիչների առկայություն է ենթադրվում (մասնավորապես ջրամատակարարման և կոյուղու, հասարակական սննդի բնագավառ և այլն): Պրոֆիլակտիկ դեզինֆեկցիան իրականացվում է մարդկանց մեծ կուտակումների վայրերում (անկախ ինֆեկցիոն հիվանդանոցների առկայությունից) և իր մեջ ընդգրկում միջոցառումներ, ինչպիսիք են՝ օդափոխությունը, տարածքի խոնավ մաքրումը, խմելու ջրի քլորացումը, կաթի պաստերիզացումը և ստերիլիզացումը, դեզինֆեկցող միջոցների կիրառումը հասարակական վայրերում և այլն:

2. Օջախային դեզինֆեկցիան իր հերթին լինում է՝

ա) ընթացիկ դեզինֆեկցիա, որի նպատակն է հարուցիչների ոչնչացումը ինֆեկցիայի աղբյուրից արտադրվելուց հետո: Այն իրականացվում է հիվանդի անկողնու մոտ (տանը կամ ստացիոնարում): Վարակազերծվում են հիվանդի հագուստը և սպիտակեղենը, խնամքի առարկաները, բժշկական գործիքները, սպասքը, հիվանդի արտաթորությունները (խորխ, փսխման զանգված, կղանք, մեզ), վիրակապական նյութերը, իրականացվում է հիվանդասենյակի խոնավ մաքրում, օդափոխություն: Ստացիոնարում կատարվող ընթացիկ դեզինֆեկցիան հիվանդանոցային հակաէպիդեմիկ ռեժիմի պահպանման կարևոր միջոցառումներից է համարվում (հատկապես աղիքային ինֆեկցիաների դեպքում): Միջոցառումներն իրականացվում են բուժ. անձնակազմի կամ հարազատների կողմից (եթե հիվանդը տանն է): Ընթացիկ դեզինֆեկցիայի իրականացման ժամանակ անհրաժեշտ է պահպանել անձնական հիգիենայի կանոնները,

բ) եզրափակիչ դեզինֆեկցիա, որն իրականացվում է էպիդեմիկ օջախում, ինֆեկցիայի աղբյուրի (հիվանդի) հեռանալուց հետո (երբ առողջանում, տեղափոխվում կամ մահանում է): Եզրափակիչ դեզինֆեկցիայի իրականացման անհրաժեշտությունը բացատրվում է նրանով, որ օջախում կարող են պահպանվել վարակված օբյեկտներ (կենցաղային իրեր), որոնք կարող են հետագայում հարուցչի տարածման պատճառ դառնալ:

Տարբեր ինֆեկցիոն հիվանդությունների դեպքում տարվում են դեզինֆեկցիայի տարբեր միջոցառումներ՝ պայմանավորված հարուցչի տարածման մեխանիզմով և փոխանցման ուղիներով: Օրինակ՝ աղիքային ինֆեկցիաների դեպքում օջախային դեզինֆեկցիան ուղղված է հիվանդի արտաթորությունների, փսխման զանգվածի, սպիտակեղենի, ամանեղենի, ընդհանուր օգտագործման վայրերի վարակազերծմանը: Շնչառական ինֆեկցիաների դեպքում կատարում են օդափոխություն, ուլտրամանուշակագույն ճառագայթում, շրջակա իրերի խոնավ մաքրում: Ջոռոգ ինֆեկցիաների դեպքում դեզինֆեկցիոն միջոցառումներն անցկացվում են հիվանդի և վարակված կենդանու գտնվելու տարածքում, ինչպես նաև կենդանուց ստացված սննդի և հումքի նկատմամբ:

Բուժքույրն առանձնահատուկ ուշադրություն պետք է դարձնի ներհիվանդանոցային ինֆեկցիաների կանխարգելման նպատակով անցկացվող դեզինֆեկցիոն միջոցառումներին:

Դեզինֆեկցիոն միջոցառումների արդյունավետությունն ապահովելու նպատակով անհրաժեշտ է՝

1. օգտագործել խիստ որոշակի կանոնակարգված կոնցենտրացիա ունեցող դեզինֆեկցող նյութեր
2. կիրառել դեզինֆեկցող լուծույթների այնքան քանակություն, որքան անհրաժեշտ է օբյեկտը վարակազերծելու համար
3. ապահովել դեզինֆեկցող նյութի ազդեցության որոշակի հատկացված ժամանակահատվածը (էկսպոզիցիա):

Տարբերում են դեզինֆեկցիայի հետևյալ եղանակները՝

1. *Մեխանիկական.* ապահովում է հարուցչի հեռացումը, բայց ոչ ոչնչացումը: Ուստի այն համակցում են մյուս եղանակների հետ: Դրանք են՝ տարածքի մաքրումը, օդափոխությունը, ֆիլտրումը և այլն: Ֆիլտրման ձևերից է հանդիսանում դիմակի օգտագործումը (2 տակ ծալված թանգիֆը պահում է մանրէների 74%-ը, իսկ վեց տակը՝ 97%-ը):

2. *Ֆիզիկական.* բակտերիցիդ ազդեցության նպատակով կիրառվում են հետևյալ ֆիզիկական եղանակները՝

- ա) ջերմային ազդեցություն (սառեցում, եռացում, չոր և տաք օդ)
- բ) ուլտրաձայն
- գ) ճառագայթային էներգիա (ուլտրամանուշակագույն ճառագայթներ)
- դ) ռադիոակտիվ ճառագայթում
- ե) դեզինֆեկցող կամերա:

Լայնորեն կիրառվում է եռացումը՝ սպիտակեղենի, սպասքի, խաղալիքների, խնամքի առարկաների, բժշկական գործիքների մանրէազերծման նպատակով: Եռացման պրոցեսի հակամիկրոբային ազդեցությունն ուժեղանում է (հատկապես սպորների վրա), երբ օգտագործում են 2%-ոց նատրիումի հիդրոկարբոնատի կամ օժառի լուծույթներ:

Չոր և տաք օդը կամ ջրային գոլորշիներն օգտագործվում են դեզինֆեկցող կամերաներում լաբորատոր ամանեղենը, բժշկական գործիքները, հագուստը, սպիտակեղենը մշակելու համար:

Ուլտրամանուշակագույն ճառագայթների օգնությամբ (սնդիկա-կվարցային լամպ) մանրէազերծում են վիրահատարանի, վիրակապարանի, բոքսերի, բակտերիոլոգիական լաբորատորիաների օդը:

Ռադիոակտիվ ճառագայթումը կիրառվում է արտադրության մեջ՝ ստերիլ արտադրանք թողարկելու նպատակով:

3. *Կենսաքանական.* օգտագործում են բիոլոգիական ֆիլտրեր, բիոթերմիկ կամերաներ:

4. *Քիմիական.* օգտագործվում են քիմիական տարբեր խմբերի նյութեր ինֆեկցիոն հիվանդության հարուցիչները ոչնչացնելու նպատակով: Այս եղանակն ունի ամենալայն կիրառությունը: Դեզինֆեկցող նյութերը պետք է՝

- ա) արագ լուծվեն ջրում
- բ) ունենան արագ ազդեցություն նույնիսկ փոքր կոնցենտրացիաների դեպքում
- գ) պահելիս կայուն լինեն
- դ) ունենան բակտերիցիդ ազդեցություն

ե) չառաջացնեն տոքսիկ և ալերգիկ ռեակցիա

զ) չփչացնեն առարկաները:

ԸՆԹԱՑԻԿ ԵՎ ԵԶՐԱՓԱԿԻՉ ՎԱՐԱԿԱԶԵՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ԿԻՐԱՌՎՈՂ ԴԵԶԻՆՖԵԿՏՈՂ ՆՅՈՒԹԵՐԻ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ

1. Քլոր պարունակող պրեպարատներ

- *Գազանման քլոր կամ քլորաջուր.* ակտիվ քլորի քանակը մինչև 7% է: Կիրառվում է միայն խմելու ջրի վարակազերծման նպատակով
- *Քլորակիր (կալցիումի հիդրոքլորիդ).* ակտիվ քլորի քանակը կազմում է 25-35%: Չոր, սպիտակ փոշի է: Հարկավոր է պահել չոր, մութ պայմաններում ամուր փակվող տարաներում: Եթե չոր քլորակրի մեջ ակտիվ քլորի քանակը մինչև 16% է, ապա այն կիրառվում է միայն արտաթորությունների, թարախի, խորխի, սննդի մնացորդների, աղբի, հողի վարակազերծման համար: Արտաթորությունների վարակազերծման համար չոր քլորակիրը վերցնում են 1:5 հարաբերությամբ 1 ժամվա ընթացքում
- *Քլորակրային կաթ.* քլորակրի 10-20%-ոց ջրային լուծույթն է, որը կիրառվում է սան. հանգույցների, քիչ արժեքավոր իրերի և սպասքի մանրեազերծման համար
- *Քլորամին Բ.* պարունակում է 25-28% ակտիվ քլոր: Այն ավելի կայուն է, քան քլորակիրը, ունի բակտերիցիդ, ֆունգիցիդ ազդեցություն, ոչնչացնում է հարուցիչների սպորային ձևերը: Քլորամինի աշխատանքային լուծույթները կիրառվում են աղիքային և օդակաթիլային ինֆեկցիաների դեպքում: Օգտագործում են սպիտակեղենի, հագուստի, ամանեղենի, տարբեր մակերեսների, խնամքի առարկաների, ձեռքերի լվացման համար
- *Քլորակրի մայր լուծույթ (10%-ոց).* պատրաստելու համար վերցնում են 1կգ չոր քլորակիր և 9լ ջուր, խառնում են, թողնում մեկ օր: 10լ 3%-ոց քլորակրի աշխատանքային լուծույթ պատրաստելու համար վերցնում են 3լ մայր լուծույթից և 7լ ջուր
- *Սուլֆոքլորանտին.* ոչնչացնում է բակտերիաները և վիրուսները: Օգտագործվում է 0,1-0,2լ/գ լուծույթը՝ 30-120 րոպե տևողությամբ
- *Քլորդեզին.* ակտիվ է բակտերիաների, վիրուսների, սնկերի հանդեպ: Կիրառվում է 0,5-2%-ոց լուծույթների ձևով՝ 15-120 րոպե տևողությամբ:

2. Յոդի պրեպարատներ

Այս խմբի պրեպարատները կիրառվում են վիրաբուժության մեջ:

- *Բյուրեղային յոդ.* օգտագործում են 5-10%-ոց սպիրտային լուծույթների, 5%-ոց ջրային լուծույթների ձևով: Կիրառվում է ձեռքերի, մաշկի, վիրահատական դաշտի, բժշկական ձեռնոցների վարակազերծման համար
- *Յոդոֆոր.* 1%-ոց լուծույթի ձևով օգտագործվում է վիրաբուժության մեջ:

3. Թթվածին պարունակող պրեպարատներ

- *Պերհիդրոլ.* ջրածնի պերօքսիդի 30%-ոց լուծույթն է: Օգտագործում են 1-6%-ոց լուծույթների ձևով լվացող փոշիների հետ զուգակցված՝ շինությունների, սարքավորումների, ամանեղենի, սանիտարական տրանսպորտի, հիվանդի խնամքի առարկաների վարակազերծման համար: 3%-ոց լուծույթն օգտագործում են աղիքային և օդակաթիլային ինֆեկցիաների դեպքում

սպիտակեղենի վարակազերծման համար, 6%-ոց լուծույթը՝ ապակե, ռետինե, պլաստմասսայե բժշկական գործիքների վարակազերծման համար

- *Գրիլեն*. պարունակում է 20% ջրածնի պերօքսիդ: Օգտագործվում է սպիտակեղենի, շինության, կահույքի, ամանեղենի, հիվանդի խնամքի առարկաների, խաղալիքների, բժշկական գործիքների վարակազերծման համար: 0,25-2,5%-ոց լուծույթներն օգտագործվում են աղիքային և կաթիլային ինֆեկցիաների, իսկ 3-6%-ոցը՝ սիբիրյան խոցի վարակազերծման համար:

4. Ֆենոլ պարունակող պրեպարատներ

- *Ֆենոլ*. բյուրեղանման նյութ է, որից պատրաստում են 3%-ոց և 5%-ոց ջրային լուծույթներ: Կիրառվում են օճառաֆենոլային խառնուրդները (3% ֆենոլ, 2% օճառ, 95%ջուր): Օգտագործում են աղիքային ինֆեկցիաների, օդակաթիլային և որոշ զոոնոզ ինֆեկցիաների օջախում, մաքրում են պատուհանները, դռները, կահույքը, հագուստը

- *Լիզոլ*. իրենից ներկայացնում է կրեզոլի լուծույթ կալիումական օճառում: Առավել արդյունավետ է տաք վիճակում: Ինֆեկցիայի օջախում սրանով լվանում են տարածքը, իրերը, թրջում սպիտակեղենը և սպասքը (3%-ոց լուծույթում), վարակազերծում կղանքը և մեզը (5-10%-ոց լուծույթում): 2%-ոց լուծույթի ձևով օգտագործում են հատուկ վտանգավոր ինֆեկցիաների դեպքում (օր.՝ ժանտախտ):

5. Ալդեհիդներ

- *Ֆորմալին*. իրենից ներկայացնում է 40%-ոց ֆորմալդեհիդի ջրային լուծույթ: Օգտագործվում է 0,5-5%-ոց լուծույթների ձևով իրերի և կոշկեղենի վարակազերծման համար: Իսկ մետաղյա, ապակյա, ռետինե և պլաստմասսայե իրերի վարակազերծումը կատարվում է գոլորշաֆորմալինային կամերայում 75°C-ում, 96% խոնավության պայմաններում

- *Գլուտարային ալդեհիդ*. իրենից ներկայացնում է 25%-ոց լուծույթ: Կիրառվում է 2,5%-ոց լուծույթի ձևով բժշկական իրերի վարակազերծման և ստերիլիզացիայի նպատակով:

6. Գազանման նյութեր

Կիրառվում են այն բժշկական գործիքների վարակազերծման համար, որոնք փչանում են բարձր ջերմաստիճանի և քիմիական նյութերի միջոցով վարակազերծելու դեպքում:

7. Մակերեսային-ակտիվ նյութեր պարունակող համակցված պրեպարատներ

- *Պիրտան*. կիրառվում է 3%-ոց լուծույթի ձևով բակտերիալ ծագման աղիքային և կաթիլային ինֆեկցիաների դեպքում տարբեր իրերի վարակազերծման համար, ինչպես նաև հատուկ վտանգավոր ինֆեկցիաների (ժանտախտ) դեպքում

- *Ամֆոլան*. կիրառվում է 0,5-3%-ոց լուծույթի ձևով բակտերիալ ծագման աղիքային և կաթիլային ինֆեկցիաների դեպքում, հատուկ վտանգավոր ինֆեկցիաների (ժանտախտ) դեպքում:

ԴԵԶԻՆՍԵԿՑԻԱ

Ինֆեկցիոն հիվանդություն տարածող միջատների և հողվածոտանիների դեմ տարվող պրոֆիլակտիկ և ոչնչացնող միջոցառումների ամբողջությունը կոչվում է դեզինսեկցիա:

Դեզինսեկցիան լինում է՝

1. Պրոֆիլակտիկ. միջոցառումներ՝ միջատների աճի և բազմացման համար անբարենպաստ պայմաններ ստեղծելու նպատակով: Անհրաժեշտ է պահպանել անձնական և բնակատեղի հիգիենան, ճիշտ պահպանել սննդամթերքը, տարածքը մաքրել աղբից, չորացնել ճահիճները և այլն:

2. Օջախային. միջոցառումներն իրականացվում են տրանսմիսիվ, ինչպես նաև աղիքային ինֆեկցիաների օջախներում (ճանճերին ոչնչացնել)՝ էպիդեմիկ ցուցումների համաձայն:

Դեզինսեկցիոն միջոցառումներն իրականացվում են դեզինֆեկցիոն կայանների և պետսան-էպիդիսկոլոլոյան կենտրոնի մասնագիտացված բաժանմունքների կողմից:

Միջատների ոչնչացման նպատակով կատարվող դեզինսեկցիան իրականացվում է մի շարք եղանակներով՝

1. մեխանիկական եղանակ. կիրառվում են կաշուն ժապավեններ, զանազան թակարդներ, պաշտպանիչ հագուստ, պատուհանների և դռների ցանցեր, ճանճասպան, հողվածոտանիների համար թակարդներ և այլն.

2. ֆիզիկական եղանակ. կիրառվում են եռացումը, գոլորշի և տաք օդ դեզինֆեկցող խցիկներում, ինչը նպաստում է հագուստի և սպիտակեղենի ոջիլների ու տզերի ոչնչացմանը.

3. կենսաբանական եղանակ. կիրառվում են հատուկ հարուցիչներ, հորմոններ, որոնք ոչնչացնում են միջատներին, գենետիկ եղանակներ, որոնք կանխում են միջատների աճն ու բազմացումը, ինչպես նաև միջատակեր (թրթուր ուտող) ձկներ.

4. քիմիական եղանակ. կիրառվում են հողվածոտանիներին ոչնչացնող քիմիական պրեպարատներ՝ ի ն ս ե կ տ ի ց ի դ ն ե ր, որոնք, թափանցման եղանակից կախված, լինում են աղիքային, շնչառական և կոնտակտային:

Աղիքային թույներն օգտագործում են ճանճերին, մոծակներին, խավարասերներին սպանելու համար (օր.՝ բորաթթու, բուրա, նատրիումի ֆտորիդ):

Շնչառական թույները (ֆումիգանտներ) գազեր կամ ցնդող հեղուկներ են, որոնք կարող են վնասել նաև մարդուն, ուստի մեծ զգուշությամբ են օգտագործվում:

Կոնտակտային թույները ֆոսֆորօրգանական միացություններ են, քլորաջրածին, որոնք ունեն կիրառման լայն շրջանակ (օր.՝ դիֆոս, կարբոֆոս, դիքլոֆոս, բայտեքս և այլն): Քլորաջրածինը կիրառվում է հազվադեպ, քանի որ էկոլոգիապես վտանգավոր է: Կիրառվում են նաև կերոսին, սկիբիդար, լիզոլ:

Կիրառվում են նաև այնպիսի քիմիական նյութեր, որոնք վախեցնում են միջատներին՝ ռ ե պ ե լ ե ն տ ն ե ր: Դրանք քսում են հագուստին կամ մաշկին (օր.՝ ԴԵՏԱ՝ դիէթիլտոլուամիդ, ԴՄՖ՝ դիմեթիլֆտալատ):

Կարևոր է պայքարը պեղիկուլյոզի (ոչլոտություն) դեմ, որի պրոֆիլակտիկ միջոցառումներից են հիգիենայի կանոնների, մարմնի և հագուստի մաքրության պահպանությունը:

Ստացիոնար ընդունվելիս կատարվում է պացիենտի զննում ոչլոտություն հայտնաբերելու համար: Հայտնաբերման դեպքում իրականացվում է դեզինսեկցիոն միջոցառում. հագուստի, սպի-

տակեղենի և հիվանդի սանիտարական մշակում: Պացիենտի մազերը սափրում են, լվանում, ցայում քացախի լուծույթով: Միաժամանակ փոխում են հագուստը, իսկ պացիենտի իրերը՝ եռացնում, տաք արդուկով արդուկում կարերի տեղերը: Ավելի ծանր ախտահարումների դեպքում կիրառվում են ինսեկցիդներ: Մարմնի մազածածկ հատվածների մշակման համար կիրառվում են կարբոֆոսի 0,15%-ոց ջրային էմուլսիա, բենզիլ-բենզոատի 20%-ոց օժառաջրային սուսպենզիա, 5%-ոց բորաթթվի քսուկ՝ 30 րոպե տևողությամբ: Իսկ հագուստը թրջում են ինսեկցիդով ջրային էմուլսիայի մեջ՝ 5-10 րոպե, հետո ողողում և լվանում օժառով ու սողայով:

Ինֆեկցիոն հիվանդների հագուստը և սպիտակեղենը մշակելու համար կիրառվում է դեզինսեկցիայի և դեզինֆեկցիայի խցիկային եղանակը (գոլորշիով, ֆորմալինի գոլորշիներով), ինչի արդյունքում ոչնչանում են միկրոօրգանիզմների վեգետատիվ և սպորային ձևերն ու դրանք փոխանցողները:

Լայնորեն կիրառվում են.

Քլորօրգանական միացություններից՝

- Դիքլոր. խավարասերներին, ոջիլներին, լվերին, տզերին և մոծակներին ոչնչացնելու համար.

Ֆոսֆորօրգանական միացություններից՝

- Դիֆոս (աբբատ, տենեֆոս). 30%-ոց էմուլսացնող կոնցենտրատի ձևով՝ ճանճերին, ոջիլներին, տզերին, լվերին ոչնչացնելու համար.

- Դիքլոֆոս. ճանճերին, մոծակներին, ցեցերին, լվերին և այլ թռչող միջատներին ոչնչացնելու համար.

- Կարբոֆոս. ոջիլներին, ճանճերին, տզերին, լվերի թրթուրներին ոչնչացնելու համար:

ԴԵՌԱՏԻՉԱՑԻԱ

Ինֆեկցիոն հիվանդությունն փոխանցող կրծողների ոչնչացման միջոցառումների ամբողջությունը կոչվում է դեռատիզացիա: Այն իրականացվում է ոչ միայն հարուցիչների փոխանցման ուղիները խախտելու, այլև զոոնոզ ինֆեկցիաներից շատերի համար ինֆեկցիայի աղբյուր հանդիսացող կրծողների ոչնչացման նպատակով:

Կրծողների դեմ ուղղված միջոցառումներն ունեն կանխարգելիչ և ոչնչացնող բնույթ:

Կանխարգելիչ միջոցառումների նպատակն այնպիսի պայմանների ստեղծումն է, որոնք արգելք են հանդիսանում բնակելի և տնտեսական տարածքներ կրծողների թափանցման, բնակեցման և բազմացման համար: Կախված դեռատիզացիայի ենթարկվող տարածքի աշխարհագրական դիրքից՝ տարբերում են քաղաքային, գյուղական և դաշտային ձևերը: Խիստ կարևոր է դեռատիզացիայի անցկացումը բնական օջախներում, որի բացակայությունը կարող է ժանտախտի, տուլարեմիայի, լեպտոսպիրոզի, իերսինիոզի պատճառ հանդիսանալ:

Ոչնչացնող միջոցառումներն իրականացվում են հետևյալ եղանակներով՝

1. մեխանիկական. կիրառում են զանազան տիպի թակարդներ
2. կենսաբանական. օգտագործում են կրծողների համար ախտածին միկրոօրգանզմներ
3. քիմիական. կիրառում են զանազան թունավոր նյութեր՝ ռատիցիդներ, որոնք կրծողի օրգանիզմ են թափանցում աղիներով (օր.՝ զոոկոլոմարին, ցինկիֆոսֆիդ), ֆունիզանտներ (շնչուղիների թույներ)՝ ծծմբային անհիդրիդ, քլորպիկրին, մեթիլբրոմիդ): Կիրառվող թունավոր նյութերով թունավորում են խայծը, վերամշակում կրծողների բները, արահետները:

ԴԵԶԻՆՖԵԿՑՈՂ ՆՅՈՒԹԵՐԻ ՀԵՏ ԱՇԽԱՏԵԼՈՒ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՎ ՊԱՏԱՀԱԿԱՆ ԹՈՒՆԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ ՑՈՒՑԱԲԵՐՎՈՂ ԱՌԱՋԻՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆԸ

Քլորակրից պատրաստվող լուծույթներ. 10-20%-ոց քլորակրի լուծույթ պատրաստելու համար վերցնում են 1-2կգ չոր քլորակիր, ավելացնում մի քիչ ջուր, լավ խառնում, դարձնում շիլայանման: Այնուհետև ավելացնում են ջրի ողջ քանակը, խառնում, թողնում մուգ փակ տարայի մեջ 24 ժամ, որից հետո ֆիլտրում մեկ այլ նույնանման տարայի մեջ: Ստացված 10-20%-ոց լուծույթից կարելի է պատրաստել ցանկացած կոնցենտրացիայի աշխատանքային լուծույթ օգտագործելուց անմիջապես առաջ (տե՛ս աղյուսակը):

Քլորակրի լուծույթից պատրաստվող աշխատանքային լուծույթների հաշվարկը

Աշխատանքային լուծույթի կոնցենտրացիան (%-ով)	Լուծույթում ակտիվ քլորի պարունակությունը (%-ով)	10լ-ի համար նյութի քանակը պահանջվող	
		10%-ոց հիմնական լուծույթ (մլ)	քլորակիր (գ)
0,5	0,125	500	50
1,0	0,25	1000	100
3,0	0,75	3000	300

Քլոր պարունակող դեզինֆեկցող նյութերից աշխատանքային լուծույթների պատրաստում

Աշխատանքային լուծույթի կոնցենտրացիան (%-ով)	Նյութի քանակը (գրամով)	
	1լ լուծույթի համար	10լ լուծույթի համար
0,1	1,0	10,0
0,2	2,0	20,0
0,3	3,0	30,0
0,5	5,0	50,0
1,0	10,0	100,0
2,0	20,0	200,0
3,0	30,0	300,0
5,0	50,0	500,0
10,0	100,0	1000,0 (1կգ)

Քլորամինից պատրաստվող լուծույթներ. Համապատասխան քանակությամբ քլորամինը լուծում են սառը ջրում, այնուհետև, որպես ակտիվացնող, ավելացնում են ծծմբաթթվային, ազոտաթթվային ամոնյակ, որոնց քանակը համապատասխանում է լուծույթում գտնվող ակտիվ քլորի

քանակին: Ամոնյակի քանակը պետք է 8 անգամ քիչ լինի: Այսպիսի լուծույթներն օգտագործվում են պատրաստելուց անմիջապես հետո:

Քլորամինի ակտիվ լուծույթի պատրաստում

Աշխատանքային լուծույթի կոնցենտրացիա (%-ով)	Ակտիվ քլորի կոնցենտրացիան աշխատանքային լուծույթում (%-ով)	Ակտիվացնող նյութի քանակը (գրամով)			
		1L լուծույթի համար		10L լուծույթի համար	
		Ամոնիումի աղ (1:1)	Ամոնյակ (1:8)	Ամոնիումի աղ (1:1)	Ամոնյակ (1:8)
0,5	0,13	1,3	0,162	13,0	1,62

Չեղուկ դեզինֆեկցող նյութերից աշխատանքային լուծույթների պատրաստում

Աշխատանքային լուծույթի կոնցենտրացիան (%-ով)	Նյութի (մլ) և ջրի 1L լուծույթի համար քանակը	
	Նյութ	Ջուր
1,0	10	990
3,0	30	970
5,0	50	950
8,0	80	920
10,0	100	900

Քիմիական նյութերը, որոնք կիրառվում են վարակազերծման, նախաստերիլիզացիոն մշակման, ստերիլիզացիայի և դեզինսեկցիայի համար, ունեն տարբեր աստիճանի տեղային և ընդհանուր տոքսիկ ազդեցություն: Ուստի դրանց հետ աշխատելիս հարկավոր է զգույշ լինել: Այսպիսի նյութերի հետ թուլատրվում է աշխատել 18 տարեկանից բարձր անձանց, որոնք տիրապետում են քիմիական նյութերի հետ աշխատանքի անվտանգության պահպանման կանոններին: Չի թույլատրվում աշխատել քիմիական պրեպարատների նկատմամբ բարձր զգայունություն ունեցող անձանց, հղիներին և կերակրող մայրերին:

Քիմիական նյութերով բժշկական գործիքների ստերիլիզացիան, նախաստերիլիզացիոն աշխատանքները, դեզինֆեկցող լուծույթներում առարկաների, ամանեղենի և սպիտակեղենի թրջումը, ինչպես նաև հիվանդի և նրա հագուստների մշակումը ինսեկցիդներով իրականացվում է հատուկ տարածքներում, որոնք ունեն օդափոխիչ սարքեր:

Դեզինֆեկցող նյութերի աշխատանքային լուծույթների պատրաստումն իրականացվում է հատուկ, լավ օդափոխվող սենյակում: Պատրաստված լուծույթները հարկավոր է պահել ամուր փակվող տարաներում, մուք, չոր, հով տեղում, ընդհանուր կիրառությունից հեռու: Բոլոր դեզինֆեկցող նյութերը և լուծույթներն անպայման պետք է ունենան պիտակ, որի վրա նշված են անվանումը, կոնցենտրացիան, պատրաստման և պիտանելիության ժամկետները:

Բաժանմունքներում դեզինֆեկցող նյութերը և պատրաստված լուծույթները հարկավոր է պահել փակի տակ (դեղամիջոցներից հեռու):

Դեզինֆեկցող, ստերիլիզացնող նյութերի և ինսեկտիցիդների հետ աշխատելիս հարկավոր է հագնել հատուկ հագուստ, ռետինե ձեռնոցներ, հերմետիկ ակնոցներ, քառաշերտ թանգիֆոլ դիմակ կամ ռեսպիրատոր:

Աշխատանքային կանոնները չպահպանելու դեպքում կարող են ի հայտ գալ տեղային գրգռման և ընդհանուր թունավորման նշաններ:

Դեզինֆեկցող նյութերը գրգռիչ ազդեցություն են թողնում մաշկային ծածկույթների, աչքի և շնչուղիների լորձաթաղանթների վրա:

Մաշկի վրա դեզինֆեկցող նյութ թափվելու դեպքում հարկավոր է անհապաղ լվանալ հոսող ջրով, իսկ ֆորմալդեհիդի լուծույթով աղտոտվելիս մաշկը մշակել անուշադրի 5%-ոց սպիրտային լուծույթով:

Շնչուղիները գրգռվելու դեպքում հարկավոր է տուժողին անմիջապես հանել մաքուր օդի կամ լավ օդափոխված սենյակ, այնուհետև ջրով ողողել բերանի խոռոչը և քթնապանը: Ֆորմալդեհիդով թունավորման դեպքում ցուցված է ներշնչել մի քանի կաթիլ անուշադրի սպիրտ պարունակող ջրային գոլորշիներ, ինչպես նաև ընդունել գոլ կաթ մատրիումի հիդրոկարբոնատով կամ հանքային ջրով: Անհրաժեշտության դեպքում տուժողին տալիս են սրտային և հանգստացնող դեղամիջոցներ, բացի այդ խորհուրդ է տրվում թթվածնի ներշնչում: Ծանր դեպքերում հարկավոր է հոսպիտալացնել:

Աչքի մեջ քիմիական նյութ ընկնելու դեպքում աչքերը հարկավոր է լվանալ հոսող ջրով կամ մատրիումի հիդրոկարբոնատի 2%-ոց լուծույթով մի քանի րոպե: Այնուհետև կաթեցնել ալբուցիդի լուծույթ:

Քլոր պարունակող լուծույթների՝ պատահաբար ստամոքս թափանցելու դեպքում հարկավոր է կատարել ստամոքսի լվացում մատրիումի թիոսուլֆիտի 2%-ոց լուծույթով (հիպոսուլֆիտ) և տալ խմելու մատրիումի հիդրոկարբոնատի 2%-ոց լուծույթ: Եթե թունավորումը ֆորմալդեհիդով է, ապա ստամոքսի լվացումը կատարվում է անուշադրի սպիրտի ջրային լուծույթով կամ կարբոնատի 3%-ոց լուծույթով կամ էլ մատրիումի ալբետատով (ամոնյակ): Ստամոքսի լվացումից պետք հարկավոր է խմել կաթ, հում ձու կամ սպիտակուցային ջուր:

Եթե թունավորման պատճառ են հանդիսացել ֆոսֆորօրգանական ինսեկտիցիդ նյութերը, ապա թունավորումն ուղեկցվում է հետևյալ նշաններով՝ որովայնացավեր, սրտխառնոց, փսխում, լուծ, թքարտադրության ուժեղացում, արցունքահոսություն, ընդհանուր թուլություն, գլխացավ, բերրի նեղացում, պուլսի հազվականացում և մկանային կծկում:

ՀԱՏՈՒԿ ՎՏԱՆՊԱՎՈՐ ԵՎ ԿԱՐԱՆՏԻՆԱՅԻՆ (ԿՈՆՎԵՆՑԻՈՆ) ԻՆՖԵԿՑԻԱՆԵՐ

Կարանտինը հակաէպիդեմիկ, սանիտարահիգիենիկ և ադմինիստրատիվ միջոցառումների ամբողջությունն է, որը կանխարգելում է ինֆեկցիոն հիվանդությունների տարածումը օջախի սահմաններից դուրս:

Առաջին անգամ 14-րդ դարում Իտալիայում են իրականացվել միջոցառումներ ժանտախտի տարածումը սահմանափակելու համար: Այդ նպատակով բոլոր այն նավերը, որոնք գալիս էին ժանտախտի դեպքեր ունեցող երկրներից, պահում էին ծովափին 40օր, հետո միայն թույլատրում մտնել նավահանգիստ: Իտալերեն *carante* նշանակում է քառասուն (40 օրը ամենաերկար ինկուբացիոն շրջանն է), որն իրականացվում է մարդու մեկուսացման նպատակով՝ ինֆեկցիայի մուտքը կանխելու համար: Հետագայում ստեղծվեցին միջազգային համակարգեր, որոնք կանխարգելում էին խիստ վտանգավոր այնպիսի ինֆեկցիաների մուտքը, ինչպիսիք էին ժանտախտը, բնական ծաղիկը, խոլերան, բժավոր տիֆը:

20-րդ դարի 50-ական թթ.-ին ստորագրվեց միջազգային համաձայնագիր (կոնվենցիա), որի հիման վրա ընդունվեցին միջազգային բժշկասանիտարական կանոններ պետությունների հակաէպիդեմիկ պաշտպանության իրականացման համար, որոնց նպատակն էր կանխել ինֆեկցիայի մուտքը: Այդ կապակցությամբ առաջացան կոնվենցիոն հիվանդություններ: 1946թ.-ից Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը (ԲՕԻ) (այսուհետ՝ ԱՀԿ) էպիդեմիոլոգիական վերահսկողություն է իրականացնում ինֆեկցիոն հիվանդությունների նկատմամբ: Ինֆեկցիայի ցանկացած դեպքի մասին պետությունը պարտավորվում է տեղեկացնել ԱՀԿ: Ցանկացած երկրում հիվանդության նույնիսկ մեկ դեպք հանդիպելիս իրականացվում են հետևյալ գործողությունները՝

1. Երկիրն անմիջապես տեղեկացնում է ԱՀԿ-ին՝ հայտնաբերված հիվանդության մասին
2. ԱՀԿ-ն վերանշակում է ստացված տվյալները, ապա տեղեկացնում աշխարհի բոլոր երկրներին
3. Բոլոր երկրները տեղեկանալուց անմիջապես հետո իրականացնում են համապատասխան հակաէպիդեմիկ միջոցառումներ և հայտնում ԱՀԿ
4. ԱՀԿ-ն հավաքում է ստացված տեղեկատվությունը, մշակում և կրկին ուղարկում է աշխարհի բոլոր երկրներ:

Խիստ վտանգավոր ինֆեկցիաներին բնորոշ են էպիդեմիկ տարածումը, բնակչության լայն զանգվածների ընդգրկումը, հիվանդության ծանր ընթացքը, մահացության և հաշմանդամության առաջացման բարձր ցուցանիշները:

«Կարանտինային հիվանդություն» արտահայտությունը ԱՀԿ-ն փոխարինեց «Օրենքի ազդեցության տակ ընկնող հիվանդություն» արտահայտությամբ:

Այսպիսով, վարակիչ հիվանդությունները բաժանվում են 2 խմբի՝

I. օրենքի ազդեցության տակ ընկնող հիվանդություններ, որոնցից են ժանտախտը, խոլերան, դեղին տենդը, բնական ծաղիկը

II. համաշխարհային հսկողությամբ ենթարկվող հիվանդություններ, որոնցից են գրիպը, պոլիոմելիտը, մալարիան, բժավոր և հետադարձ տիֆերը, սիբիրյան խոցը, տուլարեմիան, ՄԻՎ-ինֆեկցիան, հեմոռագիկ տենդը:

Այս հիվանդություններից միայն բնական ծաղիկն է լիկվիդացվել: Դրան նպաստել է այն հանգամանքը, որ վերջինս անտրոպոնոզ ինֆեկցիա է, փոխանցվում է միայն օդակաթիլային ճանապարհով, ստեղծվել է արդյունավետ վակցինա:

Երկրի տարածքի սանիտարական պահպանությունն իրենից ներկայացնում է համապատասխան միջոցառումներ, որոնք ուղղված են արտերկրից ինֆեկցիայի ներմուծումը և տարածումը կանխարգելելուն:

Բուժ-պրոֆիլակտիկ և սանիտարաէպիդեմիոլոգիական հաստատությունների բուժանձնակազմը պարտավոր է ժամանակին հայտնաբերել կարանտինային ինֆեկցիաների դեպքերը, իրենց գրագետ գործողություններով նպաստել դրանց արագ և լրիվ սահմանափակմանը: Բուժանձնակազմի պրոֆեսիոնալ աշխատանքից են կախված նաև օջախում հիվանդներին ցուցաբերվող օգնության արդյունավետությունը, ինչպես նաև անձնական անվտանգությունը:

Օջախում առաջնային հակաէպիդեմիկ միջոցառումների հիմնական էտապներն են՝

- հիվանդի հայտնաբերումը
- հիվանդի մասին տեղեկացնելը
- ախտորոշման ճշտումը
- հիվանդի մեկուսացումը և հոսպիտալացումը
- հիվանդի բուժումը
- օբսերվացիոն, կարանտինային սահմանափակող միջոցառումների իրականացումը
- անհայտ պատճառներով մահացության դեպքերի հայտնաբերումը և պաթոլոգո-անատոմիական հետազոտությունը
- հիվանդի հետ կոնտակտավորների հայտնաբերումը, մեկուսացումը, պրոֆիլակտիկ միջոցառումների անցկացումը
- կասկածելի հիվանդների հայտնաբերումը, մեկուսացումը և հոսպիտալացումը
- դեզինֆեկցիոն միջոցառումների իրականացումը
- բնակչության շտապ պրոֆիլակտիկան
- բնակչության բժշկական հսկողությունը
- սան.-լուս. աշխատանքը
- արտաքին միջավայրի սանիտարական հսկողությունը:

Խիստ վտանգավոր ինֆեկցիայով հիվանդ հայտնաբերելիս (կասկածելիս) բուժքույրը մնում է հիվանդի մոտ (պոլիկլինիկայում, ստացիոնարում, տանը), ժամանակավորապես մեկուսացնում նրան (փակում դուռն ու պատուհանը, դադարեցնում ընդունելությունը), ահազանգում տվյալ հիմնարկության գլխավոր բժշկին, շտապ բերել տալիս դեզինֆեկցող լուծույթներ, պաշտպանիչ արտահագուստ, դեղորայք, հիվանդի խնամքի առարկաներ, լաբորատոր քննության պարագաներ:

Այնուհետև բուժանձնակազմը հազնում է բերված համապատասխան արտահագուստը՝ նախօրոք դեզինֆեկցող լուծույթներով մշակելով մարմնի բաց մասերը, աչքի, քթի, բերանի լորձաթաղանթները:

Հիվանդին ցուցաբերվում է անհրաժեշտ բժշկական օգնություն, իրականացվում կաբինետի ընթացիկ դեզինֆեկցիա: Լաբորատոր քննության համար տեղում կարելի է վերցնել հիվանդից համապատասխան նյութերը և սկսել բուժումը:

Հիվանդից հավաքում են էպիդեմիոլոգիական անամնեզ, պարզում կոնտակտավորներին (ինկուբացիոն շրջանի տևողության ընթացքում): Կատարվում է եզրափակիչ դեզինֆեկցիա հիվանդի աշխատավայրում և բնակավայրում:

Ախտորոշումը հաստատվելուց հետո հիվանդը հատուկ տրանսպորտով տեղափոխվում է հիվանդանոց և մեկուսացվում: Ահազանգի դեպքում ողջ հիվանդանոցն անցնում է խիստ հակաէպիդեմիկ աշխատանքային ռեժիմի: Հիվանդի հետ շփվողները, այդ թվում նաև բուժանձնակազմը մեկուսացվում են և վերցվում հսկողության տակ: Այս միջոցառումը կոչվում է օբսերվացիա (պրովիզոր հոսպիտալացում) և կազմում է կարանտինային միջոցառումների բաղադրիչ մասը: Մեկուսացման տևողությունը համապատասխանում է ինկուբացիոն շրջանին (ժամտախտի դեպքում 6 օր, խոլերայի՝ 5օր): Անցկացվում է պրոֆիլակտիկա և բուժում:

Բուժանձնակազմի պաշտպանությունը (հիվանդի հետ շփվող կամ լաբորատոր քննություններ կատարող) իրականացվում է հատուկ արտահագուստ (պաշտպանիչ համազգեստ) կրելով և անձնական անվտանգության կանոնները պահպանելով: Աշխատելիս հագնում են ռեսպիրատոր, բախիլներ, խալաթ, գոգնոց, ձեռնոցներ կամ էլ ռեսպիրատորով հակաժանտախտային համազգեստ (կամ էլ բամբակե-թանգիֆային դիմակ, որն անհրաժեշտ է հաճախակի փոխել): Հակաժանտախտային համազգեստը հագնում են հիվանդանոցում հիվանդի հետ շփվելիս, ընթացիկ և եզրափակիչ դեզինֆեկցիա կատարելիս, հիվանդին տեղափոխելիս, հերձելիս և թաղելիս, ինչպես նաև ինֆեկցիայի օջախում հիվանդներ փնտրելիս:

Օգտագործելուց հետո համազգեստը թրջում են դեզինֆեկցող լուծույթով, հետո տեղավորում ավտոկլավի մեջ, այնուհետև՝ լվանում:

ՆԵՐՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ԻՆՖԵԿՑԻԱՆԵՐ

Աշխարհի բոլոր երկրներում ներհիվանդանոցային ինֆեկցիայի կանխարգելումն առողջության պահպանման կարևորագույն և հրատապ խնդիրն է ինչպես բժշկական, այնպես էլ սոցիալական ու տնտեսական տեսանկյուններից:

Ներհիվանդանոցային ինֆեկցիան (ՆՀԻ, հոսպիտալային, նոզոկոմիալ) կլինիկորեն արտահայտված ցանկացած ինֆեկցիոն հիվանդությունն է, որով հիվանդը վարակվում է հիվանդանոցում գտնվելիս, բուժման կամ ախտորոշման նպատակով այնտեղ հաճախելիս, և (կամ) աշխատավայրում աշխատակցի ձեռք բերած ինֆեկցիոն հիվանդությունն է: Լատիներեն *nosocomium* նշանակում է հիվանդանոց, հունարեն *nosokomeo*՝ հիվանդի խնամք:

ՆՀԻ-ներ են համարվում հոսպիտալիզացիայից հետո 48 ժամ անց հայտնաբերված և ընդունվելիս ինկուբացիոն շրջանում գտնվող ինֆեկցիաները:

ՆՀԻ-ները հաճախ հանգեցնում են մահացության, իսկ բարենպաստ ելքի դեպքում երկարում է հիվանդանոցում պացիենտների մնալու ժամանակահատվածը:

ՆՀԻ-ի ժամանակ ինֆեկցիոն պրոցեսն ունի առանձնահատկություններ՝

- որպես կանոն ունի երկար ընթացք
- հակաբիոտիկներով դժվար է բուժվում
- հակում ունի առաջացնելու նոր, ծանր ընթացքով, կյանքի համար վտանգ ներկայացնող պաթոլոգիաներ

- հիմնական հիվանդությունը ձգձգվում է:

ՆՅԻ-ի դեպքեր ավելի հաճախ գրանցվում են բազմապրոֆիլ հիվանդանոցների ինտենսիվ թերապիայի, վերակենդանացման, նորածնային բաժանմունքներում:

ՆՅԻ-ի տարածմանը նպաստող գործոններից են՝

- նոր (վնասող կամ թափանցող) ախտորոշիչ և բուժական մանիպուլյացիաների կիրառումը
- իմունոդեպրեսանտ դեղամիջոցների օգտագործումը, որոնք հանգեցնում են դեղորայքակայուն շտամների առաջացման
- թուլացած ծերերի, երեխաների և նախկինում չբուժվող հիվանդություններով պացիենտների թվի ավելացումը
- բուժական հիմնարկների սանիտարական վիճակը
- պացիենտների և անձնակազմի հիգիենիկ կուլտուրան
- դեզինֆեկցիոն միջոցառումների և ախտահանման արդունավետությունը
- սննդի բլոկի և ջրամատակարարման վիճակը:

ՆՅԻ-ները տարբեր են իրենց նոզոլոգիական ձևերով, պաթոլոգիական պրոցեսի տեղակայումով: Դրանց շարքին են դասվում միզային համակարգի, շնչառական, վիրաբուժական (վերքային) ինֆեկցիաները, ինչպես նաև մաշկի և աղեստամոքսային տրակտի ախտահարումները: Շատ են նաև անգինոզեն ՆՅԻ-ները, որոնք կապված են մերերակային միջամտությունների հետ (կատետրի օգնությամբ):

ՆՅԻ-ների հարուցիչներն են բակտերիաները, վիրուսները, սնկերը, նախակենդանիները: Մեզ հայտնի ինֆեկցիոն հիվանդությունների հարուցիչներից բացի այս շարքին են պատկանում նաև պայմանական պաթոգեն միկրոօրգանիզմները, որոնք ընդունակ են ծերերի և թույլ առողջական վիճակով մարդկանց հիվանդության պատճառ հանդիսանալ: ՆՅԻ-ների 90%-ն ունեն բակտերիալ ծագում: ՆՅԻ առաջացնում են հարուցչի *հոսպիտալային շտամները*, որոնք իրենց կենսաբանական հատկություններով տարբերվում են հոսպիտալից դուրս հայտնի շտամներից: Սրանք կայուն են դեղորայքի, արտաքին անբարենպաստ պայմանների (չորացում, ուլտրամանուշակագույն ճառագայթներ) և դեզինֆեկցող նյութերի նկատմամբ, անգամ բազմանում են նման պայմաններում: Այսպիսի հարուցիչների առաջացման պատճառ են հանդիսանում հակաբիոտիկների ոչ ռացիոնալ կիրառումը, գլյուկոկորտիկոստերոիդային հորմոնների, իմուն պրեպարատների երկարատև օգտագործումը, որոնք ազդում են օրգանիզմի պաշտպանական հատկությունների վրա:

ՆՅԻ-ի դեպքում հարուցիչների աղբյուրը կարող է հանդիսանալ հիվանդ մարդը, որը հիվանդանոց է ընդունվել հիվանդության գաղտնի շրջանում կամ չախտորոշված հիվանդության դեպքում (կարմրուկ, ջրծաղիկ, էպիդեմիկ պարոտիտ և այլն):

Գրամ-բացասական հարուցիչներով ինֆեկցիաների դեպքում վարակի աղբյուր են հանդիսանում թեթև և անախտանիշ ձևերով ընթացող հիվանդություն տանող հիվանդները (օր.՝ վիրաբուժական բաժանմունքի հիվանդները մաշկի թարախաբորբոքային ախտահարումներով):

Ինֆեկցիայի տարածման գործում մեծ է նաև հարուցչակիր և ջնջված ձևերի ինֆեկցիաներ ունեցող պացիենտների, բուժանձնակազմի և ծննդկանների դերը: Օր.՝ ՄԻԱՎ-ինֆեկցիայի, վիրուսային հեպատիտներ B, C, D-ի դեպքում ինֆեկցիայի աղբյուրը դասվում է հարուցչակիր և

անախտանիշ ինֆեկցիոն ձևերով պացիենտների շարքին: Սրանցով վարակվում են հեմոդիալիզի կենտրոնի հիվանդները, բուժանձնակազմը (համարվում է նաև պրոֆեսիոնալ հիվանդություն):

Հարուցիչների փոխանցման ուղիները և գործոնները ՆՀԻ-ների դեպքում տարբեր են:

Հիվանդանոցում, մարդկանց կուտակման արդյունքում, բարենպաստ պայմաններ են ստեղծվում ինֆեկցիայի տարածման օդակաթիլային և օդափոշիային ուղիների համար:

Կոնտակտակենցաղային ճանապարհով վարակի փոխանցումն իրականացվում է բուժանձնակազմի կեղտոտ ձեռքերի, անկողնու, հիվանդի խնամքի առարկաների, բժշկական գործիքների միջոցով: Հարկավոր է նկատի ունենալ, որ հարուցիչները կարող են կուտակվել և բազմանալ խոնավ միջավայրում, հեղուկ դեղամիջոցներում, խոնավ խոզանակների վրա:

Սննդային ճանապարհով վարակի փոխանցումն իրականացվում է սննդի բլոկի աշխատանքի կանոնների, սննդի պահպանման և պատրաստման տեխնոլոգիայի խախտման միջոցով:

Պարենտերալ ճանապարհով վարակի փոխանցումը բուժ.-պրոֆիլակտիկ հիմնարկներում բժշկական գործիքների դեզինֆեկցիայի և ստերիլիզացիայի ռեժիմի խախտման, բուժանձնակազմի կողմից ասեպտիկայի կանոնները պահպանելու և ինֆեկցված արյան փոխներարկման արդյունք է:

Հարուցիչների նկատմամբ ընկալունակությունը ՆՀԻ-ի դեպքում որոշվում է հիվանդների կոնտինգենտով:

Որպես կանոն ստացիոնար են ընդունվում ծանր, հիվանդության դեկոմպենսացված վիճակում գտնվող, իմունոդեֆիցիտով հիվանդները, որոնք ընկալունակ են ՆՀԻ-ի նկատմամբ: Օր.՝ վիրաբուժական միջամտություններն առաջացնում են տրավմատիզացիա և սթրես, ինչպես նաև ճնշում են իմուն համակարգի վրա և հանգեցնում թարախային պրոցեսների տարածմանը: Ծանր հիվանդների մոտ խախտվում է օրգանիզմի դիմադրողականությունը, նրանք դառնում են ընկալունակ պայմանական պաթոգեն միկրոբների և սնկերի նկատմամբ:

ՆՀԻ-ների շարքում շատ են նորածինների հիվանդությունները, որոնք զարգանում են ծննդատներում և ձեռք բերում սեպտիկ բնույթ (հատկապես, եթե կա հիպօքսիա, հիպոտրոֆիա):

ՆՀԻ-ների համար ռիսկի գործոն են հանդիսանում՝

- հիվանդի տարիքը (ծերեր, նորածիններ)
- ստացիոնարում մնալու տևողությունը (հատկապես այրվածքների, ռեանիմացիայի, ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքներում)
- նախորդող հակաբիոտիկային բուժման տևողությունը
- վիրաբուժական և այրվածքային վերքերի առկայությունը
- երակային կատետրի առկայությունը
- էնդոտրախեալ խողովակի առկայությունը:

ՆՀԻ-ների դեպքում կանխարգելումն իրականացվում է հետևյալ միջոցառումների ձևով՝

- սկսվում է բուժ.-պրոֆիլակտիկ հիմնարկների ռացիոնալ պլանավորմամբ (մեկուսաբանի առկայություն, օդափոխիչ համակարգ, իրարից անջատ ձևով հիվանդների ընդունում և դուրսգրում)

- ՆՀԻ-ի պատճառ հանդիսացող հարուցիչների աղբյուր համարվողների վաղ հայտնաբերում և բուժում

- ընդունարանում սանիտարահիգիենիկ ռեժիմի խստացում ինֆեկցիայի ներմուծումը կանխելու նպատակով: Յուրաքանչյուր ընդունվող հիվանդին զննում են ոչլուտության առկայություն հայտնաբերելու համար, կատարում լիարժեք սանիտարական մշակում, փոխում հագուստը: Հիվանդի ընդունվելուց հետո տարածքը ենթարկում են դեզինֆեկցիայի

- ստացիոնարում պարբերաբար կատարվում է տարածքի մաքրում, ընթացիկ և պրոֆիլակտիկ դեզինֆեկցիա, հիվանդի դուրս գրվելուց հետո՝ եզրափակիչ դեզինֆեկցիա (անկողնային պարագաների վարակազերծում դեզինֆեկցող կամերայում)

- հսկողություն է սահմանվում սննդի (կանխելու համար վարակի տարածումը սննդային ճանապարհով), սննդի բլոկի սանիտարատեխնիկական վիճակի, պատրաստման տեխնոլոգիայի վրա (սպասքի լվացում և դեզինֆեկցիա)

- բուժանձնակազմի շրջանում հիվանդների վաղ հայտնաբերում (մաշկի և լորձաթաղանթի թարախային ինֆեկցիա, սուր շնչառական հիվանդություն, աղիքային ինֆեկցիա, երիկամային պաթոլոգիա), հատկապես հարուցչակիրների և թեթև ընթացքով վարակների հայտնաբերում: Այս նպատակով բուժանձնակազմը պարբերաբար ենթարկվում է բժշկական հետազոտության: Հիվանդներին և բակտերիակիրներին արգելվում է դուրս գալ աշխատանքի: Վերջիններս ստանում են համապատասխան բուժում և աշխատավայր ներկայանում լիարժեք առողջանալուց հետո միայն

- բժշկական գործիքների, վիրակապական նյութերի, սպիտակեղենի, դեղամիջոցների լիարժեք ստերիլիզացիոն միջոցառումների անցկացում: Անհրաժեշտ է հնարավորինս լայնորեն կիրառել միանգամյա օգտագործման գործիքներ

- բուժանձնակազմը պետք է պահպանի անձնական հիգիենայի կանոնները, աշխատանքի ընթացքում կրի արտահագուստ՝ խալաթ, գլխարկ, հողաթափեր, իսկ մանիպուլյացիա կատարելիս՝ ռետինե ձեռնոցներ, դիմակ, ակնոց:

Ձեռքերը հիվանդի արյունով կամ բիոհեղուկով աղտոտվելիս հարկավոր է դրանք լվանալ հոսող ջրով, հետո մշակել դեզինֆեկցող լուծույթով (0,1%-ոց դեզօքսոնի լուծույթ, ջրածնի պերօքսիդի 2%-ոց լուծույթ, 70%-ոց էթիլ սպիրտ):

Աչքերի մեջ բիոհեղուկներ ընկնելու դեպքում աչքերը պետք է լվանալ հոսող ջրով և կաթեցնել 1%-ոց ալբուցիդ կամ լվանալ կալիումի պերմանգանատի թույլ վարդագույն լուծույթով:

Քթի մեջ բիոհեղուկներ ընկնելու դեպքում քթանցքները պետք է լվանալ ջրով և կաթեցնել պրոթարգոլի 1%-ոց լուծույթ:

Բերանի խոռոչ բիոհեղուկներ ընկնելու դեպքում բերանի խոռոչը պետք է ողողել հոսող ջրով, ապա 70%-ոց էթիլ սպիրտով կամ կալիումի պերմանգանատի 1:5000 բաց վարդագույն լուծույթով:

Օգտագործված ասեղով մաշկը ծակելու կամ կտրելու դեպքում վնասվածքի տեղը պետք է լվանալ օճառով, ջրով, առանց արյունահոսությունը դադարեցնելու: Այնուհետև 2 անգամ մշակել վնասվածքի տեղը յոդի 5%-ոց սպիրտային լուծույթով կամ 70%-ոց էթիլ սպիրտով:

Վիրուսային հեպատիտ Բ-ից պաշտպանվելու համար բուժանձնակազմը ենթարկվում է պատվաստման, հատկապես հիվանդի արյան հետ անմիջական շփում ունեցողները (մանկաբարձ, վիրաբույժ, ատամնաբույժ, արյան փոխներարկման և հեմոդիալիզի բաժանմունքների, բիրքիմիական լաբորատորիաների աշխատակիցներ):

Վակցինան ներմուծվում է 3անգամ, որոնցից երկուսը 1 ամիս ընդմիջումով, իսկ երրորդը՝ 6ամիս անց: Ռեվակցինացիան կատարվում է 7 տարի անց

- կարևոր է բուժանձնակազմի մասնագիտական պատրաստվածությունը
- կարևոր է նաև տարվող սան.-լուս. աշխատանքը թե՛ քույրական անձնակազմի, թե՛ պացիենտների շրջանում:

ԻՄՈՒՆԻՏԵՏ

Իմունիտետը օրգանիզմի անընկալունակությունն է օտարածին նյութերի, միկրոօրգանիզմների և դրանց արտադրած տոքսինների նկատմամբ (immunitas նշանակում է ինչ-որ բանից ազատվել):

Մարդու օրգանիզմ օտար միկրոբի (անտիգենի) ներթափանցման հետևանքով օրգանիզմում գործում են մի շարք մեխանիզմներ, որոնցով հայտնաբերվում և չեզոքացվում են օրգանիզմի համար օտարածին էակները:

Օրգանների և հյուսվածքների այն համակարգը, որն իրագործում է օրգանիզմի պաշտպանական ռեակցիաները՝ իր ներքին միջավայրի հաստատուն վիճակը պահպանելու նպատակով, կոչվում է *իմուն համակարգ*:

Օրգանիզմի պաշտպանական ռեակցիաների հիմքում ընկած են ոչ սպեցիֆիկ և սպեցիֆիկ գործոններ:

Ոչ սպեցիֆիկ պաշտպանական գործոններն ապահովում են օրգանիզմի ընդհանուր պաշտպանությունը և ուղղված չեն կոնկրետ անտիգենի, ունեն ընդհանուր բնույթ: Օրգանիզմի ոչ սպեցիֆիկ պաշտպանությունն իրականացվում է հետևյալ գործոններով՝

1. մեխանիկական.- մաշկային ծածկույթները և լորձաթաղանթը, որոնք մեխանիկական արգելք են հանդիսանում հարուցչի թափանցման ճանապարհին

2. ֆիզիկա-քիմիական.- ստամոքսահյուսվածք, ստամոքս-աղիքային համակարգի ֆերմենտները, քրտնագեղձերի և ճարպագեղձերի սեկրետը (արտազատուկը), որոնք ինակտիվացնում են հարուցիչների ազդեցությունը օրգանիզմի վրա

3. իմունաբիոլոգիական.- ոչ սպեցիֆիկ պաշտպաններից են ֆագոցիտները (մոնոցիտներ, մակրոֆագեր, գրանուլոցիտներ), որոնք կլանում են հարուցիչներին և նրանց անտիգեններին, ինչպես նաև լիզոցիմը, ինտերֆերոնը, ալվային և կոմպլեմենտի համակարգը և այլն: Օրգանիզմի ոչ սպեցիֆիկ դիմադրողականության վրա անբարենպաստ ազդեցություն են թողնում ֆիզիկական և հոգեկան տրավմաները, թերսնուցումը, գերհոգնածությունը, վիտամինային անբավարարությունը, խրոնիկ ալկոհոլային ինտոքսիկացիան, թմրամոլությունը և այլն:

Սպեցիֆիկ պաշտպանական գործոններն ուղղված են կոնկրետ հարուցչի, անտիգենի կամ տոքսինի: Օրգանիզմի սպեցիֆիկ պաշտպանությունն իրականացվում է իմուն համակարգի իմունոբիոլոգիական ռեակցիաների բարդ կոմպլեքսով, որի մեջ մտնում են՝

- հակամարմինների գոյացումը
- իմունային ֆագոցիտոզը
- լիմֆոցիտների սպանող ֆունկցիան
- իմունոլոգիական հիշողությունը

- իմունոպաթոլոգիական ռեակցիաները՝ անհապաղ և դանդաղ գերզգայունությունները: Իմուն ռեակցիաներին մասնակցում են ֆագոցիտները, T- և B-լիմֆոցիտները և հակամարմինները: Օրգանիզմ թափանցած օտարածին մասնիկի՝ անտիգենի նկատմամբ, որպես պաշտպանական սպեցիֆիկ գործոն, ի հայտ են գալիս հակամարմիններ՝ իմունոգլոբուլիններ (հումորալ իմունիտետ) և ակտիվանում են T-լիմֆոցիտները (բջջային իմունիտետ): Իմունոբիոլոգիական ռեակցիաների արդյունքում հարուցչի հանդեպ օրգանիզմում ձևավորվում է իմունիտետ, և վերականգնվում հոմեոստազը (հավասարակշռված վիճակ):

Անտիգենները (հակածին) օրգանիզմի համար գենետիկորեն օտար նյութեր են, որոնց ներթափանցման ժամանակ օրգանիզմը պատասխանում է սպեցիֆիկ իմունոլոգիական ռեակցիայի զարգացմամբ: Այդպիսի ռեակցիաներից է հակամարմինների առաջացումը: Անտիգենն ունի 2 հատկություն՝

ա) իմունոգենություն, այսինքն՝ ընդունակ է առաջացնել հակամարմիններ

բ) ընդունակ է հակամարմինների հետ մտնել սպեցիֆիկ փոխազդեցության մեջ, որն էլ արտահայտվում է իմունոլոգիական ռեակցիաների տեսքով:

Անտիգենների այս սպեցիֆիկ հատկությունը, որի համաձայն այն միանում է միայն որոշակի հակամարմնի հետ, կիրառվում է պրակտիկայում՝

1. ինֆեկցիոն հիվանդությունների ախտորոշման համար (հիվանդի արյան շիճուկում հայտնաբերում են սպեցիֆիկ հակամարմիններ)

2. ինֆեկցիոն հիվանդությունների բուժման և կանխարգելման համար (ստեղծում են անընկալունակ վիճակ որոշակի միկրոբի կամ տոքսինի նկատմամբ, իմունոթերապևտիկ եղանակով չեզոքացվում են թույները):

Հակամարմինները արյան սպեցիֆիկ սպիտակուցներ են՝ իմունոգլոբուլիններ (IG), որոնք առաջանում են ի պատասխան անտիգենի: Մարդու արյան շիճուկում կա 2 տիպի սպիտակուց՝ ալբումին և գլոբուլին: Իմունոգլոբուլինները գլոբուլինային սպիտակուցներ են, որոնք լինում են 5 դասի՝ IgG, IgM, IgA, IgE, IgD.

- IgG-ն կազմում է իմունոգլոբուլինների 75%-ը: Դրանք ակտիվ են իմունիտետի զարգացման գործում և միակն են, որ անցնում են պլացենտար պատնեշով, ապահովում պտղի պասիվ իմունիտետը.

- IgM-ն առաջինն է սինթեզվում վարակի ներթափանցման դեպքում.

- IgA-ն ընդունակ է թափանցել լորձաթաղանթների սեկրետի մեջ: Այն պաշտպանում է շնչառական և մարսողական համակարգերի լորձաթաղանթները հարուցիչներից. Այն նշանակություն ունի տեղային իմունիտետի առաջացման գործում.

- IgE-ն պատասխանատու է ալերգիկ ռեակցիաների համար:

- IgD-ն քիչ քանակությամբ պարունակվում է արյան շիճուկում:

Անտիգենի ռեակցիան հակամարմնի հետ կոչվում է սերոլոգիական (serum՝ շիճուկ) կամ շճաբանական ռեակցիա:

Իմունիտետը լինում է՝

1. **Ժառանգական** (բնածին, տեսակային), որը ժառանգաբար փոխանցվող տվյալ տեսակի գենետիկական անընկալունակությունն է որոշակի վարակիչ հիվանդությունների հարուցիչների նկատմամբ: Օր.՝ մարդն անընկալունակ է հավի խոլերայի, շան ժանտախտի հանդեպ: Իր հերթին

կենդանին չի հիվանդանում այնպիսի անթրոպոնոզ վարակով, ինչպիսիք են որովայնային կամ բժավոր տիֆերը: Ժառանգական իմունիտետը կարող է լինել *բացարձակ* և *հարաբերական*:

Հարաբերական իմունիտետի ժամանակ բնական պայմաններում տվյալ հարուցչի հանդեպ անընկալունակ կենդանին կարող է դառնալ ընկալունակ որոշակի փոփոխման ենթարկված փորձարարական պայմաններում (օր.՝ գորտն անկալունակ է փայտացման տոքսինի հանդեպ, բայց նրա մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացման դեպքում հիվանդանում է փայտացում հիվանդությամբ):

II. Ձեռքբերովի, որը չի փոխանցվում ժառանգաբար և ձևավորվում է կյանքի ընթացքում: Այս իմունիտետի առանձնահատկությունը նրա սպեցիֆիկության մեջ է (իմունիտետը ձևավորվում է միայն տվյալ հարուցչի նկատմամբ):

Ձևավորման մեխանիզմից կախված տարբերում են՝

1. Բնական իմունիտետ, որն իր հերթին լինում է՝

ա) Ակտիվ. այն ձևավորվում է տարած հիվանդությունից հետո, կոչվում է նաև պոստինֆեկցիոն: Այն կարող է լինել երկարատև, կայուն (օր.՝ կարմրուկից, ջրծաղիկից հետո) կամ կարճատև, անկայուն (օր.՝ գրիպից, դիֆտերիայից հետո):

*Ստերիլ իմունիտետ*ն այն իմունիտետն է, որը պահպանվում է օրգանիզմում նույնիսկ հարուցիչներից ազատվելուց հետո էլ (օր.՝ կարմրուկ, ջրծաղիկ):

Ոչ ստերիլ իմունիտետը (ինֆեկցիոն) այն իմունիտետն է, որը պահպանվում է օրգանիզմում միայն հարուցչի առկայության պայմաններում (օր.՝ տուբերկուլոզ, սիֆիլիս):

բ) Պասսիվ. այն նորածինների (պլացենտար) իմունիտետն է, որը ձեռք է բերվում ներառգանդային կյանքում տրանսպլացենտար ճանապարհով: Նորածինը իմունիտետ է ձեռք բերում նաև մոր կաթի հետ, որը պահպանվում է 6-8 ամիս:

2. Արհեստական իմունիտետ, որն իր հերթին լինում է՝

ա) Ակտիվ. այն ձեռք է բերվում իմունիզացիայից (վակցինացիայից) հետո, կոչվում է պոստվակցինալ: Պատվաստումից հետո 3-4 շաբաթվա ընթացքում ձևավորվում է իմունիտետ, որը պահպանվում է 1-5 տարի:

բ) Պասսիվ. այն ձևավորվում է պատրաստի հակամարմիններ (իմուն շիճուկի և իմունոգլոբուլինների ձևով) ներարկելուց անմիջապես հետո և պահպանվում է 14-21 օր, որից հետո հակամարմինները քայքայվում են և դուրս բերվում օրգանիզմից: Հետևաբար, այն կիրառվում է ինֆեկցիոն հիվանդությունների շտապ կանխարգելման նպատակով, ինչպես նաև որոշ ինֆեկցիոն հիվանդությունների բուժման ժամանակ (օր.՝ բոտուլիզմ, դիֆթերիա):

Կախված այն բանից, թե ինչպիսի հարուցչի նկատմամբ է ձևավորվել իմունիտետը, տարբերում են՝ հակաբակտերիալ, հակավիրուսային, հակասնկային, հակահելմինթային իմունիտետներ:

ԻՆՖԵԿՑԻՈՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ

Ինֆեկցիոն հիվանդությունը ինֆեկցիոն պրոցեսի ծայրահեղ արտահայտված ձևն է:

Ինֆեկցիոն հիվանդությունների առանձնահատկությունները

Ինֆեկցիոն հիվանդություններին բնորոշ են հետևյալ առանձնահատկությունները՝

1) հարուցչի առկայությունը (ինֆեկցիոն հիվանդները արտաքին միջավայր են արտազատում հարուցիչներ և հանդիսանում են ինֆեկցիայի աղբյուր),

2) վարակելիությունը (կոնտագիոզություն). հարուցիչը փոխանցվում է հիվանդից առողջ մարդուն: Բնակչության ընկալունակությունը տվյալ ինֆեկցիայի նկատմամբ արտահայտվում է կոնտագիոզության գործակցով, որը ցույց է տալիս, թե կոնտակտավորների քանի տոկոսն է վարակվել տվյալ ինֆեկցիայով, օր.՝ կարմրուկինն ամենաբարձրն է՝ 100%, հեպատիտ A-ինը՝ 50-60%,

3) որպես կանոն սուր ընթացքը,

4) ինտոքսիկացիայի երևույթներով ուղեկցվելը, որի հետևանքով հիվանդների մոտ հաճախ առաջանում են նյարդահոգեկան խանգարումներ,

5) սեզոնայնությունը,

6) սպեցիֆիկությունը. յուրաքանչյուր պաթոգեն հարուցիչ առաջացնում է որոշակի ախտահարում,

7) յուրաքանչյուր ինֆեկցիոն հիվանդությունից հետո իմունիտետ ձևավորվելը (կարճատև կամ երկարատև),

8) սպորադիկ, խմբակային (սննդային տոքսիկոինֆեկցիաներ), էպիդեմիայի, պանդեմիայի (գրիպ) ձևերով ընթանալը,

9) ցիկլային ընթացքը. հիվանդության շրջանները խիստ հաջորդական են:

Ինֆեկցիոն հիվանդությունների դասակարգումը

Գոյություն ունեն ինֆեկցիոն հիվանդությունների դասակարգման բազմաթիվ եղանակներ:

Ըստ էթիոլոգիայի ինֆեկցիոն հիվանդությունները լինում են

1. բակտերիալ
2. վիրուսային
3. սնկային
4. պարազիտային և այլն:

Ըստ վարակի աղբյուրի տարբերում են

1. անթրոպոնոզ ինֆեկցիա. վարակի աղբյուր է հանդիսանում մարդը (օր.՝ որովայնային տիֆը, գրիպը)

2. զոոնոզ ինֆեկցիա. վարակի աղբյուր է հանդիսանում կենդանին

3. սապրոնոզ ինֆեկցիա. վարակի հարուցիչները բնակվում են անկենդան (աբիոտիկ) միջավայրում՝ հողում, ջրում և այլն:

Պրակտիկայում լայնորեն կիրառվում է Լ.Վ. Գրոմաշևսկու կողմից առաջարկված դասակարգումը, որի ժամանակ հաշվի են առնվում հարուցիչների փոխանցման մեխանիզմը և օրգանիզմում դրանց տեղակայումը:

Տարբերում են՝

1. Աղիքային ինֆեկցիաներ (փոխանցման ֆեկալ-օրալ մեխանիզմ). հարուցիչները մարդու օրգանիզմ են թափանցում ստամոքս-աղիքային տրակտով (էնտերալ) սննդի և ջրի հետ: Հարուցիչներն արտաքին միջավայր են արտազատվում կղանքի, փսխման զանգվածի և մեզի հետ (օր.՝

որովայնային տիֆ, շիգելոզ, խոլերա, սննդային տոքսիկոինֆեկցիաներ, վիրուսային հեպատիտներ A և E):

2. Շնչառական ուղիների ինֆեկցիաներ (փոխանցման աերոզոլային (ասպիրացիոն) մեխանիզմ) կամ կաթիլային ինֆեկցիաներ. հարուցիչները տեղակայվում են վերին շնչուղիներում, որտեղ առաջացնում են բորբոքական ռեակցիա: Հարուցիչներն արտաքին միջավայր են արտազատվում աերոզեն ճանապարհով հազի, փռշտալու և խոսելու ժամանակ (օր.՝ մենինգոկոկային ինֆեկցիա, գրիպ, կարմրուկ, կարմրախտ):

3. Արյունային կամ տրանսմիսիվ ինֆեկցիաներ (փոխանցման տրանսմիսիվ մեխանիզմ). հարուցիչները տեղակայվում են արյան և ավշի մեջ ու տեղափոխվում են արյունածուծ միջատների (մոծակ, տիզ, լու, ոջիլ և այլն) միջոցով (օր.՝ մալարիա, բծավոր տիֆ և այլն): Չնայած ժանտախտը և տուլարեմիան դասվում են արյունային ինֆեկցիաների շարքին, դրանք կարող են փոխանցվել նաև այլ մեխանիզմներով:

4. Արտաքին ծածկույթների ինֆեկցիաներ (փոխանցման կոնտակտային մեխանիզմ). հարուցիչներն օրգանիզմ են թափանցում վնասված մաշկային ծածկույթներով և լորձաթաղանթով: Վարակը կարող է իրականացվել հիվանդ կենդանու կծելուց (կատաղություն), հիվանդ կենդանու հետ շփվելիս (օր.՝ սիբիրյան խոց), հարուցչի թափանցելուց մաշկով կամ լորձաթաղանթով (օր.՝ դաբաղ): Սիբիրյան խոցի դեպքում հնարավոր են նաև վարակման այլ մեխանիզմներ:

- Մոնոինֆեկցիա. ինֆեկցիոն հիվանդությունը զարգանում է մեկ տիպի հարուցիչներով:

- Սուպերինֆեկցիա. դեռ չառողջացած օրգանիզմի կրկնակի վարակումն է նոր տիպի հարուցիչով (օր.՝ վիրուսային հեպատիտ D-ով վարակվելը արդեն վիրուսային հեպատիտ B-ով հիվանդի մոտ):

- Կոինֆեկցիա. վարակումն իրականացվում է միաժամանակ երկու և ավելի տիպերի հարուցիչներով՝ զարգացնելով համապատասխան հիվանդություններ:

- Ռեինֆեկցիա. նույն ինֆեկցիայի հարուցիչով կրկնակի վարակվելն է առողջանալուց հետո:

- Ռեցիդիվ. ապաքինման շրջանում հիվանդության սրացումն է:

- Աուտոինֆեկցիա (էնդոգեն). վարակի պատճառը օրգանզմի պայմանական պաթոգեն հարուցիչն է:

- Օպորտունիստական ինֆեկցիա. իմուն համակարգի խանգարման ֆոնի վրա օրգանիզմի պայմանական-պաթոգեն ֆլորայի կողմից առաջացած պրոցեսն է:

Ինֆեկցիոն հիվանդության կլինիկական ձևերը

Ըստ ինֆեկցիոն պրոցեսի արտահայտման ձևի ինֆեկցիոն հիվանդությունները լինում են՝

- Մանիֆեստային (ակնհայտ). ինֆեկցիոն հիվանդության կլինիկորեն արտահայտված ձևն է, որին բնորոշ է հիվանդության տիպիկ պատկերը:

- Սուբկլինիկական. թաքնված ընթացքով (առանց կլինիկական արտահայտությունների) ինֆեկցիոն հիվանդությունն է:

- Ատիպիկ. ոչ տիպիկ (ոչ բնորոշ) կլինիկական արտահայտություններով ընթացող ինֆեկցիոն հիվանդությունն է:

- Կրություն. հիվանդը շրջակա միջավայր է արտազատում հարուցիչներ, սակայն ինքը չունի ինֆեկցիոն հիվանդության ոչ մի կլինիկական արտահայտություն: Այն լինում է սուր, խրոնիկ և տրանզիտոր:

Ըստ ինֆեկցիոն պրոցեսի ընթացքի տևողության տարբերում են

- Սուր ինֆեկցիա. ինֆեկցիոն պրոցեսը տևում է մինչև 6 ամիս և ավարտվում հիվանդի լրիվ առողջացումով և հարուցչից օրգանիզմի ազատումով:

- Խրոնիկ ինֆեկցիա. ինֆեկցիոն պրոցեսը տևում է 6 ամսից ավել, և կլինիկական պատկերը բնորոշվում է սրացման և ռեմիսիայի շրջանների իրար հաջորդելով:

- Լատենտ ինֆեկցիա. խրոնիկ ինֆեկցիայի տեսակներից է, որի ժամանակ օրգանիզմում պահպանվող հարուցիչները կլինիկորեն չեն արտահայտվում և արտաքին միջավայր հարուցիչների արտազատում չի լինում:

- Դանդաղ ինֆեկցիա. երկարատև ինկուբացիոն շրջանով (ամիսներ, տարիներ), պրոգրեսիվ ընթացքով և լետալ ելքով ինֆեկցիոն հիվանդությունն է:

Ըստ ինֆեկցիոն պրոցեսի ընթացքի տևողության տարբերում են`

1. սուր. բնութագրվում է օրգանիզմում հարուցչի ոչ երկարատև պահպանումով
2. խրոնիկ. բնութագրվում է օրգանիզմում հարուցիչների երկարատև գոյատևմամբ
3. ձգձգվող. բնութագրվում է հիվանդության շրջանների երկարատևությամբ
4. կայծակնային. բնութագրվում է հիվանդության կտրուկ ընթացքով, ախտանիշների արտահայտվածությամբ, հաճախ` անբարենպաստ ելքով:

ԻՆՖԵԿՑԻՈՆ ԶԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ՇՐՋԱՆՆԵՐԸ

Ինֆեկցիոն հիվանդությունն ունի ցիկլիկ բնույթ, ընթանում է որոշակի օրինաչափությամբ: Տարբերում են ինֆեկցիոն հիվանդության զարգացման հետևյալ շրջանները՝

1. **Ինկուբացիոն (զաղտնի) շրջան.** մարդու օրգանիզմ մանրէի ներթափանցումից մինչև առաջին կլինիկական նշանների առաջացման միջև ընկած ժամանակաշրջանն է: Այս շրջանում օրգանիզմում տեղի են ունենում մանրէների բազմացում և թույնի կուտակում: Շրջանի տևողությունը տարբեր հիվանդությունների համար տարբեր է (մի քանի ժամից մինչև մի քանի ամիս, տարի), սակայն յուրաքանչյուր հիվանդության համար՝ որոշակի:

Ինֆեկցիոն հիվանդության ինկուբացիոն շրջանի տևողության գիտենալը կարևոր նշանակություն ունի արդյունավետ հակաէպիդեմիկ միջոցառումների իրականացման գործում: Այսպես, խոլերայով հիվանդի հետ շփվող անձանց մեկուսացումը 6 օր է (այն համապատասխանում է ինկուբացիոն շրջանին), կամ նախատեսվում է 6-օրյա կարանտին նաև ժանտախտով հիվանդի հետ շփվող անձանց նկատմամբ:

Որոշ հիվանդությունների դեպքում, իմանալով վարակման վտանգը (օր.՝ տզի, վայրի կենդանու կծելը, վերքի կեղտոտվելը), հնարավոր և միաժամանակ անհրաժեշտ է անցկացնել բուժում հենց ինկուբացիոն շրջանում: Օր.՝ ներկայումս չկան կատաղության արդյունավետ բուժման եղանակներ, սակայն ժամանակին (ինկուբացիոն շրջանի սկզբում) և ճիշտ իրականացված կանխարգելիչ միջոցառումները կկանխեն հիվանդության հետագա զարգացումը:

Որոշ հիվանդությունների ժամանակ (օր.՝ ժանտախտ, խոլերա) ինկուբացիոն շրջանում անցկացվում է հակաբակտերիալ բուժում:

2. **Պրոդրոմալ (նախանշանների) շրջան.** հաջորդում է զաղտնի շրջանին և արտահայտվում տարբեր հիվանդությունների համար ընդհանուր նշաններով՝ ջերմություն, ընդհանուր թուլություն, գլխացավ, ախորժակի վատացում և այլն: Շրջանը տևում է 1 օրից մինչև 7 օր, և այդ ընթացքում գործնականորեն հնարավոր չէ ախտորոշել հիվանդությունը: Քանի որ այս շրջանում կլինիկական նշանները կրում են ոչ սպեցիֆիկ բնույթ, ուստի գործնականորեն հնարավոր չէ ախտորոշել հիվանդությունը: Սակայն պետք չէ մոռանալ, որ հիվանդը կարող է վարակիչ լինել շրջապատի համար (օր.՝ վիրուսային հեպատիտի ժամանակ): Իսկ կատաղության ժամանակ, ինտոքսիկացիոն երևույթներից բացի, շրջանն ուղեկցվում է կենդանու կծելուց առաջաջած և սպիացած վերքի շուրջը բորբոքական երևույթներով, կարմրությունով, այտուցով, ցավով և մաշկի այրոցի զգացումով:

Շարունակվում են օրգանիզմում հարուցիչների զարգացումը և դրանց տոքսինների կուտակումը, ինչպես նաև օրգանիզմում սկսում են զարգանալ պատասխան պաշտպանական ռեակցիաները ներթափանցած հարուցիչների հանդեպ:

3. **Ծաղկման (հիմնական արտահայտման) շրջան.** բնութագրվում է ավելի արտահայտված, տվյալ հիվանդության համար բնորոշ ախտանիշների առաջացումով, որոնք օգնում են ախտորոշմանը: Այս շրջանում հարուցիչները և դրանց տոքսինները առավելագույնս ազդում են տարբեր օրգանների և համակարգերի վրա, իսկ հիվանդության կլինիկական արտահայտությունները ձեռք են բերում խիստ արտահայտված բնույթ: Ընդհանուր ինտոքսիկացիայի արտահայտությունների հետ մեկտեղ հիվանդի մոտ ի հայտ են գալիս տվյալ հիվանդությանը բնորոշ օրգանների փոփոխություններ (դիարեայի համախտանիշը աղիքային սուր

ինֆեկցիաների դեպքում, մենինգոկոկալ համախտանիշը՝ մենինգոկոկային ինֆեկցիայի դեպքում): Այս շրջանը կարող է տևել մի քանի օրվանից (գրիպի դեպքում) մինչև մի քանի շաբաթ (որովայնային տիֆ, վիրուսային հեպատիտ Բ) և նույնիսկ ամիսներ (բրուցելլոզ, ՄԻԱՎ-ինֆեկցիա):

Հիվանդության հիմնական արտահայտման շրջանը սովորաբար բաժանվում է 3 փուլերի՝ կլինիկական նշանների զարգացում, ծաղկում և մարում:

4. Ապաքինման (ռեկոնվալեսցենցիա) շրջան. բնորոշվում է հիվանդության կլինիկական նշանների վերացմամբ, օրգանիզմի խանգարված ֆունկցիաների կարգավորմամբ և հարուցիչներից, դրանց տոքսիններից ազատումով: Այն տևում է մի քանի օրվանից մինչև մի քանի շաբաթ:

Հիվանդության ելքը կարող է լինել՝

1) առողջացում, որը լինում է.

- լիարժեք. երբ հիվանդի մոտ ամբողջությամբ վերականգնվում են օրգանիզմի բոլոր ֆունկցիաները
- ոչ լիարժեք. երբ հիվանդի մոտ առողջանալուց հետո պահպանվում են մնացորդային երևույթներ,

2) անցում խրոնիկ ձևի, որը կարող է ուղեկցվել ռեցիդիվներով (կրկնություն), սրացումներով և բարդություններով (սպեցիֆիկ և ոչ սպեցիֆիկ):

Սպեցիֆիկ բարդություններն ուղղակիորեն կապված են ինֆեկցիոն հիվանդության հետ (օր.՝ աղիքային արյունահոսությունը և աղիների թափածակումը որովայնային տիֆի դեպքում):

Ոչ սպեցիֆիկ բարդություններն ուղղակիորեն կապված չեն ինֆեկցիոն հիվանդության հետ և հաճախ պայմանավորված են այլ մանրէներով (օր.՝ թոքաբորբի զարգացում գրիպի ժամանակ),

3) բակտերիակրություն, որը լինում է՝

- սուր՝ մինչև 3 ամիս
- խրոնիկ՝ 3 ամսից ավել
- կարճատև (տրանզիտոր)՝ 10-14 օր տևողությամբ,

4) մահ:

ԻՆՖԵԿՑԻՈՆ ԴԻՎԱՆՊՈԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԱԽՏԱՆԻՇՆԵՐԸ ԵՎ ԶԱՄԱՆՏԱՆԻՇՆԵՐԸ

Ինֆեկցիոն հիվանդություններն իրարից տարբերվում են բնորոշ ախտանիշների և համախտանիշների համակցությամբ, որոնք ի հայտ են գալիս հիվանդության տարբեր շրջաններում:

Տենդ

Տենդը հիվանդության հանդեպ օրգանիզմի ջերմակարգավորման հարմարվողական ռեակցիան է: Այն ունի պաշտպանական նշանակություն, մասնակցում է հարուցիչների դեմ պայքարին:

Ըստ ջերմաստիճանի բարձրացման աստիճանի տարբերում են՝

-սուբֆեբրիլ ջերմություն (37°C -ից մինչև $37,9^{\circ}\text{C}$)

-չափավոր տենդ (38°C -ից մինչև $38,9^{\circ}\text{C}$)

-բարձր տենդ (39°C -ից մինչև $40,9^{\circ}\text{C}$)

-խիստ բարձր տենդ (հիպերպիռեքսիա) (41°C և բարձր):

Մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացումը կարող է ընթանալ սուր կամ աստիճանական բարձրացման ձևով (օր.՝ որովայնային տիֆի ժամանակ): Ջերմաստիճանի կտրուկ բարձրացման դեպքում առաջանում են դող և սարսուռ (օր.՝ մալարիայի ժամանակ): Ջերմաստիճանի իջեցումը լինում է արագ՝ մի քանի ժամում (կրիտիկ) կամ դանդաղ՝ մի քանի օրում (լիտիկ):

Տարբերում են հետևյալ ջերմային կորագծերը՝

1. *Կայուն տենդ (febris continua)*՝ մարմնի կայուն բարձր ջերմաստիճանն է, երբ օրվա ընթացքում տատանումները չեն գերազանցում 1°C (օր.՝ որովայնային և բժավոր տիֆ, իերսինիոզ):

2. *Նվազող տենդ (febris remittens)*՝ ջերմաստիճանի տատանումներն օրվա ընթացքում անցնում են 1°C -ից, բայց 2°C -ից ավել չեն և չեն հասնում նորմային (37°C -ին) (օր.՝ սեպտիկարոցես, ռիկետսիոզ):

3. *Ընդմիջվող տենդ (febris intermittens)*՝ կազմված է նորմալ և բարձր ջերմաստիճանի իրար հաջորդող տատանումներով, ընդ որում օրվա տատանումները $3-4^{\circ}\text{C}$ (օր.՝ մալարիա):

4. *Չյուժող տենդ (febris hectica)*՝ բնորոշվում է օրվա ընթացքում ջերմաստիճանի $3-5^{\circ}\text{C}$ տատանումներով, օրվա ընթացքում 2-3անգամ: Ջերմաստիճանը կարող է իջնել նորմալ և նույնիսկ սուբնորմալ թվերի վրա (օր.՝ սեպտիկ պրոցեսների ժամանակ):

5. *Խեղաթյուրված (հակաբնական) տենդ (febris inversa)*՝ բնորոշվում է ջերմային կորագծի խախտումով, երբ առավոտյան ջերմաստիճանն ավելի բարձր է, քան երեկոյան:

6. *Չհտադարձ տենդ (febris recurrens)*՝ բնորոշվում է ջերմաստիճանի բարձրացումով մի քանի օր, որից հետո կրիտիկ ձևով իջնում է նորմալ թվերի և պահպանվում մի քանի օր (օր.՝ հետադարձ տիֆ):

7. *Ալիքաձև տենդ (febris undulans)*՝ բնորոշվում է ջերմաստիճանի աստիճանական բարձրացումով բարձր թվերի և աստիճանական իջեցումով մինչև նորմալ թվերը, որից հետո ցիկլը նորից կրկնվում է (օր.՝ որովայնային տիֆ, բրուցելյոզ):

8. *Ատիպիկ տենդ (febris atypica)*՝ բնորոշվում է ջերմաստիճանի տատանումներով առանց որևէ օրինաչափության (մի շարք ինֆեկցիոն հիվանդություններ):

Ինֆեկցիոն ստացիոնարում հիվանդների ջերմաչափումը կատարվում է օրը 2 անգամից ոչ պակաս: Բուժքույրը լրացնում է հիվանդության պատմության ջերմության թերթիկը:

Էկզանթեմա

Հիվանդին զննելիս հարկավոր է ուշադրություն դարձնել մաշկի ցանավորմանը (էկզանթեմա): Մի շարք հիվանդությունների դեպքում դրանք ունեն հատուկ տեղակայություն և արտահայտման ժամկետ:

Տարբերում են ցանի հետևյալ տեսակները՝

1. *Վարդացան (ռոզեոլա)* բաց վարդագույն կամ կարմիր, ոչ մեծ (2-5մմ տրամագծով), կլոր բծեր են: Բնորոշ է այն, որ սեղմելիս դրանք անհայտանում են, ինչը վկայում է մաշկի անոթների տեղային լայնացման մասին: Ռոզեոլան պահպանվում է մաշկի վրա մինչև մի քանի օր, այնուհետև՝ հետք չթողնելով անհայտանում: Լինում է որովայնային տիֆի ժամանակ:

2. *Բիծ* նման է վարդացանին, սակայն ավելի մեծ է (5-20մմ տրամագծով): Լինում է կարմրուկի, կարմրախտի ժամանակ: 20սմ-ից ավելի մեծ տրամագծի բծերը կոչվում են էրիթեմա:

3. *Պապուլա*՝ մաշկի մակերեսից քիչ բարձր, անխոռոչ հանգուցիկ է, ունի 2-5մմ-ից մինչև 20մմ տրամագիծ, շոշափելիս զգացվում է պինդ կոնսիստենցիա: Այն կարող է հետ զարգանալ կամ էլ վերածվել բշտի:

4. *Վեզիկուլա*՝ 1,5-5մմ տրամագծով կլոր բուշտ է շճային կամ շճաարյունային պարունակությամբ: Լավանալուց հետո սպի չի թողնում:

5. *Պուստուլա*՝ թարախային պարունակությամբ բուշտ է: Լավանալուց հետո թողնում է սպի:

6. *Բուլլա*՝ 5մմ տրամագծից ավել բուշտ է, ունի շճային և շճաարյունային պարունակություն:

7. *Հեմորագիա*՝ տարբեր չափերի մաշկային արյունազեղումներ են, որոնք սեղմելիս չեն անցնում: Տարբերում են՝

- պետեխիա. կետային արյունազեղում
- պուրպուրա. 2-5մմ տրամագծով արյունազեղում
- էկիմոզ. 5մմ տրամագծից մեծ արյունազեղում:

8. *Ուրտիկար ցան* (եղնջացան)՝ մաշկից բարձր, սպիտակավուն գոյացություններ են: Սովորաբար ուղեկցվում է քորով, առաջացումը հաճախ ալերգիկ բնույթի է:

Մաշկի ցանը կարող է լինել՝

- մոնոմորֆ. լինում են մեկ տեսակի ցանային տարրեր
- պոլիմորֆ. լինում են մի քանի տեսակի ցանային տարրեր:

Հիվանդին զննելու ժամանակ անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել նաև լորձաթաղանթների վրա, որոնց վրայի ցանավորումը կոչվում է էնանթեմա:

Լիմֆադենոպաթիա

Ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ հանդիպում է պերիֆերիկ ավշային հանգույցների մեծացում՝ լիմֆադենոպաթիայի համախտանիշ: Պերիֆերիկ ավշային հանգույցները կարող են մեծանալ 0,5սմ-ից մինչև 4սմ: Ջննելիս հարկավոր է ուշադրություն դարձնել ավշային հանգույցների չափերին, կոնսիստենցիային, ցավոտությամբ, շարժունությամբ, միաձուլված են արդյոք շրջակա մաշկի և բջջանքի հետ: 3-5սմ չափերի մեծության ավշային հանգույցները կոչվում են բուբոն: Ավշային հանգույցներն օրգանիզմում պատմեշի դեր են կատարում: Հարուցիչների թափանցումը ավշային հանգույց առաջ է բերում բորբոքային ռեակցիայի զարգացում և ավշային հանգույցի մեծացում: Հանդիպում է ժանտախտի, տուլարեմիայի ժամանակ:

Գեներալիզացված լիմֆադենոպաթիան լինում է այն ժամանակ, երբ մեծացած են միմյանց հետ ոչ մի կապ չունեցող 2-3 ավշային հանգույցների խմբեր: Հանդիպում է բրուցեյոզի, ՄԻԱՎ-ինֆեկցիայի ժամանակ:

Ղիարեա

Աղիքային ինֆեկցիաների մեծ խումբ ուղեկցվում է ղիարեայի համախտանիշով: Այն բնորոշվում է դեֆեկացիայի հաճախացումով, որի ժամանակ կղանքն ունի շիլայանման կոնսիստենցիա: Կախված աղիների ախտահարման տեղից և բնույթից՝ կղանքը կարող է լինել հեղուկ, ջրային, առատ կամ քիչ, պաթոլոգիական խառնուրդներով (լորձ, արյուն, թարախ): Անհրաժեշտ է նաև հիշել, որ որոշ սննդատեսակներ (բալ, բազուկ և այլն) և դեղամիջոցներ (վիսմուտի աղեր) կարող են առաջացնել կղանքի գույնի փոփոխություն: Կարևոր ախտորոշիչ նշանակություն ունի կղանքում արյան հայտնաբերումը: Ալ կարմիր արյան առկայությունը վկայում է ուղիղ աղու հեռակա հատվածի ախտահարման մասին (թուրք, հետանցքի ճաք): Արյան մակարդակների առկայությունը վկայում է հավանական դիզենտերիայի, իսկ ձյութանման արյան (մելենա) առկայությունը՝ աղիների վերին հատվածների ախտահարման մասին:

Հեպատոլիենալ համախտանիշ

Այն բնորոշվում է լյարդի և փայծաղի չափերի մեծացումով և հանդիպում մի շարք ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ (բրուցեյոզ, լեպտոսպիրոզ, որովայնային տիֆ, մալարիա և այլն): Ինֆեկցիոն հիվանդությունների հարուցիչների՝ օրգանիզմ ներթափանցման արդյունքում լյարդը և փայծաղը մեծանում են, իսկ հեպատոտրոպ ազդեցություն ունեցող հարուցիչները կարող են ախտահարել նաև լյարդի բջիջները (օր.՝ վիրուսային հեպատիտների հարուցիչները)՝ առաջացնելով դեղնուկ: Լյարդի և փայծաղի չափերի մեծացումը կարելի է հայտնաբերել պալպացիայի (շոշափման) կամ ուլտրաձայնային հետազոտության եղանակով:

Մենինգեալ համախտանիշ

Կլինիկական ախտանիշների կոմպլեքս է, որոնք վկայում են ուղեղի թաղանթների բորբոքման զարգացման մասին (մենինգիտ): Այս համախտանիշն իր մեջ ընդգրկում է ընդհանուր ուղեղային և թաղանթային (մենինգեալ) ախտանիշներ: Հիվանդի մոտ մենինգեալ ախտանիշներ հայտնաբերելու դեպքում ցուցված է կատարել լյումբալ պունկցիա (օր.՝ ծոծրակի մկանների կարկանդակություն (երբ հիվանդը դժվարանում է գլուխն առաջ ծալել դեպի կրծքավանդակ), Կեռնիզի ախտանիշը (երբ հիվանդը ցավ է զգում և դժվարանում ծնկան և կոնք-ազդրային հոդերում ծալած ոտքն ուղղել), Բրուզգինսկու վերին (գլուխը դեպի կրծքավանդակ առաջ ծալելիս լինում է ոտքերի ծնկան և կոնք-ազդրային հոդերի ծալում) և ստորին (ծնկան հոդում ծալած ոտքն առավելապես որովայնին մոտեցնելիս ինքնաբերաբար ծալվում է երկրորդ ոտքը ծնկան և կոնք-ազդրային հոդերում) ախտանիշներ): Մենինգիտը զարգանում է մի շարք ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ որպես ինքնուրույն հիվանդություն կամ որպես բարդություն: Առաջնային մենինգիտներ հանդիպում են մենինգոկոկային ինֆեկցիայի դեպքում: Ախտորոշիչ նշանակություն ունի ողնուղեղային հեղուկի քննությունը: Նորմայում այն թափանցիկ է, անգույն, պարունակում է մինչև 10 լիմֆոցիտ 1մմ³-ում, պունկցիայի ժամանակ թափվում է կաթիլ-կաթիլ (60 կաթիլ 1 րոպեում), իսկ բորբոքային երևույթների դեպքում դառնում է պղտոր, թափվում է շիթով, պարունակում շատ սպիտակուց, լիմֆոցիտներ, գլյուկոզա, լեյկոցիտ:

ԻՆՖԵԿՑԻՈՆ ԶԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ԵՂԱՆԱԿՆԵՐԸ

Ինֆեկցիոն հիվանդությունների դեմ պայքարի գործում կարևոր նախապայման է դրանց վաղ ախտորոշումը: Այդ պատճառով բուժքույրը, որտեղ էլ որ աշխատի, պետք է պատկերացում ունենա հիմնական ինֆեկցաների էպիդեմիոլոգիայի մասին, իմանա ինֆեկցիոն հիվանդությունների բնորոշ կլինիկական նշանները, կարողանա ժամանակին ահազանգել, ինչպես նաև պահպանի անձնական կանխարգելիչ միջոցառումները: Ինֆեկցիոն հիվանդությունների ախտորոշման համար հարկավոր են անամնեստիկ տվյալները, հիվանդի մոտ հայտնաբերված ախտանիշները և լաբորատոր հետազոտության արդյունքները:

Անամնեզ

Հիվանդության զարգացումը՝ առաջին կլինիկական նշաններից մինչև հիվանդի հոսպիտալացումը պատկերացնելու համար անհրաժեշտ է անամնեզի հավաքումը, այսինքն՝ հիվանդի մանրամասն հարցուփորձը հիվանդության սկզբի մասին (լինում է սուր կամ աստիճանական), ջերմության առկայությունը, ցավի տեղակայումը, ցանի առկայությունը, փսխումը, լուծը և այլն: Պետք է հարցնել նաև, թե հիվանդը ի՞նչ դեղեր է ընդունել և ինչպիսի՞ արդյունքներ ստացել:

Հարկավոր է առավել ուշադրություն դարձնել *էպիդեմիոլոգիական անամնեզի* վրա, որի նպատակն է պարզել հնարավոր ինֆեկցիայի աղբյուրը, վարակի փոխանցման մեխանիզմը և ուղիները: Պացիենտի հարցուփորձի ժամանակ պետք է ճշտել՝

- ինֆեկցիոն հիվանդների հետ կոնտակտի առկայությունը
- տեղանքում հանդիպող այս կամ այն ինֆեկցիաները
- վիրաբուժական միջամտությունները, արյան փոխներարկումը, ներարկումները մինչև հիվանդալը
- հիվանդ կենդանիների հետ շփումները
- նախկինում տարած ինֆեկցիոն հիվանդությունները և կատարված պրոֆիլակտիկ պատվաստումները
- օգտագործել է արդյոք բաց ջրամբարներից ջուր, հում կաթ, չլվացած մրգեր և բանջարեղեն, պահածոներ և այլն:

Անհրաժեշտ է ծանոթանալ նաև այն պայմաններին, որտեղ ապրում, աշխատում և հանգստանում է պացիենտը:

Հիվանդի օբյեկտիվ քննություն

Այն թույլ է տալիս հայտնաբերել հիվանդության բնորոշ ախտանիշները: Սկզբում անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել հիվանդի դիրքին, քանի որ մի շարք հիվանդությունների դեպքում հիվանդն ընդունում է հարկադրական դիրք (օր.՝ մենինգիտի դեպքում գլուխը հետ է գցած): Ուշադրություն են դարձնում դեմքի մաշկի գույնին (օր.՝ որովայնային տիֆի դեպքում գունատ է, իսկ բժավոր տիֆի և գրիպի դեպքում՝ կարմիր), մաշկի չորությանը, ցանի առկայությանը: Հիվանդի զննումն իրականացվում է հաջորդաբար, գնահատվում յուրաքանչյուր համակարգն առանձին-առանձին (ավշային համակարգը, հենաշարժական, շնչառական, սիրտ-անոթային, մարսողական, միզասեռական, նյարդային, ներզատիչ համակարգերը):

Տարբեր ախտանիշների դիագնոստիկ նշանակությունը միանման չէ: Տարբերում են՝

- պաթոգնոմոտիկ (որոշիչ) ախտանիշներ, որոնք բնորոշ են միայն տվյալ ինֆեկցիային (օր.՝ բնորոշ կարբունկուլ սիբիրյան խոցի ժամանակ)
- ֆալուլտատիվ (հիմնական) ախտանիշներ, որոնք բնորոշ են տվյալ հիվանդությանը, բայց հանդիպում են նաև այլ ինֆեկցիաների ժամանակ (օր.՝ արյունով և լորձով կղանքը բնորոշ է դիզենտերիային, բայց կարող է լինել նաև էշերեխիոզի և ամեոբիազի ժամանակ)
- ոչ սպեցիֆիկ ախտանիշներ, որոնք հանդիպում են տարբեր ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ (օր.՝ գլխացավը, բարձր ջերմությունը, թուլությունը, ախորժակի բացակայությունը):

Ինֆեկցիոն հիվանդության ախտորոշման հաջորդ կարևոր օղակը համախտանիշների (սինդրոմների) հայտնաբերումն է, որոնք պաթոգենետիկ կապով համախմբված կլինիկական ախտանիշներ են (օր.՝ ինտոքսիկացիոն, մենինգեալ, հեպատո-լիենալ, կոլիտիկ և այլն):

Անամնեստիկ և կլինիկաէպիդեմիոլոգիական տվյալների վրա է հիմնվում նախնական դիագնոզը, որի հիման վրա էլ որոշվում են լրացուցիչ հետազոտության եղանակները:

Ախտորոշման լաբորատոր եղանակները

Ինֆեկցիոն հիվանդությունների ախտորոշման գործում մեծ նշանակություն ունեն լաբորատոր հետազոտությունները: Որոշակի տվյալներ կարելի է ստանալ *ոչ սպեցիֆիկ կլինիկական քննությունների* ժամանակ: Օր.՝ արյան կլինիկական հետազոտության դեպքում լեյկոցիտոզը վկայում է բակտերիալ ինֆեկցիայի հավանականության մասին, իսկ լեյկոպենիան տիպիկ է մի շարք վիրուսային հիվանդություններին, էոզինոֆիլների քանակի ավելացումը բնորոշ է հելմինթոզներին: Անեմիան զարգանում է ինֆեկցիոն հիվանդությունների ուշ շրջանում մալարիայի, լեպտոսպիրոզի, սեպսիսի ժամանակ:

Կոարբոգրամայում (կղանքի կլինիկական քննություն) լեյկոցիտների քանակի ավելացումը վկայում է աղիքային սուր ինֆեկցիայի մասին:

Մեզոմուրոբիլինի հայտնաբերումն օգնում է վիրուսային հեպատիտի վաղ ախտորոշմանը:

Արյան բիոքիմիական հետազոտությունը նույնպես տալիս է որոշակի տվյալներ ինֆեկցիոն հիվանդությունների մասին: Օր.՝ ամինոտրանսֆերազաների ակտիվության բարձրացումը ինֆորմատիվ թեստ է սուր վիրուսային հեպատիտի ժամանակ: Բիոքիմիական հետազոտությունը թույլ է տալիս ախտորոշել ինֆեկցիոն հիվանդությունների տարբեր բարդությունները (յարդային կամ երկամային սուր անբավարարությունները): Պետք է հիշել, որ օրգանիզմի պաթոլոգիական փոփոխություններ կարող են լինել ոչ միայն ինֆեկցիոն հիվանդությունների դեպքում:

Ինֆեկցիոն հիվանդությունների լաբորատոր ախտորոշման մեջ կենտրոնական տեղ են գրավում *հետազոտության սպեցիֆիկ եղանակները*, որոնք բաժանվում են 2 խմբի՝

1. հիվանդից վերցված հետազոտվող նյութում հարուցչի կամ նրա անտիգենի ուղղակի հայտնաբերման եղանակ (բակտերիոսկոպիկ, բակտերիոլոգիական, պարազիտոլոգիական, վիրուսոլոգիական)

2. հիվանդի օրգանիզմում հարուցչի առկայության ապացույցի անուղղակի եղանակ (սերոլոգիական՝ արյան շիճուկում հակամարմիններ հայտնաբերելով, ալերգոլոգիական՝ հիվանդության հարուցչի հանդեպ օրգանիզմի զգայունության փոփոխությունների առաջացում մաշկային պրոբաների միջոցով):

Սպեցիֆիկ եղանակներով հետազոտության համար նյութ են հանդիսանում արյունը, մեզը, կղանքը, թարախը, տարբեր օրգաններից պոլնկտատներն ու բիոպտատները (ավշային հանգույց, ոսկրածուծ, փայծաղ և այլն), փսխման զանգվածը, խոցի արտադրությունը, լորձաթաղանթների լվացուկները, բշտի պարունակությունը, կեղևը, կենդանու օրգաններից կտորներ, միջատներ, սննդամթերքից և ջրից նմուշներ և այլն:

Ճիշտ արդյունքներ ստանալու համար պետք է ճիշտ վերցնել հետազոտվող նյութը, որը կախված է բուժքրոջից:

Հարկավոր է հետևել ցանկացած պաթոլոգիական նյութ վերցնելու և տեղափոխելու համար գոյություն ունեցող *հիմնական կանոններին*

1. Օգտագործել միայն ստերիլ գործիքներ և ամանեղեն, փորձանոթներ
2. Պահպանել ասեպտիկայի կանոնները արտաքին միջավայրից միկրոֆլորայի ներթափանցումից խուսափելու համար
3. Վերցրած նյութի քանակը պետք է լինի այնքան, որքան հարկավոր է հետազոտության և, անհրաժեշտության դեպքում, կրկնակի հետազոտություն կատարելու համար
4. Նյութը վերցնել հիվանդության վաղ շրջաններում մինչև էթիոտրոպ բուժումն սկսելը
5. Նյութը հասցնել լաբորատորիա ամենակարճ ժամկետներում
6. Եթե հնարավոր չէ նյութի տեղափոխումը լաբորատորիա, ապա հարկավոր է այն պահել սառնարանում կամ կոնսերվացնել (բացառությամբ մենինգոկոկային ինֆեկցիայի, դիֆթերիայի և կապույտ հագի հարուցիչների)
7. Վիրուսոլոգիական հետազոտությունների կատարման համար նյութը լաբորատորիա է հասցվում հերմետիկ փակված տարաներով 2-4°C-ում: Եթե տեղափոխումը 30-40 րոպեից երկար է, ապա այն սառեցնում են -80°C չոր սառույցի կամ հեղուկ ազոտի մեջ - 180°C
8. Նյութը վերցնելիս և տեղափոխելիս հարկավոր է պահպանել անվտանգության կանոնները:

Յուրաքանչյուր վերցված հետազոտվող նյութի համար բուժքույրը պարտավոր է ձևակերպել *ուղեգիր*, որում նշվում են՝

- 1) հիվանդանոցի կամ բաժանմունքի անվանումը, որտեղից ուղարկվում է նյութը,
- 2) հիվանդի ԱԱՀ և հիվանդության պատմության համարը,
- 3) հիվանդի տարիքը,
- 4) նախնական դիագնոզը,
- 5) նյութի բնույթը և լաբորատորիայում կատարվելիք հետազոտության ձևը,
- 6) նյութը վերցնելու ամսաթիվը, ժամը,
- 7) բժշկի կամ բուժքրոջ ստորագրությունը:

I. Բակտերիոսկոպիկ (միկրոսկոպիկ) եղանակ. Հիվանդից վերցված պաթոլոգիական նյութից (արյուն, լորձ, կղանք, բուբոնի պոլնկտատ, ողնուղեղային հեղուկ և այլն) պատրաստում են քսուկ, այնուհետև ներկված կամ չներկված պրեպարատները դիտում միկրոսկոպի տակ, հայտնաբերում ինֆեկցիոն հիվանդության հարուցիչները: Օր.[՝] արյունից պատրաստված պրեպարատում կարելի է հայտնաբերել լեպտոսպիրոզի հարուցիչներ, իսկ ողնուղեղային հեղուկից՝

մենինգոկոկեր: Ժանտախտի բուբոնի պունկտատից պատրաստված պրեպարատում հայտնաբերում են ժանտախտի հարուցիչներ, իսկ սիբիրախոցային կարբունկուլից վերցված քսուկ-պատճենում՝ սիբիրյան խոցի բացիլներ, խոլերայով հիվանդի կղանքից և փսխման մասայից՝ ձկան վտառի տեսք ունեցող խոլերայի վիբրիոններ: Արյան հաստ կաթիլում կարելի է հայտնաբերել մալարիայի պլազմոդիումներ:

Այս եղանակի առավելությունը կայանում է արդյունքների արագ ստացման մեջ: Արդյունքները կարելի է ստանալ նմուշ վերցնելուց մի քանի ժամ անց: Հետևաբար, կարելի է նաև վաղ սկսել բուժումը:

Բակտերիոսկոպիկ եղանակի զգայունությունը կարելի է մեծացնել սպեցիֆիկ շիճուկներ կիրառելու միջոցով, որոնք պարունակում են հատուկ ներկերով (ֆլուորոքրոմներով) նիշակիր հականարմիններ՝ տվյալ հարուցիչների հանդեպ: Այս եղանակը կոչվում է *իմունոֆլուորեսցենտային եղանակ*: Հետազոտվող նյութից պատրաստված պրեպարատի մշակումից հետո նիշակիր շիճուկով գոյանում է անտիգեն-հականարմին կոմպլեքս, որի յուրահատուկ լուսարձակումը հայտնաբերում են լյումինեսցենտային միկրոսկոպով: Այս մեթոդի խիստ զգայունությունը և սպեցիֆիկությունը, արագ կիրառման հնարավորությունը (պատասխանը կարելի է ստանալ մի քանի րոպեից) թույլ են տալիս այն կիրառել էքսպրես-դիագնոստիկայում ինչպես բակտերիալ (օր.՝ սալմոնելոզ, էշերիխիոզ, մենինգոկոկային ինֆեկցիա, սիբիրյան խոց), այնպես էլ վիրուսային ինֆեկցիաների ժամանակ (օր.՝ կատաղություն, գրիպ):

Բակտերիոսկոպիկ եղանակին է պատկանում նաև «հաստ կաթիլի» հետազոտության եղանակը:

II. Բակտերիոլոգիական եղանակ. Հիվանդից վերցված պաթոլոգիական նյութից կատարում են ցանքս համապատասխան սննդային միջավայրի վրա, ստանում մաքուր կուլտուրա և հետազոտում հարուցիչները: Հետազոտության համար նյութ են հանդիսանում արյունը, ողնուղեղային հեղուկը, փսխման զանգվածը, կղանքը, մեզը և այլն: Հետազոտվող նյութը պետք է վերցնել մինչև էթիոտրոպ (դեղորայքի նշանակումը) բուժումն սկսելը: Այս եղանակի բացասական կողմը նրա երկար տևողությունն է, ինչը պայմանավորված է միկրոբների դանդաղ աճով: Այդ պատճառով վերջնական պատասխանը ստացվում է 2-4 օրից և ավելի ուշ (օր.՝ բրուցելոզի ժամանակ՝ 2-4 շաբաթ):

Յուրաքանչյուր հարուցչի անջատման համար պահանջվում է համապատասխան միջավայր: Չպարզված դիագնոզի դեպքում ցանքսը կատարվում է միաժամանակ մի քանի սննդամիջավայրերի վրա:

Այս եղանակով որոշում են նաև հարուցչի զգայունությունը հակաբիոտիկների և քիմիոպրեպարատների նկատմամբ, որը թույլ է տալիս ճիշտ ընտրել համապատասխան պրեպարատները:

Բակտերիոլոգիական հետազոտության համար անհրաժեշտ է, որ հետազոտվող նյութը հասնի լաբորատորիա ամենակարճ ժամկետում: Իսկ արյան ցանքսը կատարվում է անմիջապես հիվանդի անկողնու մոտ: Եթե արագ տեղափոխումը (2-3 ժամում) հնարավոր չէ, ապա օգտագործում են կոնսերվացնող խառնուրդներ: Հետազոտվող նյութը, առանց կոնսերվանտների, սենյակային ջերմաստիճանում պահել չի կարելի, քանի որ դրանում սկսում են բազմանալ ուղեկցող միկրոֆլորայի բակտերիաներ (սապրոֆիտ) և առաջանում են ինքնալուծման

պրոցեսներ, որոնք կործանարար ազդեցություն ունեն պաթոգեն ֆլորայի վրա: Եթե չի կատարվում կոնսերվացում, ապա վերցված նյութը կարելի է պահել սառնարանում $+4^{\circ}\text{C}$ -ում կամ սառույցի մեջ:

III. Սերոլոգիական (շճաբանական) եղանակ. Հիվանդի արյան շիճուկում հայտնաբերում են սպեցիֆիկ հակամարմիններ, որոնք առաջանում են հիվանդի օրգանիզմում՝ ի պատասխան այնտեղ մուտք գործած ինֆեկցիայի հարուցիչների: Շճաբանական հետազոտության էությունը սպեցիֆիկ հակամարմինների տիտրի աճը որոշելն է: Քանի որ օրգանիզմի իմունային պատասխանը սկսում է զարգանալ հիվանդության 5-7-րդ օրվանից, ուստի սերոլոգիական ռեակցիաները դրական են լինում հիվանդության առաջին շաբաթվա վերջից մինչև երկրորդ շաբաթվա սկիզբն ընկած շրջանում: Հակամարմինների տիտրի մաքսիմալ աճ գրանցվում է հիվանդության ծաղկման և ապաքինման շրջանում: Հակամարմինների տիտրի աճն ունի ախտորոշիչ նշանակություն: Կրկնակի շճաբանական հետազոտությունը կատարվում է 7-10 օր ընդմիջումով՝ համեմատելով առաջնային արդյունքների հետ: Դիագնոստիկ նշանակություն ունի հակամարմինների տիտրի աճը երկրորդ շիճուկում ամենաքիչը 4 անգամ և ավելի:

Լաբորատոր պրակտիկայում կիրառում են տարբեր սերոլոգիական ռեակցիաներ՝ ագլյուտինացիայի, անուղղակի հեմագլյուտինացիայի, պրեցիպիտացիայի, կոմպլեմենտի կապման ռեակցիաներ (բակտերիալ ինֆեկցիաների ժամանակ): Վիրուսային ինֆեկցիաների դեպքում կիրառում են հեմագլյուտինացիայի արգելակման, չեզոքացման ռեակցիաները:

Վերջին տասնամյակում հակամարմիններ հայտնաբերելու համար կիրառում են հանդիպակաց իմունոէլեկտրոֆորեզի եղանակը, ռադիոիմունոլոգիական ռեակցիան: Ուշադրության է արժանի իմունոֆերմենտային ռեակցիան, որը թույլ է տալիս հայտնաբերել ոչ միայն անտիգենը, այլև հակամարմինը, որը ներկայումս լայնորեն կիրառվում է իր հեշտության, մատչելիության, էժանության, բարձր սպեցիֆիկության շնորհիվ:

Իմունոբլոտինգի եղանակի օգնությամբ հետազոտվող մուշում իրականացնում են հակամարմինների ինդիկացիա տարբեր բակտերիաների և վիրուսների սպիտակուցների հանդեպ:

IV. Բիոլոգիական եղանակ. Այս դեպքում հիվանդից վերցված նյութով (արյուն, կղանք, մեզ, խորխ և այլն) արհեստական ճանապարհով վարակում են լաբորատոր կենդանիներին (ծովախոզուկ, մկներ): Վարակված կենդանիների ներքին օրգաններում առաջացած պաթոլոգիական փոփոխությունների հիման վրա դրվում է համապատասխան հիվանդության ախտորոշումը: Այս եղանակը հաճախ օգտագործում են բրուցելոզի, տուլարեմիայի, ժանտախտի և այլ ինֆեկցիաների դեպքում: Հետազոտվող նյութը կենդանուն ներարկում են ենթամաշկային, ներմաշկային, ներորովայնային կամ մաշկի քերծվածքով:

Այս եղանակը կիրառվում է նաև հարուցիչների տոքսինների հայտնաբերման համար (օր.՝ բոտուլինոտոքսին):

Բիոլոգիական եղանակը կիրառվում է նաև վիրուսներ անջատելու համար՝ վարակելով լաբորատոր կենդանիներին:

V. Ալերգիկ փորձերի եղանակ. Մարդու օրգանիզմում հիվանդության զարգացման ընթացքում ձևավորվում է սենսիբիլիզացիա՝ հարուցչի սպեցիֆիկ անտիգենի նկատմամբ գերզգայուն վիճակ, և արդյունքում այդ հիվանդին անտիգեն (ալերգեն) ներմուծելիս ներարկման տեղում առաջանում է կարմրություն և ինֆիլտրատ: Ավելի հաճախ կիրառում են ներմաշկային ներարկումներ, բայց կարելի է կատարել նաև վերմաշկային և կոնյուկտիվային պարկի մեջ: Ալերգենային

պրեպարատների անվանումը որպես կանոն համապատասխանում է հիվանդության անվանմանը: Օր.՝ բրուցելոզի ախտորոշման համար կիրառվում է բրուցելին, տուլարեմիայինը՝ տուլարին, տուբերկուլոզինը՝ տուբերկուլին, սիբիրյան խոցինը՝ անտրաքսին: Ներմաշկային պրոբան դրվում է նախաբազկի ափային մակերեսի միջին մեկերորդականին մաշկը մշակելուց հետո. բարակ ասեղով 0,1մլ ալերգեն ներարկում են ն/մ ճանապարհով, որպեսզի ստացվի կիտրոնի կեղև: Հիվանդի մոտ համապատասխան հիվանդության առկայության դեպքում առաջանում է տեղային ռեակցիա՝ հիպերեմիա, ինֆիլտրատ, այտուց, հազվադեպ՝ նեկրոզ, լիմֆանգիտ: Մաշկաալերգիկ պրոբան դրական է լինում հիվանդության 8-10-րդ օրվանից սկսած և պահպանվում մի քանի ամիս ու տարի: Արդյունքները գնահատում են ներարկումից 24-48 ժամ անց: Խիստ դրական ռեակցիայի դեպքում ինֆիլտրատի տրամագիծը 6սմ-ից մեծ է, ջերմությունը՝ բարձր, զարգանում է ռեզիոնար լիմֆադենիտ: Եթե ինֆիլտրատի տրամագիծը 3-6սմ է, ապա ընդհանուր նշանները բացակայում են, 1-3սմ տրամագծի դեպքում ռեակցիան թույլ է արտահայտված, իսկ 1սմ-ից պակասի դեպքում ռեակցիան կասկածելի է: Եթե առաջացած հիպերեմիան և ինֆիլտրատն անցնում են 24 ժամվա ընթացքում, ապա ռեակցիան համարվում է կասկածելի կամ բացասական: Ներմաշկային ալերգիկ փորձերը հանդիսանում են ախտորոշման օժանդակ եղանակ, քանի որ դրական արդյունքը վկայում է միայն տվյալ ալերգենով օրգանիզմի սենսիբիլիզացիայի մասին: Պետք է հիշել նաև, որ մաշկաալերգիկ դրական փորձերը կարող են լինել նաև այն մարդկանց մոտ, ովքեր հիվանդացել են այդ հիվանդությամբ կամ էլ պատվաստված են:

Ախտորոշման գործիքային եղանակները

Ախտորոշման գործում հատուկ տեղ են գրավում հետազոտության գործիքային եղանակները՝

- ռեկտոռեոմանոսկոպիա
- կոլոնոսկոպիա
- լապարոսկոպիա
- ուլտրաձայնային հետազոտություն (ձԻԼ)
- ռենտգեն
- ռադիոիզոտոպային
- հիստոլոգիական
- կոմպյուտերային տոմոգրաֆիա
- միջուկամագնիսական ռեզոնանս (շԾՀ) և այլն:

Ռեկտոռեոմանոսկոպիա. այս պրոցեդուրայի համար հիվանդին նախօրոք կատարում են մաքրող հոգնա (մեկը նախորդ օրը երեկոյան, իսկ մյուսը՝ հետազոտությունից 1,5-2 ժամ առաջ): Հիվանդն ընդունում է հատուկ դիրք. հենվում ծնկների և արմունկների վրա: Բուժքույրը ռեկտոսկոպի մեջ տեղադրում է մանդրենը, քսում վազելին և փոխանցում բժշկին, որն էլ զգուշությամբ պտուտակած շարժումներով մտցնում է ուղիղ աղի: Այնուհետև հանում են մանդրենը և միացնում լույսը: Ռեկտոսկոպը տեղափոխվում է 25-35սմ խորության վրա, որի ժամանակ դիտվում է աղու լորձաթաղանթը, կատարվում հատուկ ախտորոշում:

Կոլոնոսկոպիա. այս եղանակը թույլ է տալիս դիտել միայն հաստ աղու լորձաթաղանթը: Հետազոտման նախորդ օրը հիվանդին տալիս են 30-50մլ Գերչակի յուղ, իսկ երեկոյան (ժամը 19⁰⁰

և 20⁰⁰-ին) և առավելագույն կատարում մաքուր հոգնա: Հոգնայից 2-3 ժամ անց կարելի է կատարել հետազոտությունը:

Ուլտրաձայնային հետազոտություն. այն օգտագործվում է շատ հաճախ: Որովայնի խոռոչի օրգանների հետազոտության ժամանակ հիվանդը պետք է լինի քաղցած: Այս եղանակի միջոցով որոշում են լյարդի, փայծաղի, լեղապարկի, ենթաստամոքսային գեղձի դիրքը, չափերը, ձևը, կառուցվածքը:

Լաբորատոր հետազոտության համար նմուշներ վերցնելու կանոնները

Նմուշ վերցնելու կանոնները տարբեր են՝ կախված այն բանից, թե ինչպիսի լաբորատոր հետազոտություն պետք է անցկացվի:

- Միկրոսկոպիայի նպատակով արյան քսուկ պատրաստելու համար ձախ ձեռքի չոր-որոշ մատը (կարելի է նաև ականջի բլթակից) մաքրում են 70%-ոց սպիրտով, ծակում ստերիլ ասեղով: Առաջին կաթիլը մաքրում են չոր բամբակով, իսկ երկրորդը տեղափոխում ճարպագրկված և մաքուր առարկայական ապակույն (առանց հավելու ապակույն): Այնուհետև հղկված եզրով ուրիշ ապակիով, 45⁰ անկյան տակ պահելով, տարածում են արյան կաթիլը: Գիշտ պատրաստված քսուկը պետք է լինի հավասարաչափ տարածված, թափանցիկ և դեղին: Առարկայական ապակու վրա մատիտով նշում են հիվանդի ազգանունը, ամսաթիվը, և այն ուղարկում լաբորատորիա: Արյունը կարելի է վերցնել հիվանդության ցանկացած շրջանում, բայց ավելի լավ է անել տենդի ժամանակ, քանի որ այդ շրջանում արյան մեջ շատ են հարուցիչները:

- Արյան «հաստ կաթիլի» պատրաստման եղանակը նման է նախորդին: Այս դեպքում արյան կաթիլն ասեղի ծայրով կամ ուրիշ առարկայական ապակու անկյունով պտուտակաձև շարժումների օգնությամբ տարածում են կաթիլը 10-15մմ տրամագծով: Կաթիլի հաստությունը պետք է լինի այնքան, որ նրա միջով երևան թերթի տառերը: Ավելի հաստ կաթիլը պիտանի չէ, քանի որ այն չորանում և ճաքճքում է: Սովորաբար մեկ ապակու վրա կարելի է պատրաստել 2-3 հաստ կաթիլ: Երբեմն հաստ կաթիլը տեղավորում են խոնավ արյան քսուկի վրա: Այդպիսի պրեպարատը ավելի հարմար է այն իմաստով, որ քսուկում լավ է պահպանվում ախտահարված էրիթրոցիտների մի մասը, ինչը կարևոր է պարագիտի տեսակը ճշտելու համար: Պատրաստված պրեպարատը չորացնում են սենյակային ջերմաստիճանում 2-3 ժամից ոչ պակաս, հետո ներկում Ռոմանովսկու-Գիմզայի եղանակով 30-45 րոպե: Ներկված պրեպարատը զգուշությամբ լվանում են հոսող ջրով, հետո չորացնում ուղղահայաց դիրքով: Քսուկի ֆիքսումը կատարվում է 10 րոպե՝ այն տեղադրելով 96%-ոց էթիլ սպիրտի մեջ: Ապակու հակառակ երեսին նշում են հիվանդի ազգանունը կամ էլ նրա վիճակագրական համարը: Այն կիրառվում է մալարիայի դեպքում:

- Բակտերիոլոգիական հետազոտության համար արյունը վերցնում են բարձր ջերմության ժամանակ: Անհրաժեշտ է ցանքսը կատարել մի քանի սննդամիջավայրի վրա՝ ապահովելու համար հարուցիչների հնարավորին մեծ քանակություն: Հեղուկ սննդամիջավայրերը ստանում են լաբորատորիայից, պահում սառնարանում, իսկ օգտագործելուց առաջ հասցնում սենյակային ջերմաստիճանի: Արյունը վերցնում են ստերիլ ներարկիչով: Միանվագ ներարկիչը հանում են փաթեթից միայն օգտագործելուց առաջ: Չի կարելի ներարկիչը վերցնել վիրակապարանի «ստերիլ սեղանից», քանի որ նրա վրա օդից կարող են նստել բակտերիաներ: Չի կարելի փորձել անցանելիությունը օդ ներքաշելու միջոցով:

- Արյան ցանքսի համար հարկավոր է պահպանել ասեպտիկայի կանոնները: Արյունը վերցնում են արմնկային երակից 10-20մլ հիվանդի անկողնու մոտ կամ պրոցեդուրային սենյակում: Արյուն վերցնելն ու ցանքսը կատարվում են 2 բուժքրոջ օգնությամբ: Բուժքույրերից մեկը մշակում է մաշկը և վերցնում արյուն, իսկ մյուսը սպիրտայրոցի վրա բացում է միջավայր պարունակող փորձանոթը, այն պահում ներարկիչից հոսող արյան շիթի տակ, ապա կրկին ստերիլիզացնում անոթի եզրերը, խցանը և փակում: Փորձանոթը պետք է պարունակի բավական քանակության սննդամիջավայր արյան բակտերիցիդ հատկությունից խուսափելու համար (1:10 հարաբերությամբ, այսինքն 5մլ արյունը 50մլ միջավայրին): Սրսկելու տեղը նախօրոք մշակում են 70%-ոց սպիրտով, ապա 5%-ոց յոդի լուծույթով և նորից սպիրտով: Արյուն պարունակող փորձանոթը հարկավոր է անմիջապես հասցնել լաբորատորիա: Եթե դա հնարավոր չէ, ապա փորձանոթը թողնում են սենյակային ջերմաստիճանի պայմաններում, հետո առավոտյան ուղարկում լաբորատորիա:

- Սերոլոգիական հետազոտության համար արյունը վերցնում են երակից 3-5մլ քանակով չոր և ստերիլ փորձանոթի մեջ: Արյուն վերցնելու համար օգտագործում են լայն լուսանցքով ասեղներ, որպեսզի արյունը ազատ հոսի և էրիթրոցիտները չվնասվեն (հեմոդիալիզը բացասաբար է ազդում հետազոտության արդյունքների վրա): Որպեսզի ստացվի ավելի խիտ արյան մակարդակ և մեծ քանակությամբ շիճուկ, արյունով փորձանոթը 30 րոպեով տեղավորում են թերմոստատում 37°C-ում, ապա դնում սառնարան 30-60 րոպե +4°C պայմաններում: Այնուհետև փորձանոթը ցենտրիֆուգում են, որից հետո պիպետի օգնությամբ շիճուկը տեղափոխում են այլ փորձանոթի մեջ և պահում սառնարանում 4°C-ում մինչև ռեակցիայի կատարումը: Լայնորեն կիրառվում են հետևյալ շճաբանական ռեակցիաները՝ ագլուտինացիայի, անուղղակի հեմագլյուտինացիայի, կոմպլեմենտի կապման, իմունոֆլյուորեսցենտային ռեակցիաները, իմունոֆերմենտային անալիզը: Իմունոֆլյուորեսցենտային եղանակը թույլ է տալիս հայտնաբերել հարուցչի սպեցիֆիկ անտիգենը հիվանդից վերցված տարբեր բիոլոգիական միջավայրերում (արյան շիճուկում, թքի մեջ, մեզում և այլն):

Պոլիմերազային շղթայական ռեակցիան հիմնված է հիվանդի արյան մեջ հարուցչի գենետիկական նյութի հայտնաբերման վրա:

- Մեզի ընդհանուր քննության համար մաքուր անոթի մեջ վերցնում են 150-200մլ մեզ:

Բակտերիոլոգիական անալիզի համար վերցնում են մեզի միջին բաժնից 3-5մլ, լցնում ստերիլ անոթի մեջ (նախօրոք լվանալով արտաքին սեռական օրգանները): Կատետերիզացիա կատարվում է այն դեպքում, երբ հարկավոր է պարզել բորբոքման պրոցեսի տեղակայումը (միզապարկում է, թե՞ երիկամներում): Միզապարկի պարունակությունը դատարկում են կատետրի օգնությամբ, լվանում հակաբիոտիկի լուծույթով, որից հետո 10 րոպե ընդմիջումով վերցնում են մեզից նմուշ: Երիկամների ինֆեկցիոն պրոցեսի առկայության ժամանակ մեզի բոլոր բաժիններում հայտնաբերում են միկրոօրգանիզմներ, իսկ միզապարկի ինֆեկցիայի դեպքում մեզը լինում է ստերիլ: Ինչպես մյուս նյութերի բակտերիոլոգիական հետազոտության ժամանակ, այս դեպքում ևս հետազոտվող նյութը վերցնում են հակաբիոտիկային բուժումը սկսելուց առաջ կամ էլ բուժման ընթացքում եղած ընդմիջումների ժամանակ: Մեզում գտնվող բակտերիաները շատ արագ բազմանում են սենյակային ջերմաստիճանում: Ուստի հետազոտվող մեզը պետք է 1-2 ժամից ոչ ուշ հասցվի լաբորատորիա: Մեզը կարելի է պահել մեկ օր, եթե դրվի սառնարանում:

- Կղանքի բակտերիոլոգիական հետազոտության համար այն հավաքում են գիշերանոթի մեջ, որը նախօրոք լվանում են եռացրած ջրով, որպեսզի այնտեղ չմնան դեզինֆեկցող նյութերի մնացորդներ, որոնք կործանարար ազդեցություն ունեն մանրէների վրա: Նյութը վերցնում են անմիջապես դեֆեկացիայից հետո, ստերիլ շտապելով կամ ձողով մինչև 10գ և տեղափոխում ամուր փակվող խցանով ստերիլ անոթի մեջ: Հետազոտության համար պետք է վերցնել լորձ, թարախ, ֆիբրինային փառ, շրջանցելով արյունը (որն ունի բակտերիցիդ հատկություն): Վերցված նյութը հարկավոր է շտապ (1-2 ժամում) հասցնել լաբորատորիա և կատարել ցանքս սննդամիջավայրի վրա: Եթե տեղափոխման հնարավորություն չկա, ապա այն կարելի է պահել 1 օր սառնարանում կամ էլ կոնսերվացնել (օգտագործելով 30%-ոց գլիցերինի խառնուրդ, բորատա-բուֆերային լուծույթ, Կերի-Բլեիրի միջավայր՝ 2/3 մաս կոնսերվանտ և 1/3 մաս կղանք հաշվարկով):

Կղանքը կարելի է վերցնել նաև անմիջապես ուղիղ աղուց մետաղական օղակի օգնությամբ:

Բակտերիակրությունը որոշելու համար հիվանդին նախօրոք (2-3 ժամ առաջ) տալիս են լուծողական (25-30գ մագնեզիումի սուլֆատ):

- Փսխման զանգվածը վերցնում են 50-100մլ, իսկ ստամոքսի լվացման ջրերից՝ 100-200մլ (եռացրած ջրով ստամոքսի լվացումից, առանց սոդայի) հավաքում են ստերիլ անոթի մեջ և արագ ուղարկում բակտերիոլոգիական հետազոտության համար լաբորատորիա:

- Լեղու բակտերիոլոգիական հետազոտության համար կիրառում են դուղեմալ զոնդ: Ձոնդի ծայրը նախապես մշակում են սպիրտով, հետո սկզբնական 1-2մլ լեղին թափում են: Հաջորդ 3 բաժին լեղին (A,B,C) լցնում են առանձին ստերիլ անոթների մեջ և ուղարկում լաբորատորիա 1-2 ժամվա ընթացքում:

- Ողնուղեղային հեղուկը, բակտերիոլոգիական հետազոտության համար, ստանում են պունկցիայի միջոցով ողնուղեղից (III-IV գոտկային ողների միջև) կամ էլ ուղեղի կողմնային փորոքներից: Պունկցիան պետք է կատարի միայն բժիշկը: Բուժքույրը պառկեցնում է հիվանդին աջ կողքի վրա, խնդրում ծալել ոտքերը և մոտեցնել որովայնին: Գլուխը առաջ են ծալում, մոտեցնում իրանին: Անհրաժեշտ է մաշկը մշակել յոդով և սպիրտով: Տեղային ցավազրկման համար օգտագործում են նովոկային: Հեղուկը վերցնում են ստերիլ փորձանոթի մեջ (1-2մլ), շտապ հասցնում լաբորատորիա: Բուժքույրը պետք է հետևի, որ պունկցիայից հետո հիվանդն առնվազն 2 ժամ պառկի որովայնի վրա (առանց բարձի), և մշանակվում է մեկ օր անկողնային ռեժիմ:

- Խորխը հետազոտելու համար հավաքում են 10-15մլ ստերիլ բանկայի մեջ առավուտյան՝ քաղցած ժամանակ: Խորխը վերցնելուց առաջ հիվանդը պետք է մաքրի ատամները, եռացրած ջրով ողողի բերանի խոռոչը՝ հեռացնելու համար սննդի մնացորդները և միկրոֆլորան: Խորխը հասցնում են լաբորատորիա 2 ժամվա ընթացքում:

- Ընպանից քսուկը վերցնում են քաղցած ժամանակ կամ էլ ուտելուց 2 ժամ անց (կոկորդը ողողելուց հետո): Հարկավոր են ստերիլ չոր կամ քիչ խոնավ (ֆիզիոլոգիական լուծույթով թրջված) բամբակե կամ թանգիֆե խծուծներ՝ փաթաթված փայտիկի վրա, որոնք տեղավորված են ստերիլ փորձանոթի մեջ: Շպատելով սեղմում են լեզվի արմատը դեպի առաջ և ներքև, հետո տամպոնը զգուշությամբ մտցնում բերանի խոռոչ, չկաշելով ոչ մի տեղ, և վերցնում պաթոլոգիական նյութը (լորձը, թարախը և այլն): Լորձը և փառը վերցնում են ախտահարված մասի

սահմանից, որտեղ հարուցիչների կոնցենտրացիան մեծ է: Ստացված նյութը տեղափոխում են առարկայական ապակու վրա, չորացնում են և ուղարկում լաբորատորիա:

- Քթից լորձ վերցնելու համար նախօրոք հիվանդը պետք է մաքրի քթանցքերը չոր բամբակե ֆիլտրով, զգույշ հեռացնի կեղևները: Քթի մեջ մտցրած տամպոնը պետք է բոլոր կողմերից հավի քթի լորձաթաղանթին: Ստացված լորձն անմիջապես պետք է ցանել համապատասխան պինդ սննդամիջավայրի վրա, նաև՝ առարկայական ապակու, չորացնել և ուղարկել լաբորատորիա:

ՎԱՐԱԿՎԱԾ ՆՅՈՒԹԵՐԻ ՀԵՏ ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՀԱՏՈՒԿ ՎՏԱՆԳԱՎՈՐ ԻՆՖԵԿՑԻԱՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ

Բուժանձնակազմի աշխատանքը հատուկ վտանգավոր ինֆեկցիաների հայտնաբերման դեպքում խիստ կանոնակարգ ունի:

Հրահանգի համաձայն առաջնային միջոցառումների ժամանակ (ժանտախտով, խոլերայով հենոռագիկ տենդով կասկածվող կամ հիվանդ) բոլոր բուժ-պրոֆիլակտիկ և սանիտարաէպիդեմիո-լոգիական հիմնարկներում պետք է ունենան այն նյութերի անհրաժեշտ պաշարը, որոնք անհրաժեշտ են լաբորատոր հետազոտության նպատակով նմուշ վերցնելու համար, ինչպես նաև անձնական պրոֆիլակտիկայի համար նյութեր և պաշտպանիչ հագուստի կոմպլեկտ: Հիմնարկի յուրաքանչյուր բուժքույր պետք է գիտենա լաբորատոր գործիքների և պաշտպանիչ հագուստի պահման տեղը:

Վարակված նյութերի հետ աշխատելիս հարկավոր է խստորեն պահպանել անվտանգության կանոնները: Հիվանդից հետազոտության նյութ վերցնելիս հարկավոր է հագնել հատուկ պաշտպանական հագուստ: Ժանտախտի և հենոռագիկ տենդի դեպքում հագնում են ամբողջական պաշտպանիչ համազգեստ (հակաժանտախտային հագուստ), որը կազմված է կոմբինեզոնից, գլխաշորից, հակաժանտախտաին խալաթից, դիմակից, ակնոցներից, ռետինե ձեռնոցներից և երկարաճիտ կոշիկներից, գուլպաներից և սրբիչից: Աշխատանքը վերջացնելուց հետո պաշտպանիչ հագուստը, օգտագործված բոլոր իրերն ու գործիքները ենթակա են դեզինֆեկցիայի, իսկ արժեք չունեցող իրերը այրում են: Վերցված նյութը անմիջապես ուղարկում են լաբորատորիա՝ հակաէպիդեմիկ միջոցառումների կոմպլեքս պլանին համապատասխան, կամ էլ պահում իրենց մոտ՝ սահմանելով հակաէպիդեմիկ միջոցառումներ մինչև մասնագետի գալը:

Բուժքույրը պետք է լավ գիտենա հատուկ վտանգավոր ինֆեկցիաներից ստացված նյութի փաթեթին ներկայացվող պահանջները: Յուրաքանչյուր փորձանոթ կամ բանկա, որը պարունակում է պաթոլոգիական նյութ, պետք է ամուր փակել ռետինե խցանով և արտաքինից մշակել դեզինֆեկցող լուծույթով: Այնուհետև խցանի վրա փակցնել լեյկոպլաստ, փորձանոթը տեղավորել մետաղական տուփի մեջ, ամուր փակել, փաթաթել ցելոֆանով և դնել մետաղական արկղի կամ բիսի մեջ, այն կնքել և ուղեկցողի հետ ուղարկել լաբորատորիա: Ծանրոցի հետ պետք է լինի ուղեկցող փաստաթուղթ, որի մեջ նշվում են հիվանդի անուն, ազգանուն, հայրանունը, տարիքը, դիագնոզը, հիվանդության և վերցված նյութի դատան, ընդունած հակաբիոտիկները, բուժաշխատողի ազգանունը:

ԻՆՖԵԿՑԻՈՆ ԴԻՎԱՆՈՒՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՍԿԶԲՈՒՆՔՆԵՐԸ

Ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակակից բուժումն իրականացվում է կոմպլեքսային ձևով, որն իր մեջ ընդգրկում է.

1. **Էթիոտրոպ թերապիան** ուղղված է հիվանդության պատճառները վերացնելուն (հարուցիչ և նրա թույնի վրա): Էթիոտրոպ թերապիայի հիմքը կազմում են հակաբիոտիկները և քիմիոթերապևտիկ պրեպարատները:

Հակաբիոտիկները (հուն. *anti*՝ հակա, *bios*՝ կյանք) բնական ծագման նյութեր են, որոնք ստանում են սնկերից, բակտերիաներից, կենդանական և բուսական բջիջներից. սրանք ընտրողաբար են ազդում հարուցիչների վրա՝ առաջացնելով դրանց ոչնչացում (բակտերիցիդ ազդեցություն) կամ աճի կանգ (բակտերիոստատիկ ազդեցություն):

Քիմիոթերապևտիկ պրեպարատներ ասելով հասկանում ենք քիմիական սինթետիկ միջոցով ստացված նյութեր, որոնք նույնպես ոչնչացնում են ինֆեկցիոն հիվանդության հարուցիչներին: Առաջին քիմիոթերապևտիկ պրեպարատը մկնդեղն է, որի միացությունները 1910թ.-ին Էռլիխն օգտագործել է սիֆիլիսի բուժման նպատակով:

Կախված հարուցչի տեսակից, որի վրա ազդում են այդ պրեպարատները, տարբերում են՝

- հակաբակտերիական
- հակապարազիտային
- հակավիրուսային դեղամիջոցներ:

Հակաբակտերիական են հակաբիոտիկները և սուլֆանիլամիդային պրեպարատները: Հակաբիոտիկների օգտագործումը մեծ չափով կրճատեց ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ մահացությունը և պակասեցրեց բարդությունների առաջացումը: Սակայն հետագայում պարզվեց, որ դրանք կարող են ազդել մարդու օրգանիզմի նորմալ միկրոֆլորայի վրա՝ առաջացնելով դիսբակտերիոզ: Այդ պատճառով էլ հակաբիոտիկներ նշանակելիս պետք է լինել հետևողական և զգույշ: Ջերմության թեթևակի բարձրացման դեպքում երբեք չի կարելի նշանակել հակաբիոտիկներ: Դրանք օրգանիզմ են ներմուծվում վերնաշնային (տեղային), բերանով (*per oral*), ինհալացիոն, ռեկտալ (մոմիկների տեսքով), միջմկանային, ներերակային, ներխոռոչային (սերոզ խոռոչներ): Հակաբիոտիկներ նշանակելիս հարկավոր է պահպանել որոշ կանոններ՝

I. հարկավոր է հաշվի առնել հարուցչի զգայունությունը ընդունվող պրեպարատի նկատմամբ

II. նշանակված հակաբիոտիկի քանակը պետք է լինի բավարար պաթոգեն միկրոբի աճը և բազմացումը ճնշելու համար, բայց չունենա տոքսիկ ազդեցություն մարդու օրգանիզմի վրա

III. պետք է հաշվի առնել պրեպարատի ներծծման արագությունը, տարբեր օրգաններում նրա կուտակման հնարավորությունը, օրգանիզմից դուրս գալու ճանապարհը և արագությունը

IV. խստորեն պահպանել հակաբիոտիկների ներմուծման կարգը: Եթե հայտնի է, որ օրգանիզմից դրա արտազատումը 4-6 ժամ է, ապա այն անհրաժեշտ է օրգանիզմ ներմուծել համապատասխանաբար 4 կամ 6 ժամը մեկ անգամ:

Սուլֆանիլամիդային պրեպարատները (սուլֆադիմեզին, սուլֆադիմետօքսին, ֆտալազոլ և այլն) կիրառվում են աղիքային, շնչառական, միզային համակարգի հիվանդությունների բուժման

համար: Ուժեղ հակաբակտերիալ հատկություն ունեն բակտերիան, բիսեպտոլը, սեպտրինը և այլն, որոնք կարելի է օգտագործել առանձին և հակաբիոտիկների հետ համակցված:

Հակապարազիտային դեղամիջոցները լինում են հակապրոտոզոյային, որոնք արդյունավետ են մալարիայի հարուցչի (խինգամին, դելագիլ, խինին) և ամեոբիազի հարուցչի (մետրոնիդազոլ, էմետին) դեպքերում, ինչպես նաև հակահելմինթային, որոնք արդյունավետ են հելմինթների դեպքում:

Հակավիրուսային դեղամիջոցները համալրվում են նորանոր դեղամիջոցներով, որոնք կիրառվում են գրիպի (ամանտադին, ադեֆուլ, ռեմանտադին), վիրուսային հեպատիտների (լամիվուդին, ռիբավիրին), ՄԻԱՎ-ինֆեկցիաների (զիդովուդին, էպիվիր) բուժման դեպքում:

2. **Պաթոգենետիկ թերապիան** ուղղված է պաթոգենեզի տարբեր օղակներին: Այն վերացնում է տարբեր օրգան-համակարգերի ֆունկցիաների խանգարումները և ուժեղացնում մակրոօրգանիզմի պաշտպանիչ մեխանիզմները: Այս դեպքում հիմնական բուժումը հանդիսանում է դեզինտոքսիկացիոն թերապիան, որը կախված է հիվանդության ծանրության աստիճանից և կարող է կատարվել հետևյալ եղանակներով՝

1) Ինֆուզիոն եղանակ. այն իրականացվում է ներերակային, հազվադեպ ներզարկերակային ճանապարհներով՝ ներմուծելով կոլոիդ (ալբումին, ամինաթթուներ, հեմոդեզ, ռեոպոլիգլյուկին և այլն) և կրիստալոիդ (գլյուկոզ, Ռինգերի լուծույթ, պոլիիոն) լուծույթներ: Այս հեղուկների հետ նշանակում են նաև միզամուղներ, որոնցով ապահովում են տոքսինների դուրս բերումը մեզի միջոցով:

2) Էնտերալ եղանակ. այն իրականացվում է բերանով (երբեմն նազոգաստրալ զոնդով) կրիստալոիդ լուծույթներ և էնտերոսորբենտներ (ակտիվացած ածուխ, էնտերոդեզ և այլն) ներմուծելով օրգանիզմ:

3) Էֆերենտ եղանակ. այն իրականացվում է ծանր դեպքերում (օր.՝ հեմոդիալիզ, հեմոսորբցիա, պլազմաֆերեզ):

Դեզինտոքսիկացիայի հետ միաժամանակ պետք է կարգավորել ջրա-աղային, գազային, թթվա-հիմնային հավասարակշռությունը, վերականգնել ածխաջրային, սպիտակուցային և ճարպային փոխանակությունը՝ օրգանիզմը ծանր վիճակից հանելու համար:

Միաժամանակ հարկավոր է բարձրացնել օրգանիզմի իմունոբիոլոգիական կայունությունը, անցկացնելով կոմպլեքս միջոցառումներ, որոնք իրենց մեջ ընդգրկում են ռացիոնալ ֆիզիկական և դիետիկ ռեժիմի պահպանում, վիտամինների և միկրոէլեմենտների նշանակում, բուժման ֆիզիոթերապևտիկ միջոցների կիրառում (օր.՝ արյան լազերային և ուլտրամանուշակագույն ճառագայթում, հիպերբարիկօքսիգենացիա և այլն):

Լայնորեն կիրառվում են նաև բակտերիալ պրեպարատները՝ էուբիոտիկները, որոնք նպաստում են մարդու աղիների նորմալ միկրոֆլորայի վերականգնմանը (օր.՝ բիֆիդոն-, կոլի-, լակտոբակտերին, բակտիսուբտիլ, էնտերոլ, Նարինե և այլն):

Հիվանդության ատիպիկ ընթացքի ժամանակ ըստ ցուցումների կիրառվում են իմունոկարգավորիչ դեղամիջոցներ՝ դոնորական իմունոգլոբուլին, պոլիգլոբուլին և այլն:

3. **Սիմպտոմատիկ (ախտանիշային) թերապիան** ուղղված է տարբեր ախտանիշների բուժման նպատակով: Այն չունի այնպիսի մեծ նշանակություն ինֆեկցիոն հիվանդությունների բուժման գործում, ինչպես էթիոտրոպ և պաթոգենետիկ թերապիաներն են: Սիմպտոմատիկ դեղամիջոցներից

են ցավագրկողները, հակաբորբոքային, ջերմիջեցնող, հակաալերգիկ, սրտային, սպազմոլիտիկ պրեպարատները:

4. Սպեցիֆիկ թերապիա. ինֆեկցիոն հիվանդությունների բուժման համար կիրառվում են նաև կենսաբանական պրեպարատներ, ինչպիսիք են բակտերիոֆագը, շիճուկները և իմունոգլոբուլինները: Սրանք լայն կիրառություն ունեն ինֆեկցիոն հիվանդության բուժման, պրոֆիլակտիկայի և ախտորոշման համար, որը բացատրվում է նրանց սպեցիֆիկությամբ (հատուկ հարուցչի դեմ ուղղված ազդեցությամբ):

1. Բուժիչ շիճուկները պարունակում են հակամարմիններ միկրոօրգանիզմների (հակամիկրոբային շիճուկներ) կամ էլ բակտերիալ տոքսինի հանդեպ (հակատոքսիկ շիճուկներ՝ հակաբոտուլինային, հակագանգրենոզ, հակադիֆթերիտիկ, հակափայտացման), որոնք ստացվում են իմունիզացված կենդանու արյունից: Սովորաբար այս պրեպարատները ստանում են արհեստական իմունացված ձիերից, ինչպես նաև տվյալ ինֆեկցիոն հիվանդություն տարած կամ պատվաստված մարդկանց արյունից: Կենդանիների արյունից ստացված պրեպարատները կոչվում են հետերոգեն (այսինքն՝ մարդու համար օտարածին), իսկ մարդու արյունից ստացված պրեպարատները՝ հոմոլոգիկ: Կախված իմունիզացման համար օգտագործվող պրեպարատներից՝ տարբերում են հետևյալ շիճուկների տեսակները՝

1. հակաբակտերիալ
2. հակավիրուսային
3. հակատոքսիկ:

Շիճուկների ներմուծումը օրգանիզմ շատ կարճ ժամանակում թույլ է տալիս ստեղծել պասսիվ արհեստական իմունիտետ, որը կարևոր է կարճ ինկուբացիոն շրջան ունեցող հիվանդությունների պրոֆիլակտիկայի կամ էլ արդեն առաջացած հիվանդության բուժման համար (օր.՝ բոտուլիզմ, դիֆթերիա):

Օգտագործվող շիճուկների թերությունն այն է, որ դրանք ընդունակ են փոխազդել միայն արյան մեջ ազատ շրջանառող բակտերիաների, վիրուսների և թույների հետ: Իսկ եթե բակտերիան կամ տոքսինը գտնվում են բջջի ներսում կամ կապված են նրա հետ, ապա հակամարմինները նրանց վրա չեն ազդում: Ուստի բուժիչ շիճուկներին և իմունոգլոբուլիններին ներկայացվող պահանջ է դրանք հնարավորինս վաղ շրջանում օգտագործելը: Հակառակ դեպքում թերապևտիկ էֆեկտը շատ աննշան է կամ բացակայում է: Շիճուկների ներմուծումից առաջացած պասիվ իմունիտետը կարճատև է՝ 1-2 շաբաթ, որից հետո հակամարմինները դուրս են գալիս օրգանիզմից: Շիճուկները ներարկվում են հիվանդներին միայն ստացիոնարում, երբ հիվանդը գտնվում է հսկողության տակ:

- *Հակաբակտերիալ շիճուկները* պարունակում են մանրէների հանդեպ հատուկ հակամարմիններ, որոնք ագլյուտինացիայի միջոցով արագացնում են դրանց ֆագոցիտոզը: Ներկայումս բարձր արդյունավետության հակաբիոտիկներ օգտագործելու հետևանքով հակաբակտերիալ շիճուկները լայն կիրառություն չունեն: Այժմ բուժման նպատակով օգտագործվում է միայն հակասիբիրախոցային իմունոգլոբուլինը:

- *Հակավիրուսային շիճուկները* պարունակում են վիրուսները չեզոքացնող հակամարմիններ, որոնք կարող են ինակտիվացնել համապատասխան վիրուսները: Այս պրեպարատները վերջին տարիներին օգտագործվում են մի շարք վիրուսային հիվանդությունների (օր.՝ կատա-

ղություն, հենոռագիկ տենդ, տզային էնցեֆալիտ) պրոֆիլակտիկայի և բուժման նպատակով: Հակավիրուսային քիմիոթերապևտիկ պրեպարատների ոչ արդյունավետ լինելու պատճառով է, որ այժմ լայնորեն կիրառում են հակավիրուսային շիճուկներ:

- *Հակատոքսիկ շիճուկները* պարունակում են հակատոքսիկ հակամարմիններ, որոնք չեզոքացնում են համապատասխան տոքսինները: Այս պրեպարատները օգտագործում են այն ինֆեկցիոն հիվանդությունների բուժման ժամանակ, որոնց պաթոգենեզում բակտերիալ տոքսիններն ունեն առաջատար նշանակություն (օր.՝ դիֆթերիա, բոտուլիզմ, փայտացում, ստաֆիլոկոկային ինֆեկցիաներ):

Իմունացված կենդանիների արյան շիճուկից պատրաստում են նաև սպեցիֆիկ *գամա-գլոբուլիններ*, որոնք պարունակում են մաքուր, զտված, բարձր տիտրով հակամարմիններ (օր.՝ հակալեպտոսպիրոզային, հակասիբիրախոցային, հակափայտացման, հակաժանտախտային):

Սպեցիֆիկ իմունոգլոբուլինները ստանում են իմունիզացված դոնորների կամ ռեկոնվալեսցենտների արյան շիճուկից (հակակատաղության, հակագրիպային, հակադիֆթերիտիկ, հակակարմրուկային, հակաստաֆիլոկոկային, հակափայտացման): Հոմոլոգիկ իմունային պրեպարատների առավելությունը կայանում է նրանում, որ դրանք երկար են շրջանառվում արյան մեջ (մինչև 1-2 ամիս) և չունեն կողմնակի ազդեցություններ: Որոշ դեպքերում օգտագործում են իմունացված դոնորի կամ ռեկոնվալեսցենտի արյան պլազման (օր.՝ հակամենինգոկոկային, հակաստաֆիլոկոկային և այլն):

Իմուն պրեպարատները թողարկվում են ամպուլաներով կամ ֆլակոնով (թափանցիկ ապակուց), որոնց վրա պարտադիր նշվում են թողարկող հիմնարկության անվանումը, պրեպարատի անվանումը, սերիան, համարը, քանակությունը, ակտիվությունը և պիտանիության ժամկետը: Հակատոքսիկ շիճուկները չափվում են միջազգային հակատոքսիկ միավորով (ME), իսկ հակամիկրոբային շիճուկները՝ միլիլիտրով: Չի թույլատրվում միաժամանակ ներարկել տարբեր սերիաների շիճուկներ: Շիճուկները պահվում են չոր և մութ տեղում (սառնարանում)՝ 2-10°C-ում: Շիճուկն անպայման պետք է լինի թափանցիկ: Չի կարելի օգտագործել նստվածքով, փաթիլավորված կամ պղտոր շիճուկները: Տուփի մեջ անպայման պետք է լինի նաև օգտագործման վերաբերյալ տեղեկագիր:

Բուժիչ շիճուկները, գամա- և իմունոգլոբուլինները կիրառվում են միայն պարենտերալ եղանակով՝ միջմկանային, իսկ ծանր դեպքերում նաև ներերակային (պարտադիր բժշկի հսկողության տակ): Քանի որ շիճուկները և գամա-գլոբուլինները ստանում են կենդանու արյունից, պարունակում են հետերոլոգիական (օտարածին) սպիտակուց, ապա մարդու օրգանիզմ ներմուծելիս կարող են զարգանալ անհապաղ կամ դանդաղ տիպի ալերգիկ ռեակցիաներ (անաֆիլակտիկ շոկ, ալերգիկ դերմատիտ, Կվինկեյի այտուց, շիճուկային հիվանդություն): Ուստի այս պրեպարատները ներմուծում են միայն կոտորակային դեսենսիբիլիզացիայից հետո (դնում են ներմաշկայինպրոբա): Ներմաշկային պրոբան դրվում է 1:100 հարաբերությամբ նոսրացված շիճուկով, որը պարտադիր գտնվում է կարմիր ներկով՝ «Նոսրացած շիճուկ ներմաշկային պրոբայի համար» մակնշված ամպուլայում: Ներմուծումից առաջ ամպուլան տաքացվում է ջրում մինչև 36-37°C:

Ներմաշկային ալերգիկ պրոբայի և շիճուկի միջմկանային ներարկման տեխնիկան

Սկզբում դնում են ներմաշկային պրոբան համապատասխան նոսրացած շիճուկով: Նախ ասեպտիկ մշակման են ենթարկում նախաբազկի ծալիչ մակերեսի մեկերորդական հատվածը,

այնուհետև ներմուծում 0,1մլ 1:100 հարաբերությամբ նոսրացված շիճուկը: Արդյունքները 20 րոպեից հետո գնահատում է բժիշկը: Պրոբան բացասական է, եթե ներարկման տեղում առաջացած պապուլայի տրամագիծը չի գերազանցում 0,9սմ-ը: Այդ դեպքում հիվանդին սկզբում ներարկում են 0,1մլ չնոսրացրած շիճուկ (կապույտ ներկով նշված ամպուլայից) բազկի դրսային մակերեսի միջին մեկերրորդական հատվածում: Այնուհետև բացասական արդյունքի դեպքում 30-60 րոպե անց հիվանդին ներարկում են շիճուկի լրիվ բուժիչ դեղաչափը միջմկանային գլուտեալ հատվածում: Ներարկվող շիճուկի մաքսիմալ ծավալը չպետք է գերազանցի 10մլ-ն: Եթե ներմուծվող դեղաչափը շատ է, ապա այն կիսում են երկու մասի և ներարկում երկու գլուտեոսների դրսային վերին քառակուսու մեջ կամ էլ ազդրի առաջային մակերեսի միջին մեկերրորդական հատվածում: Ներարկումից առաջ շիճուկը պետք է տաքացնել մինչև մարմնի նորմալ ջերմաստիճանը ($36^{\circ}1^{\circ}\text{C}$):

Սեռոթերապիայի ենթարկվող հիվանդը պետք է գտնվի բժշկի հսկողության տակ 1 ժամ:

Եթե կարմիր մակնշված ամպուլը չկա կամ էլ կոտրված է, ապա կարելի է օգտվել երկու եղանակից՝

I դեպքում կարելի է օգտագործել կապույտ գույնով մակնշված ամպուլի բուժիչ շիճուկից: Տուբերկուլինային ներարկիչի մեջ հավաքում են 0,1մլ բուժիչ չնոսրացած շիճուկ և 10մլ ստերիլ նատրիումի քլորիդի իզոտոնիկ լուծույթ և պատրաստում նոսրացած շիճուկ:

II դեպքում կատարում են շիճուկի կոտորակային (եռակի) ներմուծում: Սկզբում ենթամաշկային ներարկում են 0,1մլ չնոսրացած շիճուկ: Բացասական արդյունքի դեպքում 30 րոպե անց միջմկանային ճանապարհով ներմուծում են ևս 0,2մլ: Եթե 1-1,2 ժամից ռեակցիան բացասական է, ապա ներարկում են ողջ բուժիչ դեղաչափը: Այս եղանակով կարելի է խուսափել անաֆիլակտիկ շոկի առաջացումից, սակայն այն չի բացառում հետագայում շիճուկային հիվանդության զարգացումը:

Ներմաշկային պրոբայից հետո դրական արդյունքի դեպքում (այսինքն՝ հիվանդն ունի կենդանական սպիտակուցի հանդեպ սենսիբիլիզացիա) շիճուկի ներմուծման տեղում առաջանում է 1սմ տրամագծով և ավելի հիպերեմիա կամ այտուց: Այսպիսի դեպքերում ներմուծումը կատարվում է կյանքի ցուցումներով՝ կատարելով դեսենսիբիլիզացիա: Այդ նպատակով սկզբում ենթամաշկային ներարկում են նոսրացրած շիճուկ՝ 0,5մլ, 2,0մլ և 5,0մլ քանակներով, 15-20 րոպե ընդմիջումներով: Հետո նույնքան ընդմիջումով ներմուծում են 0,1մլ և 1,0մլ չնոսրացված շիճուկ: Ռեակցիայի բացակայության դեպքում միջմկանային եղանակով ներմուծում են ողջ դեղաչափը:

Շիճուկներ ներարկելիս ամպուլի բացելը և մյուս մանիպուլյացիաները կատարվում են ասեպտիկայի պայմանների պահպանմամբ: Բացված ամպուլը շիճուկի հետ կարելի է պահել ստերիլ անձեռոցիկի տակ, սենյակային ջերմաստիճանում, 1 ժամից ոչ ավել, իսկ նոսրացած շիճուկով բացված ամպուլը չի կարելի պահել:

Գամա-գլոբուլինների կիրառումը ենթարկվում է նույն սկզբունքներին:

Իմունոգլոբուլինները ներմուծում են միջմկանային առանց նախնական սենսիբիլիզացիայի:

Գործածելուց առաջ հարկավոր է ստուգել շիճուկային պրեպարատների և իմունոգլոբուլինների պիտանիության ժամկետը, ամպուլի ամբողջականությունը, փաթիլավորման բացակայությունը, պիտակի տվյալները:

2. Բակտերիոֆագերը (հուն․՝ phagos-խմող) վիրուսային մասնիկներ են, որոնք ազդում են կենդանի և բազմացող բակտերիաների վրա, քայքայում դրանք (ենթարկում լիզիսի): Բակտերիոֆագը բազմանում է միայն կենդանի բակտերիաների առկայությամբ: Դրանք փոխազդում են միայն որոշակի տեսակի միկրոբային բջիջների հետ և չեն ազդում մարդու օրգանիզմի բջիջների վրա, ինչն էլ դրանց օգտագործումը դարձնում է անվտանգ:

Ըստ ազդեցության սպեցիֆիկության տարբերում են՝

- պոլիվալենտ բակտերիոֆագեր, որոնք փոխազդում են իրար մոտ, հարազատ տիպի բակտերիաների հետ
- մոնովալենտ բակտերիոֆագեր, որոնք փոխազդում են մեկ տիպի բակտերիաների հետ
- տիպային բակտերիոֆագեր, որոնք փոխազդում են մեկ տիպի որոշակի տեսակի պատկանող բակտերիաների հետ:

Բակտերիոֆագերը օգտագործվում են նաև բակտերիաների նույնականացման նպատակով (ֆագոտիպավորում) ինֆեկցիոն հիվանդության լաբորատորիաներում:

Բակտերիոֆագերը կիրառվում են նաև ինֆեկցիոն հիվանդությունների բուժման և պրոֆիլակտիկայի նպատակով: Բուժ-պրոֆիլակտիկ նպատակով բակտերիոֆագերը թողարկվում են՝

- հաբերի (թթվակայուն պատիճով ծածկված) ձևով՝ օրալ ընդունման նպատակով (օր․՝ որովայնատիֆային, դիզենտերիային, սալմոնելոզային)

- մոնիկների ձևով (օր․՝ դիզենտերիային)

- հեղուկ ձևով (որովայնատիֆային բակտերիոֆագի ֆլակոն)

- չոր ձևով՝ ամպուլներում (օր․՝ ստաֆիլոկոկային, ստրեպտոկոկային):

Հեղուկ բակտերիոֆագը կարելի է օգտագործել պերօրալ, ռեկտալ և տեղային բորբոքման օջախում՝ ողողման, տամպոնի, թրջոցների, ենթամաշկային և միջմկանային ներարկումների ձևով: Դրանք կիրառվում են 5-7 օրվա ընթացքում և հաճախ կրկնակի կուրսերի ձևով: Պրեպարատները պահում են չոր և մութ տեղում 4-5°C-ում: Սենյակային ջերմաստիճանում դրանք կորցնում են ակտիվությունը: Պահպանման ժամկետը 1 տարի է: Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ բակտերիոֆագերը առավել արդյունավետ են պրոֆիլակտիկ կիրառման դեպքում:

Քանի որ բակտերիոֆագերը քայքայվում են ստամոքսաճեղքի ազդեցության տակ, ուստի դրանք օգտագործվում են քաղցած ժամանակ՝ ուտելուց 1-1,5 ժամ առաջ: Իսկ ստամոքսաճեղքի ազդեցությունը չեզոքացնելու նպատակով 5-10 րոպե առաջ հիվանդին տալիս են խմելու 30-40մլ 3%-ոց կալցիումի բիկարբոնատ (խմելու սոդա): Ընդունելուց առաջ հեղուկը հարկավոր է թափահարել: Քանի որ բակտերիոֆագերը խիստ սպեցիֆիկ են, ուստի չի կարելի դրանք կիրառել անհայտ էթիոլոգիայով հիվանդությունների դեպքում: Կլինիկական պրակտիկայում կիրառվում են որովայնատիֆային, դիզենտերիային, սալմոնելոզային, ստաֆիլոկոկային, ստրեպտոկոկային և կոլիբակտերիոֆագ:

3. Վակցինաթերապիան, որպես սպեցիֆիկ թերապիայի ձևերից մեկը, ուղղված է պաշտպանական մեխանիզմի կարգավորմանը: Դրանք օրգանիզմում առաջացնում են ձեռքբերովի արհեստական ակտիվ իմունիտետ:

Տարբերում են վակցինաների հետևյալ տեսակները, որոնք՝

1) պարունակում են մանրէների կենդանի, բայց թուլացած շտամներ

- 2) պարունակում են մանրէների սպանված կամ թուլացած շտամեր
- 3) պարունակում են մանրէների առանձին պաշտպանիչ անտիգեններ
- 4) պարունակում են անատոքսին՝ ինակտիվացած բակտերիալ տոքսին

5) գենա-ինժեներային մեթոդով ստացված, որոնք իրենցից ներկայացնում են մանրէների բնական անտիգենների համարժեքներ:

Սովորաբար վակցինաները կիրառվում են խրոնիկական և ձգձգվող ձևերով ընթացող ինֆեկցիոն հիվանդությունների բուժման ժամանակ, երբ օրգանիզմի բնական իմուն պաշտպանական մեխանիզմները բավարար չեն հարուցչի ազդեցությունից օրգանիզմն ազատելու համար (օր.՝ խրոնիկական բրուցելոզ, խրոնիկական դիզենտերիա և այլն): Այն երբեմն կիրառում են նաև սուր ինֆեկցիոն պրոցեսների ժամանակ (օր.՝ որովայնային տիֆի ժամանակ՝ բակտերիակրության պրոֆիլակտիկայի նպատակով):

Վակցինաթերապիան հարկավոր է կատարել ստացիոնարում, որպեսզի խուսափեն ինֆեկցիոն պրոցեսի սրացումից կամ էլ անաֆիլակտիկ ռեակցիաներից:

4. Բուժիչ սնունդ: Ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ լինում են մեծ էներգածախս, մարսողության և սննդարար նյութերի, վիտամինների, միկրոէլեմենտների ներծծման խանգարումներ, նրանց կորուստը սեկրետների և էքսկրետների (արտազատուկ) միջոցով: Այն օրինաչափորեն ուղեկցվում է սպիտակուցային, ճարպային, ածխաջրային, աղային և վիտամինային փոխանակությունների խանգարումներով, որոնք արտահայտվում են օրգանիզմի կշռի անկումով: Սպիտակուցային անբավարարությունը բերում է իմուն համակարգի ֆունկցիայի խանգարման (հակամարմինների սինթեզի պակաս, արյան շիճուկի բակտերիցիդ ակտիվության իջեցում):

Մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացումը ուժեղացնում է նյութափոխանակությունը և էներգիայի ծախսը: Էներգածախսի մեծացմանը նպաստում են նաև մկանների ջղաձգումները:

Աղիներից սպիտակուցների, ճարպերի և ածխաջրերի ներծծման խանգարումը կարող է պայմանավորվել աղեստամոքսային տրակտի ֆերմենտների ակտիվության փոփոխությամբ (տենդի, աղիների լորձաթաղանթի բորբոքման պատճառով):

Փսխումը, դիարեան բերում են ոչ միայն ջրի և աղերի, այլև սպիտակուցների կորստի: Բացի այդ օրգանիզմը սպիտակուց է կորցնում քրտինքով, խորխով, մեզով:

Վիտամինների մեծ պահանջը, աղիներում ներծծման պրոցեսի վատացումը, սննդի հետ ընդունման քանակի իջեցումը բերում են պոլիհիպովիտամինոզի:

Ինֆեկցիոն հիվանդների բուժման գործում մեծ տեղ է զբաղեցնում լիարժեք և բալանսավորած սնունդը: Այն պետք է հեշտ յուրացվի, լինի մեխանիկական, քիմիական և ջերմային տեսակետից խնայող: Խոհարարական վերամշակման ժամանակ հարկավոր է կիրառել եփելը ջրի մեջ կամ գոլորշու վրա: Վիտամիններով դիետա նշանակելու համար կիրառում են թարմ մրգերի և հատապտուղների հյութեր:

Դիետա նշանակելիս հարկավոր է հաշվի առնել հիվանդության ծանրության աստիճանը, աղեստամոքսային տրակտի վիճակը, ուղեկցող պաթոլոգիաները: Հիվանդին բուժիչ սնունդ նշանակելիս կիրառում են դիետաներ (սեղան), որոնցից յուրաքանչյուրում հաշվի են առնվում պացիենտի կարիքները տարբեր պաթոլոգիաների դեպքում: Ներկայումս ինֆեկցիոն ստացիոնարում հիմնականում կիրառում են դիետիկ սեղաններ N4, 5, 13, 15:

Սեղան N2. լիարժեք դիետա է, սահմանափակված են կոշտ բջջանքը, կաթը, կծուն, թթուն, համեմունքները: Կերակուրը պատրաստում են մանրացրած և կտրատած վիճակում: Տապակելիս չի թույլատրվում կոշտ կեղևի գոյացում: Բացառվում են սունկը և լոբազգիները: Թույլատրվում է դիզենտերիայի, որովայնային տիֆի ապաքինման շրջանում և առանց մարսողության խանգարումների, ջերմող հիվանդների: Սնունդն ընդունում են օրը 5 անգամ: Սեղան N2-ը հանդիսանում է անցումային N4-ից դեպի N15-ը:

Սեղան N4. ցածր կալորիականությամբ, աղեստամոքսային տրակտը խնայող (մեխանիկական, քիմիական և ջերմային): Բացառում են խմորման պրոցեսները և աղիների պերիստալտիկան ուժեղացնող սննդամթերքը: Սնունդը պատրաստվում է գոլորշու վրա և մատուցվում հեղուկ կամ կիսահեղուկ վիճակում: Սեղանն իր մեջ ընդգրկում է մսի արգանակ, լորձային սուպեր, եփած միս, խաշած ձուկ, շիլաներ, կիսել, ժելե, պաքսիմատ, կաթնաշոռ, կեֆիր, մածուն, մրգահյութեր: Ցուցված է դիարեայով ուղեկցվող հիվանդությունների ժամանակ, երբ կա աղիների լորձաթաղանթի բորբոքում (օր.՝ դիզենտերիա):

Սնունդն ընդունում են օրը 5-6 անգամ: Բացառում են բուսական բջջանքը, կաթը, լոբազգիները, ապխտած, աղ դրած սնունդը, սուրճը, բջջանք պարունակող սննդամթերքները (կաղամբ, բազուկ, բոլկ, թրթնջուկ, ավելուկ):

Սեղան N5. լիարժեք կալորիական դիետա է, բայց սահմանափակվում են կենդանական ճարպերը, խոլեստերինով հարուստ սնունդը: Ընդգրկում է բուսականության մթերքներ (կաթնային և բանջարեղենային սուպեր, կաթնային շիլաներ, կաթնաշոռ, սալաթներ, կեֆիր, կիսել, կոմպոտ, մրգեր), միսը (հավ, հորթ) և ոչ ճարպոտ ձուկը՝ միայն խաշած վիճակում: Կարագը և բուսական ձեթը թույլատրվում է շատ քիչ քանակով: Սեղանը ցուցված է լյարդի ախտահարումների դեպքում (նաև վիրուսային հեպատիտների, լեպտոսպիրոզի ժամանակ): Բացառվում են համեմունքները, սունկը, ավելուկը, թրթնջուկը, կակաոն:

Սեղան N13. դյուրամարս, բարձր կալորիականությամբ, վիտամիններով հարուստ դիետա է: Սնունդը պետք է լինի հեղուկ կամ կիսահեղուկ վիճակում: Սահմանափակվում են կոշտ բջջանքը, կաթը: Կերակուրը պատրաստում են մանրացրած և կտրատած վիճակում: Ցուցված են մսի արգանակ, ձուկ, բանջարեղենից կամ ձավարեղենից ապուրներ, մեծ քանակությամբ հեղուկներ: Սեղանը նշանակվում է որովայնային տիֆի, անգինայի և այլ սուր տենդային վիճակների դեպքերում:

Սեղան N15. ընդհանուր սեղան է: Ցուցված է այն հիվանդներին, որոնք հատուկ դիետայի կարիք չունեն, մասնավորապես նշանակում են ապաքինման շրջանում գտնվող ինֆեկցիոն հիվանդներին: Սեղանն իր մեջ ընդգրկում է բոլոր սննդամթերքները, որոնք հարկավոր են լիարժեք սնուցման համար: Բացառում են ԿՆՅ-ն դրդող (մուգ թեյ, սուրճ, շոկոլադ, համեմունք), կոշտ բջջանք և եթերային յուղեր (սխտոր, բոլկ) պարունակող սննդամթերքները: Խորհուրդ չի տրվում օգտագործել տորթեր, թխվածք:

Շաքարային դիաբեթով հիվանդներին նշանակում են սեղան N9:

Առանձնահատուկ ուշադրություն են դարձնում սննդի ընդունման ռեժիմին: Սնունդը պետք է նշանակվի կոտորակային ձևով, օրը 5-6 անգամ, փոքր սննդաբաժիններով: Ծանր հիվանդներին կերակրում են օրը 6-8 անգամ:

Հաճախ ինֆեկցիոն հիվանդները առատ հեղուկների կարիք ունեն, որոնք լրացնում են կորցրած հեղուկի քանակը դիարեայի, փսխման, առատ քրտնարտադրության, հևոցի ժամանակ, ինչպես նաև ապահովում են տոքսիկ նյութերի դուրս բերումն օրգանիզմից: Բացի այդ քաղցր հեղուկները էներգիայի աղբյուր են հանդիսանում և ցուցված են հիվանդներին, եթե չունեն շաքարային դիաբեթ: Այդ նպատակի համար կիրառվում են կիսել, կոմպոտ, թեյ, մրգերի և հատապտուղների հյութեր, հանքային ջուր (առանց գազի), պատրաստի գլյուկոզա-էլեկտրոլիտային լուծույթներ (ռեհիդրոն, ցիտրագլյուկոսոլան): Մրգերը լավ են հագեցնում ծարավի զգացումը, ինչպես նաև պարունակում են վիտամիններ, հանքային էլեմենտներ, շաքար և խթանում են աղիների պերիստալտիկան (կծկանքը):

Ջոնդային կերակրումը ցուցված է անգիտակից վիճակում գտնվող հիվանդներին, ինչպես նաև ծանելու և կլման խանգարումների դեպքում: Կիրառվում է նազո-գաստրալ զոնդ 5-7 օր տևողությամբ: Ջոնդը տեղադրում է բժիշկը: Ջոնդի արտաքին ծայրը լեյկոպլաստով ֆիքսվում է ականջի մոտ: Անհրաժեշտ է օրը մի քանի անգամ տեղաշարժել զոնդը՝ լորձաթաղանթների գրգռման և պառկելախոցերի կանխարգելման նպատակով: Ջոնդով կարելի է ներմուծել կաթի, կեֆիրի, արգանակի, մրգահյութերի, կիսահեղուկ սննդի սննդային խառնուրդներ, որոնց ավելացնում են աղեր (նատրիումի քլորիդ, կալիումի քլորիդ, կալցիումի քլորիդ): Ջոնդային կերակրման համար կիրառվում են հատուկ փոշենման կոնցետրատներ (էնպիտներ, ինպիտան, օվոլակտ, ունիպիտներ և այլն): Սնունդը տաքացվում է մինչև 45-50°C, ներմուծվում շատ դանդաղ՝ 100-250մլ քանակությամբ: Կերակրելուց հետո զոնդով թողնում են 20-40մլ գոլ ջուր: Անհրաժեշտության դեպքում զոնդով կարելի է տալ նաև դեղամիջոցներ:

Օրգանիզմի պլաստիկ և էներգետիկ պահանջները բավարարելու համար գոյություն ունի պարենտերալ սնուցում: Այն ցուցված է հիվանդներին, որոնք գտնվում են ծանր վիճակում, չեն կարողանում, չեն ուզում կամ չպետք է ուտեն (աղիների ծանր ախտահարում, լյարդային կամ երիկամային անբավարարություն, զոնդային կերակրումից բարդությունների առաջացման վտանգ): Ներմուծման համար կիրառվում են ամինաթթուների պատրաստի խառնուրդներ (պոլիամին, ամինոֆուզին, ամինոստերիլ և այլն), ճարպային էմուլսիաներ (լիպոֆուզին, ինտրոլիպիդ և այլն), գլյուկոզայի լուծույթ (5-50%-ոց) ինսուլինի հետ (1 միավոր 3-4գ գլյուկոզային): Ներմուծում են նաև հանքային նյութեր, վիտամիններ, անաբոլիկ հորմոններ:

6. Հիվանդի խնամքը: Ինֆեկցիոն ստացոխոնարում խնամքի ճիշտ կազմակերպումն ունի մեծ նշանակություն, քանի որ նպաստում է ոչ միայն հիվանդների ֆիզիկական և հոգեկան վիճակի բարելավմանը, այլև՝ բարդությունների կանխարգելմանը: Ստացոխոնարում իրականացվող պաշտպանիչ ռեժիմը միջոցառումների կոմպլեքս է, որն ուղղված է ֆիզիկական և հոգեկան վիճակի վերականգնմանը և պահպանմանը, որոնք անհրաժեշտ են պացիենտի արագ առողջացման համար:

Ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ հիվանդները յուրօրինակ են վերաբերվում շրջապատին, ինչը բացատրվում է հիվանդության զարգացման առանձնահատկություններով: Օրոքորովայնատիֆով հիվանդը չի սիրում շփվել շրջապատի հետ, քչախոս է, ինքնամփոփ, խանգարված է քունը: Իսկ բժավոր տիֆով հիվանդը, ընդհակառակը, գտնվում է էյֆորիայի մեջ, շատախոս է: Հիվանդների այս տարբեր հոգեվիճակները բուժքրոջից պահանջում են մեծ համբերություն: Բուժքույրը երբեք չպետք է ցույց տա իր դժգոհությունը: Նա իր ուշադրությամբ և

մեղմությամբ պետք է ստեղծի հանգիստ իրավիճակ, ինչն էլ կնպաստի առողջացման պրոցեսի արագ ընթացքին: Ինֆեկցիոն հիվանդները ուշադրության մեծ կարիք են զգում հատկապես հիվանդության սուր շրջանում, երբ լինում է տենդ, և նրանց հարկավոր է անկողնային ռեժիմ: Բուժքույրը պետք է իմանա, որ անհապաղ բժիշկ պետք է կանչի, եթե նկատում է.

- կտրուկ թուլություն
- շնչահեղձություն
- ցիանոզ
- ցնցումներ
- սուր ցավ որովայնում կամ կրծքավանդակում
- արյունափսխում
- աղիքային արյունահոսություն
- գիտակցության մթագնում
- զարկերակային ճնշման կտրուկ իջեցում
- պուլսի թուլացում և այլն:

Հիվանդասենյակում հարկավոր է պահպանել կարգ ու կանոն, մաքրություն, հաճախակի օդափոխել, ջերմաստիճանը պահպանել 18-20°C-ի սահմաններում: Բաժանմունքում անհրաժեշտ է ստեղծել անադնուկ պայմաններ, հատկապես՝ գիշերային ժամերին: Արգելվում է բարձր խոսել, ծիծաղել: Նույնիսկ անգիտակից վիճակում գտնվող հիվանդի ներկայությամբ չի կարելի խոսել իր վիճակի ծանրության մասին: Բաժանմունքի բուժանձնակազմը մշտապես պետք է հետևի հիվանդի և նրա անկողնու սպիտակեղենի մաքրությանը, քանի որ դա ստեղծում է որոշակի կոմֆորտ և բարձրացնում հիվանդի տրամադրությունը: Սպիտակեղենն անհրաժեշտ է փոխել շաբաթը մեկ անգամից ոչ ուշ, իսկ կեղտոտվելու դեպքում՝ անմիջապես: Քրոմարտադրության դեպքում հարկավոր է փոխել սպիտակեղենը և նորից չօգտագործել: Չի կարելի թույլ տալ, որ ջերմող հիվանդը գտնվի խոնավ սպիտակեղենի մեջ, քանի որ կարող են առաջանալ բարդություններ (օր.՝ թոքաբորբ և այլն): Յուրաքանչյուր անգամ, հիվանդի սպիտակեղենը փոխելու ժամանակ, պետք է նրա մարմինը լավ չորացնել: Հիվանդի անկողինը պետք է լինի հարմար, առանց ծալքերի (պառկելախոցերի կանխման համար): Անգիտակից հիվանդների մոտ հաճախ տեղի են ունենում ականա միզարձակություն և դեֆեկացիա: Այս դեպքում խորհուրդ է տրվում մոմլաթ փռել անկողնուն:

Հիվանդանոցային ռեժիմ: Կախված հիվանդության ծանրությունից, շրջանից՝ հիվանդի համար նշանակում են տարբեր տեսակի ռեժիմներ, որոնք ունեն բարենպաստ ազդեցություն նրա առողջության վրա: Տարբերում են ռեժիմի հետևյալ ձևերը՝

- *խիստ անկողնային*, որի ժամանակ արգելվում է ինքնուրույն շարժվել անկողնում, փոխել դիրքը
- *անկողնային*, որի ժամանակ հիվանդն ինքնուրույն չպետք է փոխի դիրքը, նստի կամ կանգնի
- *կիսաանկողնային*, որի ժամանակ հիվանդը պետք է օրվա մեծ մասն անցկացնի անկողնու մեջ, և թույլ է տրվում վեր կենալ միայն սնունդ ընդունելու և զուգարան գնալու համար
- *ընդհանուր*, որի ժամանակ հիվանդն իր ցանկությամբ կարող է պառկել, նստել, քայլել:

Բուժանձնակազմը պետք է խստորեն պահպանի բժշկի նշանակած ռեժիմը, քանի որ դրա ցանկացած խախտում ծանր հիվանդների մոտ կարող է բարդություններ առաջացնել: Սակայն երկարատև անկողնային ռեժիմը կարող է առաջացնել կանգային երևույթներ թոքերում, ինչպես նաև թոքաբորբ, որը կծանրացնի հիվանդի առանց այդ էլ ծանր վիճակը: Դրա համար էլ ռեժիմի փոփոխությունը պետք է կատարել աստիճանաբար, հիվանդին սկզբնական շրջանում թույլ տալ միայն նստել: Բուժքույրը պետք է հետևի հիվանդին և թույլ չտա երկար ժամանակ մնալ նույն դիրքում: Նա պետք է օգնի հիվանդին հաճախակի փոխել դիրքը: Եթե հիվանդը թույլ է, ապա նրան կողքի վրա պահելու համար թիկունքի տակ բարձ են դնում: Հիվանդի դիրքը փոփոխելու ժամանակ կտրուկ շարժումներ չպետք է անել: Հիվանդի ռեժիմը կարող է փոխել միայն բժիշկը:

Մաշկի և լորձաթաղանթի խնամքը: Քանի որ մաշկը և լորձաթաղանթը հանդիսանում են օրգանիզմի առաջնային պաշտպանիչ պատնեշը, ապա դրանց խնամքը մեծ նշանակություն ունի: Բուժանձնակազմը պետք է մշտապես հետևի հիվանդի մաշկի մաքրությանը: Եթե հիվանդը չի կարող ինքնուրույն օգտվել լողարանից, ապա հարկավոր է մաշկը մաքրել: Տենդը հիգիենիկ միջոցառումների իրագործման համար հակացուցում չի հանդիսանում: Ծանր հիվանդների մաշկը պետք է պարբերաբար (առնվազն օրը 2 անգամ) մաքրել, ուշադրություն դարձնել այն մասերին, որտեղ կարող են առաջանալ պառկելախոցեր: Դրանց առաջին նշանը մաշկի կարմրությունն է, որը հետագայում կարող է խոցոտվել: Պառկելախոցերի կանխարգելման համար անհրաժեշտ է ամեն օր մաշկը մաքրել 70%-ոց սպիրտի լուծույթով: Եթե մաշկի վրա արդեն առաջացել են հիպերեմիկ օջախներ, նպատակահարմար է օգտագործել ռետինե օղակ կամ բարձ: Պետք է հետևել նաև սեռական օրգանների և հետանցքի վիճակին: Յուրաքանչյուր դեֆեկացիայից հետո պետք է կատարել լվացում և լավ չորացնել մաշկը:

Սնունդ ընդունելուց առաջ հիվանդը պետք է օճառով լվանա ձեռքերը, կարճ կտրի եղունգները: Հիգիենիկ պրոցեդուրաներից ատամները մաքրելը պետք է կատարվի օրը 2 անգամ: Բուժքույրը պետք է մաքրի ծանր հիվանդների բերանի խոռոչը տամպոնով (թրջված ջրածնի պերօքսիդով, 2% բորաթթվով կամ 3%-ոց սոդայի լուծույթով): Սնունդ ընդունելուց հետո հիվանդը պետք է ողողի բերանի խոռոչը (ստոմատիտի, պարոտիտի և օտիտի կանխարգելման նպատակով):

Ծանր և տենդոդ հիվանդների մոտ նկատվում է շրթունքների չորություն, ինչը նպաստում է ճաքերի և կեղևների առաջացմանը, իսկ բերանի անկյուններում՝ ճաքեր, որոնք խոսում են հիպովիտամինոզի մասին: Խորհուրդ է տրվում շրթունքներին քսել վազելին, ճարպոտ կրեմ կամ կարագ: Հարկավոր է հետևել նաև քթանցքների վիճակին: Եթե առաջանում են չոր կեղևներ, դրանք հարկավոր է փափկացնել ձեթով և հեռացնել տամպոնով: Հաճախ նկատվում է թարթիչների կաշուկություն, որի դեպքում օգտագործում են 2%-ոց բորաթթու: Աչքը մաքրում են լավ թրջված տամպոնով աչքի արտաքին անկյունից դեպի ներքին անկյունը: Եթե հիվանդի մոտ առաջանում է թարախային կոնյուկտիվիտ, ապա հարկավոր է բժշկի կոնսուլտացիա:

Մարսողական օրգանների ֆունկցիայի խանգարման ժամանակ խնամքը հատկապես կարևոր է հիվանդության սուր շրջանում: Որպես կանոն հիվանդի մոտ առաջ է գալիս ախորժակի վատացում, մինչև անգամ՝ լրիվ բացակայում (անոռեքսիա): Սակայն սա հիվանդության սուր շրջանում դիտվում է որպես օրգանիզմի նորմալ ռեակցիա, քանի որ այդ ժամանակ առաջանում է մարսողական գեղձերի արտազատիչ ֆունկցիայի թուլացում: Դրա համար էլ հարկ չկա պարտադրել հիվանդին սնունդ ընդունել, քանի որ դա կարող է փսխման պատճառ հանդիսանալ:

Այլ է հեղուկների ընդունման հարցը: Տենդոդ հիվանդների մոտ, որպես կանոն, միշտ կա ջրային բալանսի խանգարում, ուստի հեղուկները սահմանափակել չի կարելի, հաշվի առնելով նաև այն հանգամանքը, որ մարմնի բարձր ջերմությունն ուղեկցվում է հեղուկների լրացուցիչ քանակի կորստով: Եթե հիվանդը գտնվում է անգիտակից վիճակում, կամ էլ խանգարված է կլման ակտը, ապա այդպիսի հիվանդներին կերակրում են քթային զոնդի միջոցով: Քանի որ զոնդը կարող է առաջացնել պառկելախոցեր, ուստի զոնդային կերակրումը սկսում են կուլ տալը դադարեցնել 2-3 օր հետո: Նպատակահարմար է այս դեպքերում օգտվել նաև պարենտերալ սնուցումից՝ ներերակային ճանապարհով ներմուծելով գլյուկոզայի, ամինաթթվային միացությունների լուծույթներ: Մարսողական համակարգի հետ կապված խանգարումների դեպքում բուժքույրը պետք է իմանա դրանց պատճառը և զարգացման մեխանիզմը, որպեսզի կարողանա անհրաժեշտ օգնություն ցուցաբերել:

Կախված հիվանդության շրջանից և ծանրության աստիճանից՝ հիվանդին նշանակում են տարբեր սննդային ռացիոններ: Հիվանդի սնունդը պետք է պարունակի բավարար քանակությամբ սպիտակուց, ճարպ, ածխաջուր, հանքային աղեր և վիտամիններ: Սննդի կալորիականությունը պետք է լինի 2000-3000 կկալ: Բուժքույրը պետք է հետևի դիետայի պահպանմանը: Հիվանդը պետք է սնունդն ընդունի ոչ մեծ բաժիններով (օրը 4-5 անգամ):

Որովայնի փքվածությունը (մետեորիզմ) կարող է անհանգստացնել հիվանդին: Մետեորիզմի առաջացման պատճառ է հանդիսանում խմորման պրոցեսների ուժեղացումը: Հիվանդի վիճակը թեթևացնելու համար օգտագործում են ռետինե խողովակ, որի կլորացրած ծայրին քսում են վազելին և մտցնում ուղիղ աղիքի մեջ՝ 10սմ-ից ոչ պակաս խորությամբ, իսկ մյուս ծայրն իջեցնում գիշերանոթի մեջ (քանի որ կարող է աղիներից դուրս թափվել հեղուկ պարունակություն): Գազահան խողովակը աղիների մեջ կարելի է թողնել 30-40 րոպե: Աղիների պարունակության դատարկումը ևս նպաստում է մետեորիզմի վերացմանը: Եթե ծանր հիվանդների մոտ աղիները չեն գործել 2 օր, ապա պետք է կատարել մաքրող հոգնա: Պետք է հիշել, որ երկարատև փորկապությունը կարող է առաջացնել կղանքային խցանի առաջացում, որն իր հերթին առաջացնում է որովայնի փքվածություն:

Փսխումը կարող է լինել ստամոքսային և կենտրոնական ծագման: «Ստամոքսային» ծագման փսխումը լինում է սննդային տոքսիկահինֆեկցիաների և այլ աղիքային սուր ինֆեկցիաների դեպքում: Որպես կանոն հիվանդի մոտ նկատվում է սրտխառնոց, որը նախորդում է փսխմանը:

Չնայած փսխումը տոքսիկահինֆեկցիաների դեպքում պաշտպանական ռեակցիա է, այնուհանդերձ հիվանդին այն անհանգստություն է պատճառում: Այս դեպքում լավ արդյունք է տալիս ստամոքսի վացումը, որը կատարվում է զոնդի միջոցով (հիվանդի նստած վիճակով): Եթե զոնդի ներս մտցնելու ժամանակ առաջանում է սրտխառնոց կամ փսխման ցանկություն, ապա հիվանդը պետք է պահի շնչառությունը կամ էլ շնչի թթով՝ փակելով բերանը: Չոնդով հիվանդի ստամոքս են ներմուծում 1,5-2,0լ եռացրած գոլ ջուր՝ կամ էլ կալիումի պերմանգանատի բաց վարդագույն լուծույթ, որից հետո լեզվարմատը գրգռելով առաջացնում են փսխում: Ստամոքսի վացումը կրկնում են 2-3 անգամ, մինչև ի հայտ գան սնունդ և լորձ չպարունակող ջրեր: Եթե ստամոքսի վացման ջրերում արյան հետքեր նկատվեն, ապա պրոցեդուրան պետք է ընդհատել: Ստամոքսի վացումից հետո հիվանդը պետք է ողողի բերանը մաքուր ջրով:

Հատկապես վտանգավոր է անգիտակից վիճակում գտնվող հիվանդների մոտ փսխման առաջացումը: Եթե բուժանձնակազմը չցուցաբերի անհրաժեշտ ուշադրություն, ապա փսխման զանգվածը կարող է ընկնել շնչառական ուղիներ և մահվան պատճառ դառնալ: Այդպիսի հիվանդների մոտ փսխում առաջանալիս պետք է գլուխը կողքի թեքել և պահել այնքան ժամանակ, քանի դեռ շարունակվում է փսխումը, որից հետո մաքրել բերանի խոռոչը:

«Կենտրոնական» ծագման փսխումն առաջանում է հանկարծակի, առանց սրտխառնոցի նախորդման: Սա վկայում է ուղեղի վրա տոքսիկ ազդեցության մասին: Սրա դեպքում ստամոքսի լվացումը արդյունք չի տալիս:

Միզակապությունը հանդիպում է շատ ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ: Անհրաժեշտ է իմանալ դրա առաջացման պատճառները և ըստ այդմ ցույց տալ օգնություն: Երկարատև միզակապություն կարող է հանդիպել գիտակցության մթազմման ժամանակ: Եթե այդ հիվանդների մոտ պերկուսիայի միջոցով որոշվում է միզապարկի հատակը, ապա որովայնի ստորին հատվածում հարկավոր է ջեռակ դնել: Արդյունք չստացվելու դեպքում կարելի է կատարել կատետերիզացիա: Ամեն դեպքում որևէ միջամտություն անելու համար որոշում պետք է ընդունի բժիշկը:

Տենդր լինում է գրեթե բոլոր ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ, որը շատ հաճախ ուղեկցվում է դողով: Այս դեպքում հիվանդին պետք է տալ տաք հեղուկեր, ոտքերի տակ դնել ջեռակ: Ջերմիջեցնող դեղամիջոցները նշանակվում են միայն բժշկի կողմից: Քանի որ ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ ջերմաստիճանային կորագիծն ունի ախտորոշիչ նշանակություն, ուստի ջերմաչափում կատարվում է ամեն 2 ժամը մեկ: Իսկ սովորաբար ինֆեկցիոն ստացիոնարում ջերմաչափումը կատարվում է օրը 2 անգամ՝ առավոտյան և երեկոյան, միևնույն ժամին: Հարկավոր է չմոռանալ, որ բարձր ջերմության կրիտիկ անկման դեպքում կարող է առաջանալ անոթային ռեակցիա՝ գլխապտույտի և մույնիսկ օրթոստատիկ կոլապսի ծնով:

Հոգեկան գրգռվածությունը կարող է առաջանալ մի շարք ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ (օր.՝ տիֆերի, մալարիայի, մենինգիտի ժամանակ ի հայտ են գալիս գիտակցության խանգարումներ, զառանցանք, սուր փսիխոզ): Այսպիսի հիվանդները մեծ ուշադրության կարիք ունեն, քանի որ վտանգավոր են ոչ միայն շրջապատի համար, այլև կարող են վնասել իրենց: Նրանց համար նախատեսվում է ստեղծել անհատական բուժքույրական ծառայություն: Հիվանդներին չի թույլատրվում կապել՝ անկախ նրանց գրգռված վիճակից: Հարկավոր է նշանակել հանգստացնող պրեպարատներ (սեդուքսեն, ռելանիում, ամինազին և այլն):

ՀԱԿԱՄԻԿՐՈԲԱՅԻՆ ՊՐԵՊԱՐԱՏՆԵՐԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ԴՐԱՆՑ ԿՈՂՄՆԱԿԻ ԵՐԵՎՈՒՅԹՆԵՐԸ

Հակաբիոտիկների և քիմիաթերապևտիկ պրեպարատների օգտագործումը լիովին անվտանգ չէ մարդու օրգանիզմի համար: Դրանց ընդունման ժամանակ հնարավոր են կողմնակի ռեակցիաներ, որոնց մասին պետք է տեղյակ լինի յուրաքանչյուր բուժաշխատող:

Անցկացվող հակամիկրոբային թերապիայում տարբերում են 3 խումբ բարդությունների՝

- I. տոքսիկ ռեակցիայի առաջացում
- II. դիսբակտերիոզի առաջացում
- III. իմունոալերգիկ ռեակցիաների առաջացում:

Տոքսիկ ռեակցիաների առաջացում: Կիրառվող հակաբիոտիկների և քիմիաթերապևտիկ պրեպարատների մեծ մասը կարող է տոքսիկ ազդեցություն ունենալ մարդու տարբեր օրգանների և համակարգերի վրա, հատկապես, եթե դրանք ընդունվում են բարձր դեղաչափով և երկարատև:

Հակամիկրոբային պրեպարատների առաջացրած տոքսիկ և իմունոալերգիկ ռեակցիաները

<i>Պրեպարատի խումբը</i>	<i>Տոքսիկ ռեակցիան</i>
Պենիցիլինի խումբ	Անաֆիլակտիկ շոկ, Յարիշ-Գերկսհեյմերի ռեակցիա
Ցեֆալոսպորիններ	Անաֆիլակտիկ շոկ, լյարդի ֆունկցիայի խանգարումներ (ամինոտրանսամինազների քանակի ավելացում, սպիտակուցների քանակի իջեցում),
Ամինոգլիկոզիդներ	նեֆրո-տոքսիկ, անեմիայի և լեյկոպենիայի առաջացում
Տետրացիկլինի խումբ	Օտո- և նեֆրոտոքսիկ
Լևոմիցետինի խումբ	Հեպատո- և նեֆրոտոքսիկ
Սուլֆամիլամիդներ	Անեմիա, ագրանուլոցիտոզ
	Տոքսիկոալերգիկ ցան, անեմիա, թրոմբոցիտոպենիա, հեպատոտոքսիկ

1. *Նեյրոտոքսիկ ազդեցություն.* պայմանավորված է նյարդային վերջույթների վրա պրեպարատների ուղղակի ազդեցությամբ: Առավել հաճախ հանդիպում են լսողական նյարդի ախտահարումները (օտոտոքսիկ ազդեցություն), որի ժամանակ հիվանդի մոտ առաջանում է աղմուկ ականջներում, լսողության թուլացում, մինչև անգամ՝ խլություն: Այդպիսի երևույթները կարող են առաջացնել զենտամիցինը (հատկապես ֆուրոսեմիդի հետ զուգակցելիս), կանամիցինը, ստրեպտոմիցինը և այլն:

2. *Նեֆրոտոքսիկ ազդեցություն.* բնութագրվում է երիկամների օջախային կամ դիֆուզ ախտահարումով՝ սուր նեֆրոզի տեսքով և արտազատական ֆունկցիայի խանգարումներով: Հիվանդի մոտ խանգարվում է արտազատվող մեզի քանակը: Առավել հաճախ այն հանդիպում է այն մարդկանց մոտ, ովքեր նախկինում ունեցել են որևէ երիկամային պաթոլոգիա: Նեֆրոտոքսիկ ազդեցություն ունեն մոնոմիցինը, կանամիցինը և սուլֆամիլամիդային պրեպարատները, որոշ ցեֆալոսպորիններ՝ դիուրետիկների հետ զուգակցելիս:

3. *Հեպատոտոքսիկ ազդեցություն.* պայմանավորված է լյարդի բջիջների (հեպատոցիտների) ախտահարումով, որը կլինիկորեն արտահայտվում է մեզի մզացումով, դեղնուկի առա-

ջացումով, լյարդի չափերի մեծացումով: Այսպիսի ազդեցություն կարող են առաջացնել երիթրոմիցինը, տետրացիկլինի խմբի պրեպարատները:

4. *Տոքսիկ ազդեցություն արյունաստեղծ համակարգի վրա.* ընկճվում է արյունաստեղծման պրոցեսը, որն արտահայտվում է անէմիայի տարբեր ձևերով, լեյկոպենիայով, թրոմբոցիտոպենիայով: Այսպիսի ազդեցություն կարող են թողնել լևոմիցետինը, սուլֆամիլամիդային պրեպարատները:

5. *Տոքսիկ ազդեցություն պտղի վրա (տերատոգեն ազդեցություն).* պայմանավորած է նրանով, որ որոշ դեղամիջոցներ կարող են թափանցել ընկերքային պատնեշով (պլացենտար բարիեր) և առաջացնել պտղի աճի ու զարգացման խանգարումներ: Այդ պատճառով էլ արգելվում է հղիների բուժման համար օգտագործել ցեֆալոսպորիններ, լինկոմիցին, տետրացիկլին, լևոմիցետին, կանամիցին և այլն: Հետևաբար հղիներին տրվող բոլոր ֆարմակոլոգիական պրեպարատները, առանց բացառության, նշանակվում են բժշկի խիստ հսկողության տակ և զգուշությամբ, միայն ծայրահեղ անհրաժեշտության դեպքում:

6. *Յարիշ-Գերկսհեյմերի տոքսիկ ռեակցիա.* պայմանավորված է ինֆեկցիոն հիվանդության հարուցիչների հանկարծակի, մասայական քայքայումով (լիզիսով) և մեծ քանակությամբ էնդոտոքսինի առաջացումով, որն էլ հանգեցնում է ինֆեկցիոն-տոքսիկ շոկի: Այսպիսի ռեակցիա առաջանում է մեծ դոզայով հակաբիոտիկներ օգտագործելիս, որոնք ունեն բակտերիոլիտիկ ազդեցություն (օր.՝ պենիցիլինը):

Դիսբակտերիոզը և դրա հետ կապված վիճակները: Ազդեցության լայն սպեկտր ունեցող հակաբիոտիկները կարող են ազդել ոչ միայն ինֆեկցիոն հիվանդության հարուցչի, այլև մարդու օրգանիզմի նորմալ միկրոֆլորայի վրա: Սակայն պարզվել է, որ իրականում ցանկացած հակաբիոտիկ կարող է առաջացնել դիսբակտերիոզ: Բացի այդ մարդու օրգանիզմում հակաբիոտիկների ազդեցության տակ կարող են ձևավորվել հակաբիոտիկակայուն պայմանական պաթոգեն հարուցիչներ, որոնք հետագայում երկրորդային էնդոգեն ինֆեկցիաների պատճառ են դառնում:

Դիսբակտերիոզի հետևանքով առաջացած բարդությունները բազմազան են. առավել հաճախ հանդիպում են բերանի խոռոչի, ստամոքսի, աղիների ախտահարումները: Այսպես, բերանի խոռոչի դիսբիոտիկ ախտահարման ժամանակ հիվանդի մոտ հայտնաբերվում են աֆտաներ, էռոզիաներ, խոցեր, բերանի լորձաթաղանթի փառ: Լինում են կլման ակտի խանգարումներ, բերանում այրոցի զգացում:

Ստամոքսի ախտահարումների մեծ մասի դեպքում լինում է սրտխառնոց, էպիգաստրալ շրջանում ծանրության զգացում, երբեմն՝ փսխում:

Աղիների դիսբակտերիոզի ժամանակ լինում են դրանց գործունեության խանգարումներ, որոնք արտահայտվում են որովայնի փքվածությամբ, կղանքի բնույթի խանգարումներով (փորկապություն, լուծ): Աղիքային միկրոֆլորայի խանգարումներն առաջացնում են մարսողական պրոցեսների խանգարումներ, նպաստում են ներծծման խանգարմանը, էնդոգեն ինտոքսիկացիայի, երկրորդային իմունոդեֆիցիտի առաջացմանը և մարսողական համակարգի տարբեր հատվածների բորբոքային պրոցեսների զարգացմանը:

Աղիքային դիսբակտերիոզի ժամանակ լինում են նաև ցավ և դիսկոմֆորտի զգացում որովայնում, մետեորիզմ, չձևավորված կղանք, մարմնի քաշի անկում, հիպովիտամինոզի նշաններ՝

գլխիտի, խեղիտի, ստոմատիտի, մաշկի չորությամբ, ասթենիայի և անեմիայի ձևով: Ավելի ծանր ախտահարումների դեպքում կարող են առաջանալ կոլիտ, էնտերոկոլիտ:

Դիսբիոտիկ խանգարումները միշտ ուղեկցում են հակամիկրոբային թերապիային: Հարկավոր է հիշել, որ որքան երկար է անցկացվող բուժման տևողությունը, այնքան ծանր են այս խանգարումները:

Օրգանիզմի տոքսիկոալերգիկ և իմունային ռեակցիաների առաջացում: Հիմքում ընկած են օրգանիզմի իմունոբիոլոգիական ռեակցիաները, որոնց առաջացումը կախված է մի շարք գործոններից՝ դեղամիջոցի հատկություններից (առավել հաճախ ալերգիկ ռեակցիաներ առաջանում են պենիցիլինի և ցեֆալոսպորինների խմբից), ձևավորվող պաթոլոգիական պրոցեսի բնույթից և մարդու օրգանիզմի անհատական զգայունությունից: Դեղամիջոցի ներմուծման եղանակը, որպես կանոն, էական ազդեցություն չունի ալերգիկ ռեակցիայի վրա: Հարկ է հիշել, որ գործնականում ցանկացած հակաբիոտիկ կարող է առաջացնել որևէ ալերգիկ ռեակցիա:

Առավել ծանր (բայց հազվադեպ) ալերգիկ ռեակցիաներից է համարվում անաֆիլակտիկ շոկը: Ալերգիկ ռեակցիաների շարքին են դասվում եղնջացանը, անգիոնևրոտիկ այտուցը (Կվինկեյի այտուց) և այլն: Ցանկացած ալերգիկ ռեակցիայի առաջացման դեպքում պահանջվում է անհապաղ դադարեցնել դեղամիջոցի ներմուծումը: Ալերգիկ ռեակցիաների զարգացումը բացառելու համար հարկավոր է անամնեզի հավաքման ժամանակ ճշտել հիվանդի օրգանիզմի կողմից տվյալ հակաբիոտիկի համատեղությունը:

Ալերգիկ ռեակցիաներից բացի որոշ հակաբիոտիկների ազդեցության տակ օրգանիզմում առաջանում են նաև բնական իմուն ռեակցիաների փոփոխություններ, ինչը հարկավոր է հաշվի առնել ինֆեկցիոն հիվանդությունների բուժման ժամանակ: Օր.՝ տետրացիկլինային շարքի պրեպարատներն ընդունակ են ընկճել ֆագոցիտոզը, իսկ լևոմիցետինի շարքինը՝ հակամարմինների առաջացումը:

ԻՆՖԵԿՑԻՈՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ ԱՆՀԵՏԱԶԳԵԼԻ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆԸ

Ինֆեկցիոն հիվանդությունների ծանր ձևերը հաճախ բարդանում են կրիտիկական վիճակների առաջացումով, որոնք պայմանավորված են կենսական կարևոր համակարգերի և օրգանների ֆունկցիաների սուր անբավարարություններով:

Հաճախ հանդիպող բարդություններից են՝

1. ինֆեկցիոն-տոքսիկ շոկը
2. դեհիդրատացիոն շոկը
3. անաֆիլակտիկ շոկը
4. գլխուղեղի այտուցը
5. սուր շնչառական անբավարարությունը
6. սուր լյարդային անբավարարությունը
7. սուր երիկամային անբավարարությունը
8. կոկորդի ստենոզը (նեղացում)
9. թոքի այտուցը:

Ծանր ընթացքով ինֆեկցիոն հիվանդների մոտ կարող է հանկարծակի և կտրուկ վատանալ վիճակը, որը պահանջում է անցկացվող թերապիայի բնույթի և ինտենսիվության անհապաղ

փոփոխություններ: Քանի որ հիվանդի մշտական հսկողությունն ու խնամքը իրականացնում է բուժքույրը, ուստի անգնահատելի է նրա դերը ճիշտ ժամանակին կրիտիկական պահերի ախտորոշման գործում: Հիվանդի ունեցած գանգատներից բացի՝ նրա վիճակի մասին կարելի է դատել նաև զննումից, որի ժամանակ չպետք է բաց թողնել ոչ մի երևույթ, որը կարող է վկայել նրա վիճակի ծանրացման մասին: Կրիտիկական վիճակի առաջին նշանների մասին բուժքույրը պետք է անմիջապես տեղեկացնի բուժող կամ հերթապահ բժշկին: Հսկողություն իրականացնող բուժքույրը պետք է ուշադրություն դարձնի հետևյալ վիճակների վրա՝

- հիվանդի նյարդահոգեկան վիճակին (գրգռվածություն կամ ընկճվածություն, անքնություն կամ քնկոտություն և այլն)
- մաշկի և տեսանելի լորձաթաղանթների վիճակին (գույնը, խոնավությունը, ցանի առկայությունը, արյունահոսությունը և այլն)
- սիրտ-անոթային համակարգի վիճակին (զարկերակային ճնշման մակարդակը, պուլսը, ռիթմը և այլն)
- շնչառության վիճակին (հաճախականությունը, խորությունը, ռիթմը)
- ջերմաստիճանին (բարձրությունը), դոզին ու քրտնարտադրությամբ
- մարսողական օրգանների վիճակին (ախորժակը, սրտխառնոցը, փսխումը, դեֆեկացիայի հաճախականությունը, կղանքի բնույթը, խառնուրդների առկայությունը և այլն)
- միզարտադրության համակարգի վիճակին (միզարձակման հաճախականությունը, մեզի քանակը, գույնը):

Ինֆեկցիոն-տոքսիկ շոկ (ԻՏՇ). հաճախ է հանդիպում ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ, առավել հաճախ մենինգոկոկային ինֆեկցիայի և սալմոնելոզի գեներալիզացված ձևերի, որովայնային և բժավոր տիֆերի, գրիպի, դիֆտերիայի, լեպտոսպիրոզի, տրոպիկական մալարիայի, սիբիրյան խոցի, ժանտախտի դեպքում: Պայմանավորված է մանենների մասայկան քայքայումով և մեծ քանակությամբ էնդոտոքսինի անջատումով (բակտերեմիա, տոքսիմեմիա), որոնք առաջացնում են սուր անոթային անբավարարություն: Հարուցիչների և տոքսինների ազդեցության տակ բարձրանում է անոթների թափանցելիությունը, որը հանգեցնում է շրջանառող արյան ծավալի պակասեցման, խտացման և ինտերստիցիալ (ներքջջային) այտուցի առաջացման, զարգանում է հիպօքսիա և բջիջների վնասում, խանգարվում է սիրտ-անոթային և շնչառական համակարգերի գործունեությունը, ախտահարվում՝ սրտամկանը:

ԻՏՇ-ին ուղեկցող կլինիկական նշաններից են հեմոդինամիկայի խանգարումները (պուլսի հաճախությունը, զարկերակային ճնշման մակարդակը, մաշկային ծածկույթների գույնը, ջերմաստիճանը), շնչառական ֆունկցիայի (հաճախությունը, խտությունը, ռիթմը), միզարտադրության և գիտակցության խանգարումը:

Տարբերում են շոկի 3 աստիճան՝

I աստիճան (կոմպենսացված). տևում է մի քանի ժամ: Հիվանդն անհանգիստ է, գրգռված, ջերմությունը՝ 39,5-40,5°C, մաշկը՝ չոր, շոշափելիս՝ տաք, պուլսը՝ հաճախացած, զարկերակային ճնշումը՝ մի փոքր բարձր, դիուրեզը՝ պահպանված:

II աստիճան (սուբկոմպենսացված). հիվանդը թույլ է, ընկճված, բարձր ջերմությունը մի փոքր իջնում է, մաշկը գունատ է, ծայրանդամները՝ սառն ու ցիանոտիկ: Լինում է տախիկարդիա, զարկերակային ճնշումը՝ 100-90 և 50-30մմ ս.ս., շնչառությունը հաճախացած է, դիուրեզը՝ իջած:

III *աստիճան (դեկոմպենսացված)*. բնորոշվում է հիվանդի գիտակցության մթագնումով (մինչև կոմա): Մաշկը սառն է, խոնավ, բնորոշ «մարմարյա նկարով», տարածված ցիանոզ: Պուլսը հաճախացած է, թելանման, զ/ճ-ը՝ 50-40 և 20-0 մմ ս.ս.: Շնչառությունը մակերեսային է, հեռավորության վրա լսվում են խոնավ խզզոցներ, ինչը վկայում է թոքերի այտուցի մասին: Դիուրեզը համարյա բացակայում է, երբեմն առաջանում է ակամա դիարեա: Որոշ հիվանդների մոտ առաջանում է ծոծրակի մկանների կարկամություն:

ԻՏՇ-ի դեպքում առաջին օգնության նպատակով հիվանդին պառկեցնում են՝ ոտքերը բարձր (45⁰ անկյան տակ), արձակում բոլոր սեղմող հագուստները, ապահովում մաքուր օդի մուտքը, տալիս խոնավ թթվածին, իսկ հիպերպիռեքսիայի ժամանակ՝ դնում սառցե պարկեր: Այնուհետև հիվանդին տեղափոխում են ռեանիմացիոն բաժանմունք:

Հակաշոկային թերապիան պետք է ուղղված լինի արյան շրջանառության վերականգնման գործին, հարկավոր է ներարկել կոլոիդ լուծույթներ (ռեոպոլիգլյուկին, շիճուկային ալբումին), օրգանիզմից տոքսիկ նյութերը հեռացնելու համար՝ կրիստալոիդ լուծույթներ, դիարետիկներ:

Բոլոր դեղամիջոցները պետք է ներմուծվեն ներերակային ներարկումով՝ պահպանելով ասեպտիկայի և անտիսեպտիկայի կանոնները:

Դեհիդրատացիոն շոկ (ԴՇ): Սուր աղիքային ինֆեկցիաների դեպքում առաջանում են օրգանիզմի ծանր ջրազրկում (առատ դիարեայի և փսխման հետևանքով) և դեհիդրատացիոն շոկ: ԴՇ-ն առավել հաճախ հանդիպում է խոլերայի, սալմոնելոզի գաստրոինտեստինալ ձևի, էշերիխիոզի (էնտերոտոքսիգեն աղիքային ցուպիկից առաջացած), սննդային տոքսիկաինֆեկցիաների ժամանակ:

ԴՇ-ի պաթոգենեզի հիմքում ընկած է սեկրետոր տիպի դիարեան, որը պայմանավորված է բարակ աղիներից ջրի և էլեկտրոլիտների առատ արտահոսքով (էնտերոտոքսինի ազդեցության տակ): Ախտահարված էնտերոցիտները աղու լուսանցք են արտազատում պոլիիոնային լուծույթ, որն իր կազմությամբ նման է հյուսվածքային հեղուկի բաղադրությանը (5գ նատրիումի քլորիդ, 4գ նատրիումի հիդրոկարբոնատ, 1գ կալիումի քլորիդ 1լ ջրում): Հեղուկի կորուստը մարմնի քաշի 9%-ում և ավելի ուղեկցվում է հյուսվածքներում, բջիջներում և արյան հոունում հեղուկի քանակի պակասումով, որի հետևանքով բարձրանում է արյան մածուցիկությունը: Այն հանգեցնում է միկրոցիրկուլյացիայի խանգարման, հյուսվածքային հիպօքսիայի և բջիջներում նեկրոտիկ փոփոխության:

ԴՇ-ին բնորոշ են հեմոդինամիկ խանգարումների զարգացումը, դիարեան (20 և ավել անգամ օրվա ընթացքում), կրկնակի փսխումը: Հիվանդի մարմնի ջերմաստիճանն իջնում է, նկատվում է համատարած ցիանոզ, մաշկի տուրգորի իջեցում, աչքի և բերանի լորձաթաղանթների չորություն, ձայնի խռպոտություն, նույնիսկ՝ աֆոնիա: Պուլսը թույլ լեցունությամբ է, զարկերակային ճնշումը՝ 50-40 և 20-0 մմ ս.ս.: Սրտի տոները խլացած են, նկատվում են մարմնի և վերջույթների մկանների տոնիկ կծկումներ (ջրաաղային փոխանակության խանգարման հետևանքով): Դիուրեզն իջած կամ բացակայում է: Երբեմն աղիների պարեզի հետևանքով դիարեան կարող է ընդհատվել: Արյան լաբորատոր հետազոտության ժամանակ հայտնաբերում են արյան կազմի խտացում, կալիումի և նատրիումի քանակի պակասում, ացիդոզ, ազոտի քանակի բարձրացում:

ԴՇ-ի զարգացման դեպքում հիվանդին շտապ տեղափոխում են ռեանիմացիոն բաժանմունք: Հարկավոր է ներերակային ճանապարհով ներարկել պոլիիոն լուծույթներ (տրիսոլ,

ացեսուլ, լակտասուլ)՝ նախօրոք տաքացնելով 37-38°C: Սկզբնական շրջանում (առաջին 2 ժամում) հիվանդին շիթային եղանակով, հետո՝ կաթիլային, ներմուծում են քաշի 10%-ի չափով լուծույթներ: Ներարկումները պետք է կոմպենսացնեն կորցրած հեղուկի քանակը: Փսխումը դադարելուց հետո պետք է շարունակել գլյուկոզաաղային լուծույթների օրալ ընդունումը:

Ուղեղի այտուցը առաջանում է այն ինֆեկցիոն հիվանդությունների դեպքում, երբ ախտահարվում է կենտրոնական նյարդային համակարգը (մենինգիտ, մենինգոէնցեֆալիտ և այլն), ինչպես նաև այն ինֆեկցիաների դեպքում, երբ առաջանում են տոքսիկոսիս և հիպօքսիա (օր.՝ գրիպ, բժավոր և որովայնային տիֆեր, սալմոնելոզ, սիբիրյան խոց, ժանտախտ և այլն):

Ուղեղի այտուցի առաջին կլինիկական նշաններից են ուժեղ գլխացավը, սրտխառնոցը, փսխումը, կլոնիկ և տոնիկ ցնցումները, գիտակցության խանգարումը: Ջննման ժամանակ հայտնաբերում են ծոծրակի մկանների կարկամություն, ռեֆլեքսների թուլացում, բերրի նեղացում, պուլսի դանդաղում, զարկերակային ճնշման իջեցում, խորը և առիթմիկ շնչառություն, ցիանոզ: Հարկավոր է հիվանդին շտապ տեղափոխել ռեանիմացիոն բաժանմունք, որտեղ անց է կացվում կոմպլեքսային բուժում. դեհիդրատացիա (ինֆուզիոն թերապիա), ցնցումային համախտանիշի վերացում (բարբիտուրատներ):

Առաջին անհետաձգելի օգնության ժամանակ հիվանդին պառկեցնում են մեջքի վրա՝ գլուխը թեքած (փսխման զանգվածի ասպիրացիայից խուսափելու նպատակով), սառույցի պարկեր դնում, տալիս թթվածին, ներերակային ներարկում միզամուղներ, կորտիկոստերոիդներ, կոլոիդ լուծույթներ (բժշկի նշանակումով): Շնչառական անբավարարության դեպքում նշանակում են արհեստական շնչառություն: Բուժքույրը պետք է մշտապես գտնվի հիվանդի կողքին: Հարկավոր է ուշադրություն դարձնել մաշկին, որպեսզի պառկելախոցեր չառաջանան: Քանի որ հիվանդը ինքնուրույն չի կարողանում սնվել, ապա բուժքույրը պետք է օգնի նրան: Անգիտակից հիվանդներին կերակրում են զոնդով:

Սուր շնչառական անբավարարություն (ՍՇԱ): Առաջանում է որպես մի շարք ինֆեկցիոն հիվանդությունների (գրիպ, դիֆթերիա, բուտուլիզմ, կատաղություն) բարդություն:

Տարբերում են ՍՇԱ-ի հետևյալ տեսակները՝

1. *վենտիլյացիոն (օդափոխիչ).* առաջանում է շնչուղիների անանցանելիության հետևանքով (օր.՝ կոկորդի նեղացում, դիֆթերիտիկ կրուպ, սուր բրոնխոսպազմ, փսխման զանգվածով ասպիրացիա)։

2. *ռեստրիկտիվ.* առաջանում է թոքերում ալվեոլային-մազանոթային ցանցի գազափոխանակության խանգարման հետևանքով (օր.՝ թոքաբորբ, թոքի այտուց, սեպսիս)։

3. *խառը:*

ՍՇԱ-ն բաժանում են 3շրջանի՝

I *շրջան (կոմպենսացված, չափավոր).* հիվանդն անհանգիստ է, գանգատվում է օդի պակասի զգացումից: Շնչառությունը հաճախացած է (տախիպնոե)՝ 25-30 շունչ 1 րոպեում, մաշկը՝ գունատ, խոնավ: Լինում է տախիկարդիա, զարկերակային ճնշման չափավոր բարձրացում:

II *շրջան (սուրկոմպենսացված).* ուղեկցվում է հիվանդի գիտակցության խանգարումով, զառանցանքով, գրգռվածությամբ: Շնչառության հաճախականությունը 1 րոպեում 40 հատ է, շնչառությանը մասնակցում են օժանդակ մկանները: Մաշկը խոնավ է, սառը, նկատվում է համատարած ցիանոզ: Լինում են տախիկարդիա (120-140 զարկ 1րոպեում) և զարկերակային հիպերտենզիա:

III շրջան (դեկոմպենսացման, սահմանային). առաջանում են կոմա, տոնիկ և կլոնիկ ցնցումներ, բերելը լայնացած են, մաշկը՝ ցիանոտիկ, մոխրագույն: Շնչառությունը հաճախացած է, մակերեսային, այնուհետև փոխարինվում է բրադիպնոեով (մախորդում է սրտի կանգին), զարկերակային ճնշումն ընկած է, պուլսը՝ դժվար շոշափելի: Կոկորդի սուր ստենոզի հետևանքով ձայնը խռպոտվում է, առաջանում է «հաչոցանման» հազ, շնչառությունն աղմկոտ է՝ երկարացած արտաշնչումով: Այն վերածվում է ասֆիքսիայի:

ՄՇԱ-ի նախնական նշաններից են ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության ժամանակ հաճախացած և մակերեսային շնչառությունն ու հևոցը: Հետագայում հևոց առաջանում է հանգիստ ժամանակ: Նկատվում է ցիանոզ, տախիկարդիա, հիվանդին անհանգստացնում է կրծքավանդակի սեղմվածության զգացումը:

Առաջին օգնությունն ցույց տալիս հարկավոր է հիվանդին ազատել սեղմող հագուստից, պառկեցնել կողքի վրա (ցանկալի է՝ աջ)՝ գլուխը հետ ընկած դիրքում (լեզվի հետանկումից խուսափելու համար), բերանի խոռոչ մտցնել օդամղիչ, շտապ տեղափոխել ռեանիմացիոն բաժանմունք: Շնչառական անբավարարության դեպքում կատարում են արհեստական շնչառություն (տրախեոստոմիա կամ ինտուբացիա): Բուժքույրը պետք է տանի համապատասխան խնամք:

Թոքերի այտուց: Այս դեպքում հիվանդին պետք է կիսանստած դիրք ընդունել տալ, արագորեն հեռացնել շնչուղիներում կուտակված հեղուկը: Շնչուղիներում այտուցային հեղուկի փրփրումը վերացնելու նպատակով հիվանդին ինհալյացիայի համար տալիս են 96%-ոց սպիրտային զուրոշիներով թթվածին (8-12լ րոպեում արագությամբ): Արյան փոքր շրջանառության վրա եղած ծանրաբեռնվածությունը թեթևացնելու նպատակով ազդրերի վրա դնում են լարաններ, բայց այնպես, որ ստորին վերջույթների վրա պուլսը որոշվի: Լարանները չի կարելի միանգամից հանել՝ արյան փոքր շրջանառության ծանրաբեռնվածություն չառաջացնելու համար: Բացի այդ, ներերակային հարկավոր է ներարկել միզամուղներ, սրտային գլիկոզիդներ (բժշկի նշանակումով):

Սուր լյարդային անբավարարություն (ՍԼԱ): Ինֆեկցիոն հիվանդությունների կլինիկայում այն հանդիպում է սուր կամ ակտիվ ընթացող խրոնիկական վիրուսային հեպատիտների ժամանակ (B, D և խառն էթիոլոգիայի): Լեպտոսպիրոզի, տրոպիկական մալարիայի ժամանակ այն հաճախ զուգակցվում է երիկամային անբավարարության հետ:

ՍԼԱ-ի պաթոգենեզի հիմք են հանդիսանում լյարդի բջիջների (հեպատոցիտ) համատարած դիստրոֆիան և նեկրոզը: Դրա հետևանքով արյան մեջ կուտակվում են տոքսիկ նյութեր, խանգարվում է արյան մակարդելիությունը: ՍԼԱ-ին բնորոշ կլինիկական արտահայտումներից են լյարդային (տոքսիկ) էնցեֆալոպաթիան և համատարած հեմոռագիկ համախտանիշը:

Լյարդային էնցեֆալոպաթիայի զարգացումը բաժանվում է 4 շրջանի՝

1. նախակոմայի I շրջան (նախանշաններ)
2. նախակոմայի II շրջան (սոպոր)
3. կոմայի I շրջան (ոչ խորը կոմա, ստուպոր)
4. կոմայի II շրջան (խորը կոմա):

Նախակոմայի I շրջանին բնորոշ են թուլությունը, հոգեկան անկայունությունը, քնի խանգարումները, գլխապտույտը, զգվանքն ուտելիքի հանդեպ, փսխումը, նուրբ շարժումների կոորդինացիայի խանգարումները (օր.՝ փոխվում է ձեռագիրը), ձեռքերի դողը (տրեմոր): Լինում է

մաշկի և տեսանելի լորձաթաղանթների տարբեր ինտենսիվության դեղնություն: Լյարդը մեծացած է: Ներարկունների տեղում կարող է լինել հեմոռագիաներ համախտանիշներ:

Նախակումայի II շրջանում հիվանդի գիտացությունը մթազնած է. չի կողմնորոշվում ժամանակի և տարածության մեջ, ռեֆլեքսները թուլացած են, բերրը՝ նեղացած, վերջույթների «լայնաթափ» տրեմորով, իրար հաջորդող քնկոտությամբ և փսիխոմոտոր գրգռվածությամբ: Ջարգացող դեղնուկի ֆոնի վրա նկատվում է լյարդի չափերի կրճատում, շոշափումը ցավոտ է: Հեմոռագիկ համախտանիշն արտահայտվում է ներարկման տեղում հեմոռագիայով, պետեխիալ ցանով, քթային և լնդերի արյունահոսությամբ: Բնորոշ է «լյարդային հոտը»:

Կոմայի I շրջանում հիվանդի գիտակցությունը բացակայում է (հիվանդը չի մտնում կոնտակտի մեջ, բայց արձագանքում է ուժեղ դրդիչներին): Բերրը լայնացած են, նկատվում են ակնագնդերի «լողացող» շարժումներ: Խանգարված է միզարձակությունը և դեֆեկացիան: Աճող դեղնուկի ֆոնի վրա նկատվում է լյարդի չափերի փոքրացում, լինում են արտահայտված հեմոռագիկ համախտանիշ մաշկի և լորձաթաղանթների վրա, ստամոքսաղիքային արյունահոսություն, «լյարդային հոտ»:

Կոմայի II շրջանին բնորոշ են գիտակցության և ռեֆլեքսների լիակատար բացակայությունը, համատարած հեմոռագիկ համախտանիշը:

Լաբորատոր հետազոտության ամենաբնորոշ ցուցանիշը արյան մակարդեղիության իջեցումն է, քանի որ իջած է պրոթրոմբինային ինդեքսը:

Բուժքույրը պետք է հնարավորինս վաղ հայտնաբերի հիվանդի հոգեկան վիճակի խանգարումները, հեմոռագիկ արտահայտությունները, դեղնությունը: Հարկավոր է սահմանափակել հիվանդի շարժումները, տեղեկացնել բժշկին, որոշել արյան մակարդեղիությունը: Բուժման ընթացքում անց են կացնում դեզինտոքսիկացիոն թերապիա, օգտագործում են լայն սպեկտորի հակաբիոտիկներ, արյան մակարդեղիությունը բարձրացնող պրեպարատներ:

Կոկորդի ստենոզ: Կարող է հանդիպել դիֆթերիայի, սուր ռեսպիրատոր-վիրուսային ինֆեկցիաների ժամանակ: Կոնսերվատիվ բուժման արդյունավետության բացակայության դեպքում հարկավոր է կատարել տրախեոստոմիա կամ մազոտրախեալ ինտուբացիա: Տրախեոստոմիայից հետո բուժքույրը պետք է խստորեն հետևի հիվանդի շնչառությանը, քանի որ տրախեոստոմիկ խողովակը կարող է խցանվել խորխով: Տրախեոստոմիկ խողովակը պարբերաբար մաքրում են, խողովակի մեջ կաթեցնում են 2%-ոց մատրիումի հիդրակարբոնատի լուծույթ, խիմոտրիպսին՝ խորխի դուրսբերումը հեշտացնելու նպատակով (որը ջրիկացնում է խորխը): Բացի այդ հարկավոր է անցկացնել հիվանդի խնամք:

Սուր երիկամային անբավարարություն (ՍԵԱ): Որպես բարդություն կարող է առաջանալ մի շարք ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ (սալմոնելոզ, տրոպիկական մալարիա, սեպսիս, լեպտոսպիրոզ, վիրուսային հեպատիտներ):

ՍԵԱ-ի զարգացման մեխանիզմը կախված է ինֆեկցիայի բնույթից, ըստ որի տարբերում են՝

1. *ռենալ*, երբ ՍԵԱ-ն առաջանում է երիկամային հյուսվածքի վրա հարուցչի և տոքսինի անմիջական ազդեցությունից,

2. *պրեռենալ*, երբ շոկի հետևանքով ՍԵԱ-ն զարգանում է երիկամների հիպօքսիայից և հիպովոլեմիայից:

ՍԵԱ-ն բաժանվում է հետևյալ փուլերի՝

ա) **Սկզբնական փուլ**- իջնում է դիուրեզը ինֆեկցիոն հիվանդության հիմնական նշանների ֆոնի վրա,

բ) **Օլիգոանուրիայի փուլ**- լինում է դիուրեզի լրիվ բացակայում, գոտկատեղի ցավեր, գլխացավ, փսխում, զարկերակային ճնշման բարձրացում: Արյան մեջ բարձրանում է ազոտի քանակը, զարգանում է էնցեֆալոպաթիա, ուրեմիկ կոմա, տոքսիկ էնտերոկոլիտ, ստոմատիտ, պերիկարդիտ, պոլիսեռուլիտ: Կալիումի պահումը օրգանիզմում ուղեկցվում է մկանային թուլությամբ, առաջանում է սրտամկանի կծկումների ռիթմի խանգարում, աղիների պարեզ, թթվա-հիմնային հավասարակշռության փոփոխություն դեպի ացիդոզ, որն էլ առաջացնում է շնչառության հաճախացում և խորացում (Կուսմաուլյան): Ջարգանում է ուղեղի և թոքերի այտուց, սրտային անբավարարություն, առաջանում է անեմիա,

գ) **Պոլիուրիայի փուլ**- վերականգնվում է դիուրեզը: Սա բնութագրվում է մեզի քանակի ավելացումով (մինչև մի քանի լիտր), գերակշռում է գիշերային մեզի քանակը (նիկտուրիա): Այս փուլում ինտոքսիկացիայի երևույթները պակասում են, սակայն կարող են զարգանալ դեհիդրատացիայի և ջրա-աղային փոխանակության խանգարման ախտանիշներ,

դ) **Ապաքինման փուլ**- աստիճանաբար վերականգնվում են երիկամների և մյուս օրգանների ֆունկցիաները:

ՍԵԱ-ի առաջացման դեպքում հիվանդը պետք է բուժում ստանա ռեանիմացիոն բաժանմունքում: Հիվանդի մոտ այսպիսի բարդությունների վաղ հայտնաբերման համար պետք է հսկողություն սահմանել դիուրեզի նկատմամբ:

Անաֆիլակտիկ շոկ: Ամենածանր բարդություններից է, որն առաջանում է մարդու օրգանիզմում՝ ի պատասխան ներմուծված օտար սպիտակուցային պրեպարատի (շիճուկ, գամա-գլոբուլին, վակցինա) և այլ ֆարմակոլոգիական պրեպարատների (հակաբիոտիկներ, սուլֆանիլամիդներ) ներարկումից: Այն զարգանում է սենսիբիլիզացված օրգանիզմում ալերգենի կրկնակի ներմուծումից:

Անաֆիլակտիկ շոկը կարող է առաջանալ ալերգենի անմիջապես ներմուծման ժամանակ կամ էլ ներարկումից մեկ ժամ հետո: Հիվանդի վիճակը հանկարծակի վատանում է. ունենում է անհանգստություն և վախի զգացում, գլխացավ, գլխապտույտ, ականջներում աղմուկ, սառը քրտինք: Նրա մոտ առաջանում են քոր, դեմքի և վերջույթների մաշկի ծակծկոց, հևոց, շնչափեղծություն, լեզվի կարկամություն, տախիկարդիա, ցիանոզ, զարկերակային ճնշման իջեցում: Հիվանդի մոտ կարող է լինել նաև սրտխառնոց, փսխում, դեմքի և ընկալների այտուց, եղնջացան ողջ մարմնին: Եթե հիվանդին անմիջապես օգնություն ցույց չտան, ապա առաջ կգա մահ:

Անհետաձգելի օգնությունը պետք է ցուցաբերել անմիջապես: Բուժքույրը պետք է լինի հիվանդի կողքին և շտապ տեղեկացնի բժշկին: Այնուհետև նա պետք է՝

- 1) անմիջապես ընդհատի դեղամիջոցի ներմուծումը և հանի ասեղը,
- 2) հիվանդին պառկեցնի հորիզոնական դիրքով (ոտքերը բարձր), եթե հնարավոր է ներարկման տեղից վեր ժգուտ դնի մինչև 20-25 րոպե,
- 3) ներարկման տեղում դնի սառցե պարկ,
- 4) ներարկի հակահիստամինային պրեպարատներ (դիմեդրոլ, սուպրաստին),
- 5) հիվանդին տա թթվածին քթային կատետրի միջոցով,

6) հիվանդի գլուխը պահի կողքի՝ ասֆիքսիայից և լեզվի հետանկունից խուսափելու նպատակով,

7) եթե հիվանդը պրեպարատն ընդունել է պերորալ, ապա պետք է շտապ կատարի ստամոքսի լվացում:

Բժշկական օգնության ժամանակ հիվանդին նշանակում են ներերակային ճանապարհով ադրենալին, կորտիկոստերոիդ պրեպարատներ, կոլոիդ լուծույթներ, հակահիստամինային պրեպարատներ:

Հիվանդը պետք է 3-10 օրվա ընթացքում գտնվի հսկողության տակ, քանի որ կարող են առաջանալ բարդություններ (տոքսիկ էնցեֆալոպաթիա, սուր սիրտ-անոթային անբավարարություն, սուր երիկամային և լյարդային անբավարարություն):

ԻՄՈՒՆՈՊՐՈՖԻԼԱԿՏԻԿԱ

Իմունոպրոֆիլակտիկան ուղղված է որոշակի պաթոգեն միկրոբի նկատմամբ արհեստական ակտիվ (վակցինայի օգնությամբ) կամ պասիվ (շիճուկի և իմունոգլոբուլինի օգնությամբ) իմունիտետ ստեղծելուն:

I. Ակտիվ իմունիզացիա: Այն իրականացվում է վակցինայի միջոցով, որը պարունակում է կենդանի կամ սպանված միկրոօրգանիզմներ, դրանց տոքսիններ և անտիգեններ, որոնք ստացվել են հարուցիչների կուլտուրայից՝ քիմիական մշակման եղանակով կամ էլ գենային ինժեներիայով:

Կենդանի վակցինան ստանում են թուլացած կամ վիրուլենտությունը կորցրած մանրէների շտամներից: Դրանց պատրաստման ժամանակ ֆիզիկական, քիմիական և կենսաբանական գործոններով մանրէի վրա ազդում են այնպիսի ուժով, որը նրան չի սպանում, բայց դարձնում է ավիրուլենտ: Կենդանի վակցինաները կիրառվում են կարմրուկի, կարմրախտի, պոլիոմիելիտի, էպիդեմիկ պարոտիտի, տուբերկուլոզի, ժանտախտի, բրուցելոզի, տուլարեմիայի, սիբիրյան խոցի, գրիպի և այլ ինֆեկցիաների նկատմամբ:

Քանի որ վակցինայի բաղադրության մեջ գտնվող կենդանի մանրէները չունեն պաթոգենություն, ուստի դրանք մարդու օրգանիզմ թափանցելիս հիվանդություն չեն առաջացնում: Սակայն մանրէների անտիգենային բաղադրամասերը շրջանառում են օրգանիզմում երկար ժամանակ, ապահովում լարված իմունիտետի ձևավորումը, որն էլ բացառում է վակցինայի կրկնակի ներարկման անհրաժեշտությունը: Կենդանի վակցինայի առավելությունը նրանում է, որ այն կիրառվում է ավելի հարմար և մատչելի եղանակներով (մասնավորապես մաշկի քերծվածքով, պերորալ, ինտրանազալ), որը հարմար է մասսայական վակցինացիա անցկացնելիս:

Սպանված (ինակտիվացված) վակցինան կարող է պարունակել միկրոբային մարմնիկներ (կորպուսկուլյար վակցինա) կամ դրանց անտիգենային բաղադրամասեր (մոլեկուլյար վակցինա), որոնք լիարժեքորեն պահպանել են իրենց անտիգենային հատկությունները, սակայն կորցրել վիրուլենտությունը այս կամ այն եղանակով (ֆիզիկական, քիմիական): Սպանված վակցինաներն ավելի կայուն են երկարաժամկետ պահպանելու տեսանկյունից, սակայն արդյունավետության առումով զիջում են կենդանի վակցինաներին: Հետևաբար վակցինացիան կատարվում է կրկնակի: Սպանված վակցինաներն օգտագործում են որովայնային տիֆի, կապույտ հազի, Ա և Բ պարատիֆերի, բժավոր տիֆի, լեպտոսպիրոզի դեմ պատվաստում կատարելու ժամանակ:

Մոլեկուլյար (քիմիական) վակցինաներն իրենցից ներկայացնում են քիմիական եղանակով ստացված մանրէների անտիգենային բաղադրամասեր, որոնք ունեն ավելի լավ արտահայտված իմունոլոգիական հատկություններ: Առավել իմունոգենությամբ օժտված են միկրոբային բջջաթաղանթների անտիգենային պրեպարատները՝ Vi-անտիգենը, որովայնատիֆի, պարատիֆերի, տուլարեմիայի, ժանտախտի դեմ պատվաստումներ կատարելու ժամանակ:

Լայնորեն կիրառվում են գենային ինժեներիայի ճանապարհով սինթեզված վակցինաները գրիպի, վիրուսային հեպատիտներ A և B-ի, խոլերայի, մալարիայի, մենինգոկոկային ինֆեկցիաների դեմ:

Անատոքսինները (ինակտիվացված բակտերիալ էկզոտոքսին) իրենցից ներկայացնում են քիմիական ճանապարհով վարակազերծված բակտերիալ տոքսիններ, որոնք պահպանել են իրենց անտիգենային հատկությունները: Անատոքսինը մարդու օրգանիզմ ներմուծելիս ձևավորվում է հակատոքսիկ իմունիտետ: Սրանք օգտագործվում են այն հիվանդությունների պրոֆիլակտիկայի ժամանակ, որոնց զարգացման համար մեծ դեր են խաղում բակտերիալ թույները (օր.՝ փայտացում, բոտուլիզմ, ստաֆիլոկոկային ինֆեկցիաներ, դիֆթերիա):

Վակցինաները կարող են լինել մեկ հիվանդության դեմ՝ մոնովակցինաներ (օր.՝ կարմրուկ, խոլերա) կամ մի քանի հիվանդությունների դեմ՝ դի-, տրի-, պոլիվակցինաներ (օր.՝ ԱԿԴՓ, տիֆոզ-պարատիֆոզ-փայտացման և այլն): Կենդանի վակցինաների կիրառումը նպաստում է ավելի կայուն և երկարատև իմունիտետի ձևավորմանը (մինչև 5-8 տարի), իսկ սպանված վակցինաներինը՝ մինչև 1 տարի, որից հետո հարկավոր է ռեվակցինացիա:

Վակցինաները թողարկվում են չոր, լիոֆիլիզացված (սառեցրած և չորացրած) և հեղուկ ձևերով: Չոր վակցինաներն ավելի կայուն են հեղուկներից և ունեն պահպանման երկար ժամկետ: Հեղուկ վակցինաները պահում են 4-8°C-ի պայմաններում: Ջերմաստիճանային ռեժիմի խախտման դեպքում վակցինան ինակտիվանում է:

Վակցինացիա կատարելու կարգը

Վակցինացիան կատարվում է պլանային կարգով և էպիդեմիկ ցուցումների համաձայն:

Պրոֆիլակտիկ պատվաստումներ կատարելիս հարկավոր է խստորեն պահպանել ասեպտիկայի բոլոր կանոնները: Պատվաստումները պետք է կատարվեն պատվաստումների համար հատկացված հատուկ կաբինետում: Կիրառվում են միանգամյա օգտագործման ներարկիչներ և ասեղներ: Հարկավոր է հիշել, որ կենդանի վակցինաների կիրառման ժամանակ սրվակի պարունակությունը չպետք է շփվի դեզինֆեկցող նյութերի հետ, իսկ վերմաշկային վակցինացիայի դեպքում չի կարելի մաշկը մշակել յոդի կամ այլ դեզինֆեկցող նյութերով, որոնք երկար են պահպանվում մաշկի վրա և կարող են ինակտիվացնել վակցինան: Թույլ է տրվում մաշկը մշակել միայն արագ ցնդող հեղուկներով, ինչպիսիք են 70%-ոց էթիլ սպիրտը կամ էլ եթերը:

Մինչև վակցինացիան բոլոր պացիենտները պետք է պարտադիր անցնեն բժշկական քննություն. կատարվում է ջերմաչափում որևէ սուր ինֆեկցիայի կամ ուղեկցող պաթոլոգիայի առկայությունը բացառելու նպատակով: Պացիենտի մոտ սուր ինֆեկցիոն պրոցեսի հայտնաբերումը հակացուցում է հանդիսանում վակցինացիայի համար: Այսպիսի դեպքերում վակցինացիան իրականացվում է առողջանալուց հետո 1-3 ամիս անց:

Վակցինացիայի մշտական հակացուցումներն են՝

- տուբերկուլոզի ակտիվ ձևերը

- առաջնային իմունոդեֆիցիտը
- իմունոսուպրեսիան
- չարորակ նորագոյացությունը
- սրտի դեկոմպենսացված վիճակները
- երիկամի հիվանդությունները
- լյարդի հիվանդությունները
- ԿՆՀ-ի հիվանդությունները:

Վակցինացիայի ժամանակավոր հակացուցումներն են՝

- սուր ինֆեկցիոն հիվանդությունները
- ռեսպիրատոր հիվանդությունները
- ոչ ինֆեկցիոն հիվանդությունները
- հղիությունը:

ԲՅԺ-ի համար հակացուցում են նաև մինչև 2000գ քաշ ունեցող երեխան, նախորդ պատվաստումից հետո մնացած կելոիդ սպիի առկայությունը:

ԱԿԴՓ-ի համար հակացուցում են ԿՆՀ-ի հիվանդությունները, անամնեզում աֆերիլ ցնցումների նոպայի առկայությունը: Այս դեպքում ԱԿԴՓ-ները փոխարինում են ԱԴՓ-ին:

Կենդանի *կարմրուկային* և *խոզուկային* վակցինաների համար հակացուցում են հանդիսանում ձվի սպիտակուցի և ամինոգլիկոզիդների հանդեպ առաջացած անաֆիլակտիկ ռեակցիաների առկայությունը:

ՄԻՎՎ-ով վարակված երեխաներին չի թույլատրվում պատվաստել կենդանի վակցինաներով, բացառությամբ պոլիոմիելիտի, կարմրուկի, տուբերկուլոզի դեմ վակցինաների: Նրանց ցուցված է վակցինացիա դիֆթերիայի, փայտացման և կապույտ հազի դեմ:

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը 1987թ. առաջարկել է երեխաների պատվաստումների օրացույց: Սկսած 1994թ.-ից մեր հանրապետությունում կանխարգելիչ պատվաստումները կատարվում են իմունոկանխարգելման հանրապետական ծրագրի օրացույցներով, որոնք բերվում են ստորև.

Պրոֆիլակտիկ պատվաստումների օրացույց

<i>Վակցինացիա անցկացնելու ժամկետը (տարիքը)</i>	<i>Վակցինայի անվանումը</i>
4-7 օրական	ԲՅԺ կամ ԲՅԺ-Մ
3 ամսական	ԱԿԴՓ-1, ՕՊՎ-1 (օրալ պոլիոմիելիտի վակցինա)
4 ամսական	ԱԿԴՓ-2, ՕՊՎ-2
5 ամսական	ԱԿԴՓ-3, ՕՊՎ-3
12-15 ամսական	Կարմրուկի, խոզուկի, կարմրախտի դեմ (մոնովակցինա կամ տրիվակցինա)
18 ամսական	ԱԿԴՓ-4 (դիֆթերիայի, կապույտ հազի, փայտացման դեմ), ՕՊՎ-4
24 ամսական	ՕՊՎ-5
6 տարեկան	ԱԴՓ-5 (դիֆթերիայի, փայտացման դեմ), ՕՊՎ-6 (կարմրուկի, խոզուկի, կարմրախտի դեմ)
7 տարեկան	ԲՅԺ (ռեվակցինացիա)
11 տարեկան	ԱԴ-Մ
14 տարեկան	ԲՅԺ (7 տարեկանում ռեվակցինացիա)

	չստանալու դեպքում)
16-17 տարեկան	ԱԴՓ-Մ
Մեծահասակները յուրաքանչյուր 10 տարին մեկ՝ միանվագ	ԱԴՓ-Մ (ԱԴ-Մ)

Հեպատիտ B-ի պատվաստման օրացույց

Վակցինացիա	Վակցինայի ժամկետը	
	I աղյուսակ (բարձր ռիսկի)	II աղյուսակ (ցածր ռիսկի)
Առաջին	Նորածինները առաջին 24 կյանքի ժամվա ընթացքում (ԲՑԺ-ից առաջ)	4-5 ամսական
Երկրորդ	Կյանքի 1-ին ամիսը	5-6 ամսական
Երրորդ	5-6 ամսական	12-13 ամսական

Պոստվակցինացիոն իմունիտետը տևում է 7 տարի:

Վակցինայի պարենտերալ ներմուծման ժամանակ կարող են առաջանալ տեղային և ընդհանուր պոստվակցինալ ռեակցիաներ:

Տեղային պրոցեսներից են լոկալ բորբոքումները (կարմրություն, ցավ, ինֆիլտրատ, ներարկման տեղում այտուց, ռեզիոնալ ավշահանգույցների բորբոքում):

Ընդհանուր ռեակցիաներն արտահայտվում են տոքսիկոալերգիկ ախտանիշներով՝ ջերմություն, տկարություն, գլխացավ, մկանացավ, հոդացավ, դիսպեպսիկ երևույթներ, ալերգիկ ցան, անաֆիլակտիկ շոկ:

Պոստվակցինալ ուժեղ ռեակցիան (հիպերպիռեքսիա՝ 40°C և ավել, տեղային հիպերեմիա և այտուց՝ 8 սմ և ավել տրամագծով, անաֆիլակտիկ շոկի զարգացում և այլն) հակացուցվում է հանդիսանում տվյալ վակցինայի կրկնակի ներմուծման համար:

Գոյություն ունեն վակցինայի ներմուծման մի քանի եղանակներ՝

1) պերօրալ եղանակ. վակցինան լինում է հեղուկի, հաբի կամ կոնֆետ-դրաժեի տեսքով (տուբերկուլոզի և պոլիոմիելիտի դեմ),

2) վերմաշկային եղանակ. մաշկի վրա կատարվում է կտրվածք (քերծվածք) և վրան պիպետով կաթեցվում են որոշակի քանակությամբ վակցինայի կաթիլներ: Սովորաբար քերծվածքը կատարվում է բազկի դրսային կամ նախաբազկի ափային մակերեսների վրա: Նախօրոք մաշկը դեզինֆեկցվում են սպիրտով և ճարպագրկում եթերով: Վակցինան ներծծվում է 5-10 րոպեից,

3) ներմաշկային եղանակ. վակցինան ներմուծվում են սովորաբար նախաբազկի ափային մակերեսի միջին մեկ երրորդական մասում: Ասեղը պահում են մաշկի մակերեսին զուգահեռ: ճիշտ ներարկելուց հետո գոյանում է սպիտակավուն, կարծր բշտիկ՝ «կիտրոնի կեղևի» տեսքով, որը ներծծվում է 10-15 րոպեից,

4) ենթամաշկային եղանակ. վակցինայի ներմուծումը կատարվում է փուխր ենթամաշկային բջջանք, քիչ արյունատար անոթներ և նյարդային վերջույթներ պարունակող

հատվածներում (օր.՝ ձախ թիակի ստորին անկյան մոտ, ազդրի առաջնակողմնային մակերեսին, որովայնի կողմնային պատերին, բազուկի դրսային մակերեսին),

5) միջմկանային եղանակ. վակցինան ներմուծում են հետույքի վերին դրսային քառակուսու շրջանում կամ էլ ազդրի առաջնադրսային մակերեսին,

6) աէրոզոլային եղանակ. վակցինացիան կատարվում է առանց ասեղի, հեղուկի բարակ շիթի օգնությամբ (բարձր ճնշման տակ գտնվող), որը թափանցում է էպիդերմիս: Օգտվում են հատուկ սարքից: Հաճախ են կիրառում մասայական վակցինացիաների ժամանակ (1 ժամում 1500 մարդ),

7) ինհալյացիոն եղանակ. կիրառվում են չոր և հեղուկ աէրոզոլային վակցինաներ, օգտվում են մասայական պատվաստումների ժամանակ:

II Պասիվ իմունիզացիա: Այն իրականացվում է իմուն շիճուկների և իմունոգլոբուլինների միջոցով, որոնք պարունակում են տվյալ հարուցչի հանդեպ պատրաստի հակամարմիններ:

Այս պրեպարատները կիրառվում են ինֆեկցիաների օջախում գտնվող կամ վարակման վտանգի ենթարկված անձանց սպեցիֆիկ, շտապ պրոֆիլակտիկայի համար: Օր.՝ հակափայտացման կամ հակազանգրեմոզ շիճուկ ներարկում են հողով աղտոտված վերքերի դեպքում, կամ հակարմրուկային իմունոգլոբուլինը ներարկում են պատվաստում չստացած երեխաներին կարմրուկով հիվանդի հետ շփվելիս:

Շտապ պրոֆիլակտիկայի այլ եղանակներ

Շտապ սպեցիֆիկ պրոֆիլակտիկան կարելի է իրականացնել բակտերիոֆագի օգնությամբ (օր.՝ ֆագոպրոֆիլակտիկա կատարում են խոլերայի, սալմոնելոզի, որովայնային տիֆի, դիզենտերիայի ժամանակ):

Շտապ պրոֆիլակտիկա կատարվում է էթիոտրոպ հակաբակտերիալ կամ հակավիրուսային պրեպարատների օգնությամբ (քիմիապրոֆիլակտիկա): Օր.՝ տետրացիկլինը կիրառվում է խոլերայի կամ ժանտախտի օջախներում, իսկ ազիդոթիմիդինը՝ ՄԻԱՎ-ինֆեկցիայի պրոֆիլակտիկայի համար նորածիններին կամ վարակված նյութի հետ աշխատող մասնագետներին:

ՎԱՐԱԿԻՉ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՍՆԱԳԻՏԱՑՎԱԾ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒՄԸ

Վարակիչ հիվանդություններով հիվանդներին ցուցաբերվող մասնագիտացված օգնությունը բաղկացած է մի քանի օղակներից:

Առաջնային օղակ են համարվում ընդհանուր բուժցանցի բժիշկները (տեղամասային թերապևտ, շտապ օգնության բժիշկ):

Մասնագիտացված բուժօգնության երկրորդ օղակ է համարվում պոլիկլինիկայի ինֆեկցիոն հիվանդությունների կաբինետը (ԻՀԿ):

Հաջորդ օղակը մասնագիտացված ինֆեկցիոն ստացիոնարն է: Ինֆեկցիոն հիվանդանոցից դուրս գրվելուց հետո պացիենտը կրկին դիմում է տեղամասային թերապևտին կամ ԻՀԿ-ի բժշկին: Որոշ դեպքերում ինֆեկցիոն հիվանդներին ցուցաբերվող բուժօգնությունը լրացվում է ռեաբիլիտացիոն մասերում և առողջարաններում ստացած բուժումով:

Պոլիկլինիկայի ինֆեկցիոն հիվանդությունների կաբինետի բժիշկը տեղամասային բժշկի հետ միասին հայտնաբերում է ինֆեկցիոն հիվանդներին, դիագնոզը ճշտելու համար կատարում է լրացուցիչ հետազոտություններ, որոշում հոսպիտալացման անհրաժեշտությունը, անց կացնում ամբուլատոր հիվանդների բուժում և իրականացնում հսկողություն հիվանդացածների նկատմամբ:

ԻՀԿ-ի բուժքույրը հիվանդից վերցնում է հետազոտության համար անհրաժեշտ նյութերը, կատարում է բժշկի նշանակումները, սովորեցնում հիվանդների հարազատներին խնամքի, հակա-էպիդեմիկ միջոցառումների և ընթացիկ դեզինֆեկցիայի կատարման կանոնները: Ինֆեկցիոն հիվանդությունների բարձր վարակելիության պատճառով ԻՀԿ-ի բուժաշխատողներն առանց կանչի իրենք պետք է այցելեն տանը պառկած հիվանդին (հատկապես ջերմող), սահմանեն հսկողություն նրանց նկատմամբ և արգելեն նրանց այցը պոլիկլինիկա: ԻՀԿ-ի բուժաշխատողները պետք է ստույգ որոշեն ինֆեկցիոն հիվանդների հոսպիտալացման անհրաժեշտությունը, կանխեն օջախում վարակի տարածման դեպքերը: Հիվանդի հոսպիտալացման համար հիմք են հանդիսանում էպիդեմիկ և կլինիկական տվյալները: Էպիդեմիկ տվյալները թույլ են տալիս որոշել շրջապատի համար հիվանդի վտանգավորության աստիճանը, նրա մեկուսացման հնարավորությունը (հանրակացարանում կամ մանկատանը բնակվելը և այլն), ներբնակարանային պայմաններում նրա շփման հնարավորությունը սննդի օբյեկտի և մանկական հիմնարկի աշխատողների հետ: Կլինիկական տվյալները թույլ են տալիս որոշել հիվանդության ընթացքի ծանրությունը, հետազոտման և բուժման մեթոդների անցկացումը, ստացիոնարում գտնվելու անհրաժեշտությունը, բարդությունների առաջացման հնարավորությունը, ամբուլատոր պայմաններում կատարված բուժման արդյունավետությունը, ինչպես նաև ճշտվում է դիագնոզը:

Պարտադիր կերպով հոսպիտալացման ենթակա են հատուկ վտանգավոր և կարանտինային ինֆեկցիաներով հիվանդները (ժանտախտ, դեղին տենդ և այլն), ինչպես նաև երկարատև և ծանր ընթացքով հիվանդները՝ կյանքի համար անբարենպաստ ելքով բարդությունների դեպքում (որովայնային տիֆ, Ա, Բ պարատիֆեր, բժավոր տիֆ, Բրիլի հիվանդություն, մենինգոկոկային ինֆեկցիա):

Ինֆեկցիոն հիվանդի հայտնաբերման ժամանակ բուժաշխատողը պարտավոր է հայտնել Պետական սանէպիդհսկողության կենտրոն՝ շտապ հաղորդագրության միջոցով (հիվանդի և նրա նախնական դիագնոզի մասին): Հիվանդի տեղափոխման համար օգտվում են սանիտարական

տրանսպորտից: Չի թույլատրվում տարբեր դիագնոզներով մի քանի հիվանդ տեղափոխել միաժամանակ նույն տրանսպորտով:

Պոլիկլինիկայի ինֆեկցիոն հիվանդությունների կաբինետը (ԻՀԿ)

ԻՀԿ-ն հանդիսանում է պոլիկլինիկայի կառուցվածքի մի մասը: Դրա նպատակն է՝

- կազմակերպչական-մեթոդական աշխատանքների կազմակերպումը
- որակյալ կոնսուլտացիոն օգնության կազմակերպումը ինֆեկցիոն հիվանդների վաղ

հայտնաբերման և բուժման հարցերում:

ԻՀԿ-ի աշխատանքը, հաշվետվությունը, հագեցվածությունը և անձնակազմի պարտականություններն ի պաշտոնե նշված են նորմավորված փաստաթղթերում:

ԻՀԿ-ի հիմնական խնդիրներն են՝

1. հիվանդների նկատմամբ կոնսուլտացիոն օգնության իրականացումը պոլիկլինիկայում և տանը, նրանց բուժման և հակաէպիդեմիկ միջոցառումների կազմակերպումը.

2. պոլիկլինիկայի բժիշկներին (ընդհանուր պրոֆիլի) կոնսուլտացիոն օգնության կազմակերպումը. ամբուլատոր պայմաններում ինֆեկցիոն հիվանդների հետազոտման և բուժման հարցերով, նրանց հոսպիտալացման կարգը, ռեկոնվալեսցենտների լիարժեք բուժումը:

ԻՀԿ-ի բուժանձնակազմը նույնպես դիսպանսեր հսկողություն է իրականացնում ռեկոնվալեսցենտների և բակտերիակիրների նկատմամբ, ստացիոնարից հիվանդի դուրս գրվելուց հետո իրականացնում է ռեաբիլիտացիոն միջոցառումների կոմպլեքս, ինչպես նաև կատարում հիվանդների, բակտերիակիրների և պարազիտակիրների հաշվառում: Աշխատանքի կարևորագույն մասն է հանդիսանում բժշկական գիտելիքների պրոպագանդան ինֆեկցիոն հիվանդությունների դեպքում առաջին բուժօգնության և պրոֆիլակտիկայի հարցերի շուրջ:

ԻՀԿ-ի բուժքույրը օգնում է բժշկին մասնագիտացված բուժօգնության կազմակերպման հարցերում, լաբորատոր հետազոտության համար նյութ է վերցնում, կատարում է բժշկի նշանակումները, սովորեցնում հիվանդի հարազատներին խնամքի, հակաէպիդեմիկ միջոցառումների, ընթացիկ դեզինֆեկցիայի իրականացման կանոնները: Բուժքույրն աշխատում է բժիշկ-ինֆեկցիոնիստի ղեկավարության ներքո:

Ինֆեկցիոն ստացիոնար: Ելնելով պահանջարկից՝ տարբեր բնակավայրերում ստեղծվում են մասնագիտացված ինֆեկցիոն հիվանդանոցներ կամ էլ հիվանդանոցում ինֆեկցիոն բաժանմունք: Ինֆեկցիոն հիվանդանոցը և բաժանմունքը տարբերվում են մյուս ստացիոնարներից այն բանով, որ նրանցում պահպանվում է հատուկ հակաէպիդեմիկ ռեժիմ՝ կանխելու համար հարուցչի տարածումը ինչպես հիվանդանոցի ներսում, այնպես էլ նրանից դուրս: Ինֆեկցիոն հիվանդանոցն աշխատում է հոսքաանցագրային համակարգի սկզբունքով, որն ապահովում է հիվանդների ընդունման և տեղավորման ժամանակ միմյանցից մեկուսացումը: Ընդունելու պահից սկսած մինչև դուրս գրվելը հիվանդները չպետք է շփվեն այլ ինֆեկցիաներով հիվանդների հետ: Դա ապահովելու համար ինֆեկցիոն հիվանդանոցի կազմի մեջ անպայման պետք է լինեն՝

1. ընդունարան
2. հիվանդասենյակներով բաժանմունք
3. բոքսային բաժանմունք
4. ռեանիմացիոն կամ ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք

5. կլինիկա-դիագնոստիկ ծառայություն (ներառյալ ռենտգեն և ֆիզիոթերապևտիկ կաբինետները)

6. դեզինֆեկցիոն բաժանմունք և լվացքատուն:

Սովորաբար ինֆեկցիոն հիվանդանոցը պետք է ունենա տաղավարների ձև և բաղկացած լինի առանձին բաժիններից: Եթե հիվանդանոցը տեղակայված է մեկ բարձրահարկ շենքում, ապա յուրաքանչյուր հարկում տեղակայվում են տարբեր ինֆեկցիաներով հիվանդներ: Պետք է նկատի ունենալ, որ կաթիլային ինֆեկցիաների բաժանմունքը պետք է տեղակայվի վերջին հարկում:

Հիվանդանոցի ընդունարանը պետք է ունենա բոքսային տիպի կառուցվածք, ինչն էլ թույլ կտա անցկացնել բոլոր ընդունվող հիվանդների անհատական ընդունումն ու քննումը: Հիվանդների լիակատար մեկուսացումն ապահովում է միայն Մելցերյան բոքսը (կոչվել է ի պատիվ ինժեներ Է. Մելցերի, 1909թ.), որն առաջարկվել է օգտագործել որպես անհատական հիվանդասենյակ ինֆեկցիոն հիվանդանոցներում: Մելցերյան բոքսը կազմված է նախաբոքսային շինությունից (տամբուրա), հիվանդասենյակից և սանհանգույցից լողարանի հետ: Յուրաքանչյուր բոքսն ունի առանձին մուտք ու ելք հիվանդների, ինչպես նաև երկդռնանի հատուկ առանձին մուտք և նախաբոքս բուժանձնակազմի համար: Յուրաքանչյուր բոքսում պետք է լինի ընդունվող հիվանդին զննելու համար թախտ, գրասեղան, առաջին բուժօգնությունը ցուցաբերելու համար բժշկական գործիքներ (ստերիլ խճուճներ, ջերմաչափ, շպատել և այլն), մաքուր սպիտակեղենով պահարան, կեղտոտ սպիտակեղենի համար պարկ (որը պետք է ենթարկվի դեզինֆեկցիայի և դեզինսեկցիայի), սանհանգույց: Նախաբոքս մտնելիս բուժաշխատողը պետք է իր հետևից ամուր ծածկի դուռը, լվանա ձեռքերը, հագնի երկրորդ խալաթը (որը գտնվում է նախաբոքսում), հետո միայն բացի երկրորդ դուռը և մտնի բոքս: Բոքսից դուրս գալու ժամանակ ողջ պրոցեսը կրկնվում է հակառակ հաջորդականությամբ (սկզբում հանում խալաթը, հետո ավտահանում ձեռքերը): Յուրաքանչյուր պացիենտից հետո բոքսում պետք է իրականացնել դեզինֆեկցիա և դեզինսեկցիա: Սովորաբար խոշոր ինֆեկցիոն հիվանդանոցներում բոքսերը մասնագիտացված են և նախատեսված որոշակի ինֆեկցիոն հիվանդների համար (օր.՝ մի բոքսում ընդունում են դիֆտերիայով հիվանդներին, երկրորդում՝ վիրուսային հեպատիտով, երրորդում՝ մենինգոկոկային):

Յուրաքանչյուր պացիենտի համար ընդունարանում լրացվում է առանձին հիվանդության պատմության քարտ, մանրակրկիտ հավաքվում է հիվանդության անամնեզ, էպիդանամնեզ, կատարվում կլինիկական հետազոտություն, վերցվում նյութ ընդհանուր կլինիկական և բակտերիոլոգիական հետազոտությունների համար:

Լիարժեք բժշկական կլինիկական հետազոտությունից հետո դրվում է նախնական դիագնոզ, պացիենտն ուղարկվում է համապատասխան բաժանմունք: Ինֆեկցիոն հիվանդանոցի բուժական բաժանմունքները այնպես են ձևավորվում, որ բացառվի ինֆեկցիայի փոխանցումը: Ներհիվանդանոցային ինֆեկցիաների կանխման համար սուր շրջանում գտնվող հիվանդներին չի կարելի տեղավորել ապաքինվող հիվանդների հետ մույն սենյակում: Յուրաքանչյուր հիվանդ պետք է ունենա անհատական օգտագործման ամանեղեն, գիշերանոթ և խնամքի այլ առարկաներ: Այն դեպքում, երբ անհրաժեշտ է ընդունվող հիվանդին խիստ մեկուսացնել, ապա նրան տեղավորում են բոքսային բաժանմունքում, ուր կան Մելցերի համակարգի մի քանի բոքսեր, որոնց մի մուտքը փողոցի կողմից է, երկրորդը՝ միջանցքից, բուժանձնակազմի համար:

Չպարզված դիագնոզով հիվանդին (բացի օդակաթիլային ինֆեկցիայով) տեղավորում են դիագնոստիկ բաժանմունքում, որն ունի պալատային կառուցվածք, մինչև դիագնոզը ճշտվելը:

Ծանր և գրգռված վիճակում գտնվող հիվանդների մոտ սահմանվում է շուրջօրյա անհատական հսկողության կետ:

Բաժանմունքների սան.-հիգիենիկ ռեժիմն իրականացվում է կանոնավոր կերպով կատարվող խոնավ մաքրումով, դեզինֆեկցիայով և դեզինսեկցիայով, հիվանդների մարմնի մաքրությանը հետևելով, հագուստը պարբերաբար փոխելով, բուժաշխատողի և հիվանդների անձնական հիգիենայի կանոնները պահպանելով:

Պացիենտին հարազատների հետ հանդիպել թույլատրվում է միայն հաշվի առնելով հիվանդի էպիդեմիկ վտանգ ներկայացնելը:

Բուժանձնակազմը պետք է խստորեն պահպանի բաժանմունքում սանիտարական ռեժիմն ու անձնական հիգիենայի կանոնները, որպեսզի կանխի իր վարակման հնարավորությունը, ինչպես նաև ինքը չհանդիսանա ինֆեկցիայի աղբյուր շրջապատի համար:

Ինֆեկցիոն հիվանդների դիսպանսերացիան և ռեաբիլիտացիան: Դիսպանսերացիան (ֆր.՝ dispenser՝ ազատել) միջոցառումների կոմպլեքս է՝ ուղղված հիվանդությունների զարգացումն ու տարածումը կանխելուն, աշխատունակության վերականգնմանը և մարդու ակտիվ կենսագործունեության տևողության երկարացմանը: Դրա հիմնական նպատակը բնակչության առողջության, աշխատունակության պահպանումն ու ամրացումն է, մարդկանց կյանքի տևողության երկարացումը, ինչին կարելի է հասնել հիվանդության վաղ փուլերում գտնվող հիվանդներին ակտիվ կերպով հայտնաբերելով և բուժելով, հիվանդության առաջացմանն ու տարածմանը նպաստող պատճառներն ուսումնասիրելով և վերացնելով, սան.-հիգիենիկ և պրոֆիլակտիկ, բուժ.-առողջապահական և սոցիալական միջոցառումների կոմպլեքսը լայնորեն կիրառելով:

Ինֆեկցիոն հիվանդանոցից դուրս գրված ռեկոնվալեսցենտները ուղարկվում են ԻՅԿ-ի բժշկի կամ տեղամասային բժշկի դիսպանսեր հսկողության տակ: Ինֆեկցիոն հիվանդությունների մեծ մասի համար կան դիսպանսեր հսկողության որոշակի ժամկետ, ԻՅԿ-ի բժշկի կողմից ստուգողական հետազոտությունների հաճախականություն, պարբերաբար կատարվող լաբորատոր հետազոտություններ: Անհրաժեշտության դեպքում կատարվում է պացիենտի կոնսուլտացիա և բուժում այլ մասնագետների մոտ (նևրոպաթոլոգ, կարդիոլոգ և այլք):

Բացի այդ դիսպանսերացման խնդիրներից են ռեկոնվալեսցենտների նկատմամբ բուժ.-առողջապահական, ռեաբիլիտացիոն միջոցառումների իրականացումը, ուղեկցող պաթոլոգիաների հայտնաբերումը և բուժումը: Անհրաժեշտության դեպքում շարունակվում է դեղորայքային բուժումը, նշանակվում սեդատիվ արեպարատներ, վիտամիններ: Բժիշկն իրականացնում է դիսպանսեր հսկողություն, տալիս խորհուրդներ դիետիկ սննդի, աշխատանքի և հանգստի, ֆիզիոթերապևտիկ պրոցեդուրաների, բուժական ֆիզկուլտուրայի, առողջարանային բուժման անհրաժեշտության վերաբերյալ, աշխատանքի բնույթի փոփոխության մասին (օր.՝ բակտերիակիրները չեն կարող աշխատել սննդի բնագավառում):

Ռեաբիլիտացիան (լատ.՝ re-մորից, վեր-, habilitas-ընդունակություն, պիտանելիություն) բժշկական և սոցիալ-տնտեսական միջոցառումների համակարգ է՝ ուղղված հիվանդության պատճառով պացիենտի առողջության և աշխատունակության արագ ու լիարժեք վերականգնմանը:

Ռեաբիլիտացիոն միջոցառումները հարկավոր է սկսել հիվանդության սուր կամ ռեկոնվալեսցենցիայի վաղ շրջանում, երբ արդեն կյանքին վտանգ չի սպառնում:

Ստացիոնարից դուրս գրվելուց հետո ռեաբիլիտացիայի նպատակով հիվանդին ուղարկում են ռեաբիլիտացիոն (վերականգնողական) կենտրոն կամ առողջարան, իսկ հետո՝ պոլիկլինիկա: Եթե հիվանդը չի հոսպիտալացվել, ապա բոլոր ռեաբիլիտացիոն միջոցառումներն անց են կացվում ամբուլատոր-պոլիկլինիկական ծառայության կողմից:

Հիմնական բուժ.-վերականգնողական միջոցառումներից են ռեժիմը (խնայող, խնայող-վարժանքային, ակտիվացնող), բուժական սնունդը, բուժական ֆիզկուլտուրան, ֆիզիոթերապևտիկ և փսիխոթերապևտիկ եղանակները: Այսպիսով, օրգանիզմի վրա ազդում են լրացուցիչ եղանակներով, որոնք վերականգնում են առանձին օրգան-համակարգերի ֆունկցիան:

Օրգանիզմի վրա ուղղակի ազդեցությունից բացի ռեաբիլիտացիան կիրառում է միջոցառումներ՝ ուղղված աշխատանքի և կենցաղի պայմանները բարելավելուն, առողջական վիճակը և մասնագիտական աշխատունակությունը վերականգնելուն:

ՔՈՒՅՐԱԿԱՆ ՊՐՈՑԵՍ ԵՎ ՔՈՒՅՐԱԿԱՆ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ

Բժշկական օգնության զարգացումը հանգեցրել է այն բանին, որ բժշկի մի շարք պարտականություններ ինքնաբերաբար անցել են բուժքրոջը (ջերմաչափում, զարկերակային ճնշման չափում, մի շարք պրոցեդուրաների կատարում և այլն): Հիվանդի խնամքից բացի բուժքույրն ակտիվ մասնակցություն է ցուցաբերում ռեաբիլիտացիոն և պրոֆիլակտիկ աշխատանքներում:

Համաշխարհային առողջապահական կազմակերպության որոշման համաձայն (1993թ.-ից սկսած) բուժքրոջ ֆունկցիաներն են՝

1. քույրական խնամքի իրագործումը, այսինքն՝ պրոֆիլակտիկ միջոցառումներ, քույրական միջամտություններ, ռեաբիլիտացիա, հոգեբանական օգնություն հիվանդին կամ նրա հարազատներին և այլն: Այն ավելի արդյունավետ է դառնում, երբ իրականացվում է քույրական պրոցեսի շրջանակներում.

2. պացիենտի և քույրական անձնակազմի ուսուցումը.

3. պացիենտի սպասարկման գործում բուժանձնակազմի կազմում անկախ և կախյալ դեր ունենալը.

4. քույրական պրակտիկայի զարգացումը, ընդլայնումը:

Այս բոլոր հարցերում իր գործողությունները բուժքույրը համաձայնեցնում է բժշկի հետ: Քույրական դիագնոզը չի փոխարինում բժշկական դիագնոզին: Բժշկական դիագնոզը բնորոշում է հիվանդության նոզոլոգիական ձևը, իսկ քույրականը՝ պացիենտի կողմից տվյալ հիվանդության զարգացման հետ կապված ռեակցիայի առանձնահատկությունները:

Առաջին անգամ «քույրական պրոցես» տերմինը կիրառվել է 50-ականներին՝ ԱՄՆ-ում:

Քույրական պրոցեսը գիտականորեն հիմնավորված պրոֆեսիոնալ բուժքույրական օգնության մեթոդոլոգիան է՝ պացիենտի պահանջներին համապատասխան:

Քույրական պրոցեսը որոշում է պացիենտի խնամքի կոնկրետ պահանջները, նրա արդյունքների վերլուծումը, բուժքրոջ գործողության պլանը և նրա տարած աշխատանքի արդյունավետության գնահատումը:

Քույրական պրոցեսը քույրական օգնության ցուցաբերումն ու կազմակերպումն է: Մարդու պահանջների գնահատումը հիմնվում է պացիենտի անձի ամբողջականության վրա՝ հաշվի առնելով նրա ֆիզիկական, մտավոր, էմոցիոնալ, հոգեբանական, սոցիալական և այլ գործոնները: Պացիենտի պահանջի անբավարարության հայտնաբերումը ձևակերպվում է որպես պրոբլեմ (քույրական դիագնոզ):

Ըստ Վ. Հենդերսոնի (առաջարկված է 1966թ.-ին) մոդելի՝ հաշվի են առնվում մարդու ֆիզիոլոգիական, հոգեբանական, սոցիալական պահանջները, որոնք են՝

1. նորմալ շնչառությունը
2. համապատասխան սնունդ և ընպելիք ընդունելը
3. ֆիզիոլոգիական արտաթորումը
4. շարժումը
5. քունը
6. հագնվելը, հանվելը, ընտրելը, անձնական հիգիենան պահպանելը
7. մարմնի նորմալ ջերմաստիճանի պահպանումը
8. արտաքին միջավայրի անվտանգության պահպանումը
9. շփումը
10. աշխատանքը և հանգիստը:

Հենդերսոնը հիմնվել է ամերիկացի հոգեբան Ա. Մասլսոյի թեորիայի վրա, ըստ որի մարդն ունի պահանջներ՝

- *ֆիզիոլոգիական* (օդ, սնունդ, ջուր, արտաթորանք, քուն, շարժում, շփում, սեքս)
- *անվտանգության* (ապահովություն, պաշտպանվածություն, տանիք, հագուստ, օգնություն)
- *սոցիալական* (հավանություն, հասկացողություն, կապվածություն, սեր, ընտանիք, ընկեր)
- *ինքնահարգանքի և շրջապատի կողմից հարգանքի* (խրախուսանք, հարգանք, ինքնահարգանք, հաջողություն, գույքի տիրապետում)
- *ինքնաարտահայտման* (նվաճում, ինքնուրույնություն, անհատական տարբերություն):

Քույրական պրոցեսը բաղկացած է 5 փուլերից՝

I փուլ. Պացիենտի վիճակի գնահատում

Տեղեկությունների հավաքումը կատարվում է սուբյեկտիվ, օբյեկտիվ և լրացուցիչ եղանակներով:

Սուբյեկտիվ եղանակը զրույցն է, որի ժամանակ հավաքում են անամնեզ, ինչպես նաև էպիդեմիոլոգիական անամնեզ (հիվանդի և հարազատների հարցումներ):

Օբյեկտիվ եղանակը հիվանդի զննումն է, զարկերակային ճնշման չափումը, ջերմաչափումը, շնչառության հաճախությունը, օրվա դիուրեզի որոշումը, մաշկի և տեսանելի լորձաթաղանթների վիճակի գնահատումը:

Լրացուցիչ եղանակն ընդգրկում է լաբորատոր և գործիքային հետազոտությունների տվյալները:

Բոլոր ստացված տվյալները գրանցվում են պացիենտի քույրական հիվանդության պատմության կամ էլ քույրական խնամքի քարտի մեջ:

II փուլ. Ստացված տվյալների մեկնաբանում և պրոբլեմների վերհանում (քույրական դիագնոզ)

Պրոբլեմը չբավարարված պահանջն է: Պրոբլեմները լինում են իրական և պոտենցիալ:

Իրական պրոբլեմն այն պրոբլեմն է, որն անհանգստացնում է պացիենտին տվյալ պահին: Հաճախ պացիենտի մոտ հայտնաբերվում են մեկից ավելի պրոբլեմներ, որոնցից բուժքույրը պետք է որոշի առաջնահերթն ու կարևորագույնը: Պոտենցիալ պրոբլեմն այն պրոբլեմն է, որը գոյություն չունի, սակայն կարող է առաջանալ (օր.՝ որովայնային տիֆոյ ծանր հիվանդի մոտ կարող է զարգանալ աղիների արյունահոսություն կամ թափածակում, թոքաբորբ, պառկելախոց և այլն):

Դրվում է քույրական դիագնոզ:

III փուլ. խնամքի պլանավորում

Քույրական պրոցեսն իրենից ներկայացնում է պլանավորված քույրական օգնություն: Վերջնական նպատակներն են քույրական միջամտությունների մշակված պլանը և սպասվող նպատակների իրագործումը: Նպատակները լինում են կարճաժամկետ (1-2 շաբաթվա համար) և երկարաժամկետ (ավելի երկար ժամանակահատվածի համար):

IV փուլ. Քույրական խնամքի պլանի իրագործում

Այս փուլում բուժքույրը պետք է կատարի կախյալ և անկախ գործողություններ:

Անկախ գործողությունները բուժքույրը կատարում է սեփական նախաձեռնությամբ (օր.՝ պացիենտի ուսուցում, անձնական հիգիենայի կանոնների պահպանում, օդափոխության կատարում, հիվանդի դիրքի փոփոխություն, զրույց հարազատների հետ և այլն):

Կախյալ գործողությունները բուժքույրն իրականացնում է բժշկի նշանակումների հիման վրա (օր.՝ ներարկումներ, հետազոտություններին նախապատրաստելը, ստամոքսի լվացումը, հոգնա կատարելը):

Ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ խնամքի առանձնահատկությունը կայանում է նրանում, որ բուժքույրը պետք է ապահովի պացիենտների և բուժանձնակազմի անվտանգությունը, կանխի վարակի տարածումը:

V փուլ. Քույրական խնամքի արդյունավետության գնահատումը

Եթե պրոբլեմները վերացել են, ուրեմն նպատակներն իրագործված են: Իսկ եթե նպատակներն իրագործված չեն կամ մասամբ են իրագործված, նպատակահարմար է շարունակել քույրական գործընթացը՝ փոխելով միջամտության ձևերը, խորհրդակցելով բժշկի և պացիենտի հետ:

Իր մասնագիտական գործունեության ընթացքում բուժքույրն առաջնորդվում է էթիկայի կանոններով: Էթիկայի սկզբունքները, նորմերը և ստանդարտներն ընդգրկվում են բժշկական *դեոնթոլոգիա* հասկացության մեջ:

Ներկայումս ձևավորվել է *բիոէթիկա* հասկացությունը, որն իրենից ներկայացնում է ժամանակակից բժշկությունում մարդու իրավունքների պրոբլեմների հետազոտությունը: Բիոէթիկայի հիմնական սկզբունքներն են մարդասիրությունը (հումանիստություն), մարդու արժանապատվության նկատմամբ հարգանքը՝ որպես անհատի, անհատի բարոյական ավտոնոմիայի (ինքնուրույնություն) նկատմամբ հարգանք, արդարությունը և բարերարությունը:

Բուժքույրը պարտավոր է պացիենտին ցույց տալ որակյալ բուժօգնություն, որը համապատասխանում է հումանիստական սկզբունքներին և պրոֆեսիոնալ ստանդարտներին:

Վարակիչ հիվանդությունների ժամանակ կիրառվում է հիվանդի խնամքի պլանավորման եռաստիճան կառուցվածք:

Քույրական խնամքի եռաստիճան կառուցվածքը

I աստիճան. Խնամք, որն ապահովում է պացիենտի ինֆեկցիոն անվտանգությունը և հիմնական բուժումը:

1. Բաժանմունքում և հիվանդասենյակում իրականացվող դեզինֆեկցիոն ռեժիմի հսկողություն.

- ընթացիկ դեզինֆեկցիայի իրականացում
- խնամքի առարկաների վարակազերծում
- ամանեղենի վերամշակում
- արտաթորանքների դեզինֆեկցիա և այլն:

2. Քույրական խնամք՝ պացիենտի կողմից իրականացվող բուժական-պահպանողական ռեժիմի հանդեպ

- ֆիզիկական և հոգեկան հարմարավետության իրականացում
- պսիխոթերապիա և այլն:

3. Քույրական խնամք՝ պացիենտի կողմից բժշկի նշանակած դիետայի պահպանման հանդեպ.

- հետևել սննդի համապատասխանությանը բուժական դիետային
- զրույցներ հիվանդի հարազատների հետ նրա սննդի առանձնահատկությունների մասին
- պարենահանձնումների հսկողություն
- սննդի պահպանման և իրացման ժամկետների նկատմամբ հսկողություն
- հիվանդի հետ զրուցել դիետայի պահպանման անհրաժեշտության շուրջ
- հիվանդի դուրս գրվելուց հետո դիետայի և ռացիոնալ սննդի պահպանման վերաբերյալ զրույց:

4. Քույրական խնամք՝ պացիենտի կողմից բուժական հիգիենայի կանոնների իրականացման ժամանակ (պացիենտի հնարավորությունների սահմաններում).

- ժամանակին փոխել հիվանդի սպիտակեղենը և հագուստը
- ընդունել հիգիենիկ լոգանք
- պառկելախոցերի պրոֆիլակտիկա
- բերանի խոռոչի, աչքերի մշակում, ականջների և ատամների մաքրում, սափրում, մազերի կտրում և այլն:

II աստիճան. Քույրական խնամք ըստ ախտանշանների, ինչպես նաև բուժ.-ախտորոշիչ պրոցեդուրաների դեպքում (կախված հիվանդության կլինիկական արտահայտությունների բնույթից):

1. Քույրական խնամք ըստ ախտանշանների.

- տենդի դեպքում
- ինտոքսիկացիայի դեպքում
- գլխացավի դեպքում
- սրտխառնոցի, փսխման, դիարեայի դեպքում
- հազի, հևոցի, շնչափնդության դեպքում
- ցնցումների դեպքում

- տարբեր բնույթի ցավերի դեպքում և այլն:

2. Քույրական խնամք ախտորոշիչ պրոցեդուրաների նախապատրաստման և իրականացման դեպքում.

- ուլտրաձայնային հետազոտություն
- ռեկտոռեոմանոսկոպիա
- լյումբալ պունկցիա
- լաբորատոր քննության համար բիոնյութի վերցման ժամանակ և այլն:

3. Քույրական խնամք՝ բուժական նշանակումների կատարման դեպքում.

- պերիտոնալ նշանակումներ (ընդունման ժամը, հսկողությունը նրանց ազդեցության վրա, կողմնակի երևույթներ և այլն)
- պարենտերալ նշանակումներ (ներարկում, ներմուծման արագություն, ազդեցության արդյունավետություն, բարդություններ և այլն)
- բուժական-ախտորոշիչ պրոցեդուրաների իրականացման ժամանակ տարվող պսիխոթերապիա:

4. Քույրական խնամք՝ հիվանդին դուրսգրման նախապատրաստելիս.

- ստուգման նպատակով անցկացվող հետազոտություններ և դրանց ճիշտ մեկնաբանում
- խորհուրդներ դիետայի, աշխատանքի և հանգստի ռեժիմի վերաբերյալ
- սան.-լուս. աշխատանք
- զրույցներ հարազատների հետ՝ ապաքինման շրջանում գտնվող իրենց հիվանդի համար հոգեբանական և ֆիզիկական հարմարավետ պայմաններ ստեղծելու վերաբերյալ
- դիսպանսեր հսկողության երաշխավորում (լիարժեք ռեաբիլիտացիայի նպատակով):

III աստիճան. Անհատականացված քույրական խնամք՝ հաշվի առնելով պացիենտի ոչ բժշկական պրոբլեմները: Հարկավոր են ոչ միայն անհրաժեշտ գիտելիքների բարձր մակարդակ, այլև ինտելեկտ, կուլտուրա, կրթվածության բարձր մակարդակ, բազմակողմանի զարգացածություն:

Պացիենտի խնամքի առանձնահատկություններն են՝

- նրանց տարիքային պսիխոֆիզիոլոգիական առանձնահատկությունները հաշվի առնելը
- հոգեբանական բնույթի պրոբլեմները (դեպրեսիա, սթրես, նյարդային վիճակներ և այլն)
- սոցիալ-կենցաղային բնույթի պրոբլեմները (բնակարանի, աշխատանքի բացակայություն, ընտանիքի կոնֆլիկտային իրավիճակ, ամուսնալուծություն և այլն)
- հոգևոր բնույթի պրոբլեմի առկայություն (աղոթելու համար պայմանների բացակայություն, պահք պահելու անհնարինություն և այլն)
- ֆիզիկական թերություն (կույր, խուլ-համր, պարալիզված և այլն)
- մահացողների հանդեպ:

Բուժքույրական աշխատանքն այս երեք աստիճաններում ընդգրկում է պացիենտի բոլոր պրոբլեմների լայն շրջանակը: Խնամքի այս կառուցվածքն օգնում է բուժքրոջը հստակ պլանավորել իր աշխատանքը, զարգացնել պրոֆեսիոնալ մտածելակերպ, աշխատանքին մոտենալ ստեղծագործաբար, որն էլ նպաստում է պրոֆեսիոնալ և անհատական աճին:

ԲՈՒԺԱՆՁՆԱԿԱԶՄԻ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԱՆՎՏԱՆԳՈՒԹՅՈՒՆԸ

Ինֆեկցիոն հիվանդների հետ բուժքրոջ աշխատանքի արդյունավետությունը հնարավոր է միայն սամիտարահակաէպիդեմիոլոգիական միջոցառումների աշխատանքի անվտանգության ռեժիմի և ներհիվանդանոցային վարակի տարածման կանխարգելումն իրականացնելիս:

Ինֆեկցիոն հիվանդներին սպասարկող անձնակազմը պարտավոր է՝

- աշխատանքի գալուց փոխել հագուստը, հագնել նորմերով նախատեսված համազգեստ և պաշտպանիչ հարմարանքներ
- աշխատանքն ավարտելուց հետո ընդունել լոգանք
- սեփական հագուստը և անձնական համազգեստը պահել տարբեր պահարաններում
- պարբերաբար վարակազերծել սեփական պահարանը
- հետևել արտահագուստի և ձեռքերի մաքրությանը (եղունգները պետք է կարճ կտրել)
- յուրաքանչյուր մանիպուլյացիայից հետո հիվանդի իրերի և ամանեղենի հետ շփվելու դեպքում կատարել դեզինֆեկցիա, ինչպես նաև սնունդ ընդունելուց առաջ և աշխատանքի ավարտին ձեռքերը ենթարկել դեզինֆեկցիայի, իսկ ձեռքերը լվանալու համար նախատեսված խոզանակները վարակազերծել
- ձեռքերի վրա քերծվածք կամ այլ վնասվածք լինելու դեպքում կամ էլ այն աշխատանքների դեպքում, երբ շփում կա հիվանդի արտաթորանքների հետ (խորխամանի կամ գիշերանոթի տեղափոխում, սպիտակեղենի փոխում և այլն), պարտադիր հագնել ռետինե ձեռնոցներ, որոնք աշխատանքից հետո անհրաժեշտ է վարակազերծել
- ամանեղեն լվանալիս (բժշկական գործիքներ, ճաշարանի և այլն) հագնել նաև ռետինե գոգնոց
- օդակաթիլային ինֆեկցիաներով հիվանդասենյակ մտնելիս, գրիպի համաճարակների դեպքում, ինչպես նաև մահճակալները հարդարելիս և սպիտակեղենի հետ շփվելիս հարկավոր է դիմակ կրել
- գլուխը ծածկել գլխաշորով, իսկ խալաթի թևերի ծայրերն ամուր կապել
- լողարանի մաքրման և հիվանդին լողացնելու ժամանակ հարկավոր է հագնել ռետինե գոգնոց և կրկնակոշիկներ
- ինֆեկցիոն հիվանդանոցի յուրաքանչյուր աշխատակցի ընտանիքում ինֆեկցիոն հիվանդության կասկածի դեպքում անմիջապես տեղյակ պահել գլխավոր բժշկին, բաժնի վարիչին կամ ավագ բուժքրոջը
- ողջ բուժանձնակազմին ենթարկել հետազոտությունների և պատվաստումների:

Հիվանդին մեկ այլ բաժանմունք տեղափոխելիս ուղեկցող բուժաշխատողը պետք է իր խալաթի վրայից հագնի երկրորդը, որը հետո հանձնի վարակազերծման:

Խալաթը և գլխաշորը հարկավոր է փոխել շաբաթը 2 անգամից ոչ պակաս, իսկ արտաթորանքներով կեղտոտվելիս՝ անմիջապես:

Սպասարկող անձնակազմին արգելվում է.

- նստել հիվանդի մահճակալին
- շրջել բաժանմունքում առանց համազգեստի
- համազգեստով դուրս գալ բաժանմունքից կամ էլ վրայից կրել արտահագուստ
- համազգեստը տուն տանել
- համազգեստով գտնվել ճաշարանում
- գտնվել հիվանդների համար նախատեսված պետքարանում
- օգտվել հիվանդի անձնական իրերից և առարկաներից
- ծխել և ուտել հիվանդասենյակում, միջանցքում կամ լաբորատորիայում
- մտնել բոքսային կամ ուրիշ բաժանմունք:

ԱՂԻՔԱՅԻՆ ԻՆՖԵԿՑԻԱՆԵՐ

ՈՐՈՎԱՅՆԱՅԻՆ ՏԻՖ (Typhus abdominalis)

Որովայնային տիֆը սուր աղիքային ինֆեկցիա է, որը բնութագրվում է ինտոքսիկացիայով, բակտերեմիայով, լյարդի և փայծաղի մեծացումով, բարակ աղիների ավշային ապարատի ախտահարումով:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչը (*Salmonella typhi*) պատկանում է D խմբի սալմոնելաներին: Այն գրամ-բացասական, շարժուն, աէրոբ ցուպիկ է, սպոր և պատիճ չի առաջացնում, կայուն է արտաքին պայմաններում, ջրում և հողի մեջ պահպանվում է 1-5 ամիս, արտաթորանքում՝ 25 օր, չափավոր ցրտի պայմաններում՝ մեկ բազմամյա է: Երկար է պահպանվում մրգերի, բանջարեղենի, կենցաղային առարկաների վրա (15-20 օր), բազմանում է կաթի և կաթնամթերքի մեջ՝ պահպանվելով 30-35 օր: Բարձր ջերմաստիճանը ոչնչացնում է այն՝ 60°C-ում 3-4 րոպեից, եռացնելիս՝ անմիջապես: Հարուցիչն արագ ոչնչանում է արևի ուղիղ ճառագայթներից և չորացումից, զգայուն է դեզինֆեկցող նյութերի նկատմամբ, ֆենոլի 5%-ոց, լիզոլի և սուլենայի 3%-ոց, քլորակրի 3%-ոց լուծույթներից ոչնչանում է 2-3 րոպեից: Հարուցիչն արտադրում է ինդոտոքսին:

Որովայնային տիֆի հարուցիչն ունի բարդ անտիգենային կառուցվածք, բայց կարևոր նշանակություն ունեն 2 անտիգենային կոմպլեքսներ՝

1. ջերմակայուն սոմատիկ O-անտիգենը
2. ջերմաանկայուն մտրակային H-անտիգենը:

Սոմատիկ O-անտիգենային կոմպլեքսի կազմի մեջ է մտնում վիրուլենտության Vi-անտիգենը: Պարզվել է, որ որովայնային տիֆի հարուցիչները իմուն օրգանիզմում կարող են առաջացնել L-ձևեր, որոնք ձևավորում են բակտերիակրություն և ռեցիդիվներ:

Էպիդեմիոլոգիա

Անթրոպոնոզ ինֆեկցիա է, որի աղբյուրն է հանդիսանում հիվանդ կամ բակտերիակիր մարդը, որը հարուցիչներ է արտադրում կղանքով և մեզով, ինչպես նաև թքի և կաթի միջոցով: Հիվանդը հարուցիչներ է արտադրում արտաքին միջավայր ինկուբացիոն շրջանի վերջից սկսած, և դա շարունակվում է հիվանդության ողջ շրջանում, մույնիսկ ռեկոնվալեսցենցիայի ժամանակ, երբ ձևավորվում է սուր բակտերիակրություն (մինչև 3 ամիս): Հիվանդացածների մոտ կարող է առաջանալ խրոնիկ բակտերիակրություն (3 ամսից ավել): Էպիդեմիոլոգիական տեսակետից հենց նրանք էլ մեծ վտանգ են ներկայացնում ինֆեկցիայի տարածման գործում: Վտանգավոր են նաև տրանզիտոր բակտերիակիրները, ջնջված, թեթև և ասիպիկ ձևերով հիվանդները:

Որովայնային տիֆը ունի ֆեկալ-օրալ վարակման մեխանիզմ, որը տեղի է ունենում ջրային, սննդային և կոնտակտա-կենցաղային ճանապարհներով: Ջրային (ջրատար խողովակի և կոյուղու իրար հետ խառնվելուց) և սննդային (կաթից, սառը մսամթերքներից) ճանապարհներով ինֆեկցիայի տարածման դեպքում առաջանում են էպիդեմիկ բռնկում, իսկ կոնտակտա-կենցաղային դեպքում (կեղտոտ ձեռքերով, հագուստով, ամանեղենով)՝ սպորադիկ դեպքեր:

Հիվանդությունն ունի սեզոնային բնույթ, առավել հաճախ է հանդիպում ամռան և աշնան ամիսներին: Հիվանդության նկատմամբ մարդկանց ընկալունակությունը բարձր է, հաճախ են հիվանդանում 15-30 տարեկան հասակում: Հիվանդանալուց հետո ձևավորվում է կայուն իմունիտետ, սակայն հայտնի են նաև կրկնակի հիվանդացության դեպքեր:

Պաթոգենեզ

Հարուցիչը օրգանիզմ է թափանցում բերանի խոռոչով, հասնում բարակ աղիներ և տեղակայվում ավշային գոյացություններում (պեերյան բծեր և սուլիտար ֆոլիկուլներ), որտեղ էլ տեղի է ունենում նրանց բազմացումը և կուտակումը: Հետագայում հարուցիչները թափանցում են միջընդերային ավշային հանգույցներ, որտեղից էլ արյան մեջ՝ առաջացնելով բակտերեմիա (այն համապատասխանում է առաջին կլինիկական նշանների հայտնվելուն): Սալմոնելաների ոչնչացումից օրգանիզմում կուտակվում է էնդոտոքսին, զարգանում է ինտոքսիկացիա: Բակտերիաները արյան հոսքով տարածվում են ողջ օրգանիզմում, առաջացնում օրգանների և հյուսվածքների ախտահարում (լյարդ, փայծաղ, ոսկրածուծ): Արյան հոսքով հարուցիչները լյարդից լեղու հետ միասին ընկնում են աղիներ և կրկնակի անգամ ներթափանցում արդեն սենսիբիլիզացված ավշային գոյացությունների մեջ, որն առաջացնում է ալերգիկ ռեակցիա (Արտյուսի ֆենոմեն): Այս փոփոխությունները կատարվում են հաջորդաբար, ստադիաներով, որոնցից յուրաքանչյուրը տևում է 1 շաբաթ: Դրանք են՝

1. ուղեղանման ուռչեցում
2. նեկրոզ
3. նեկրոզված հյուսվածքների անջատում
4. խոցերի առաջացում
5. խոցերի ապաքինում (սպիացում):

Նեկրոզը և խոցերը կարող են առաջացնել աղիների պերֆորացիա (թափածակում) և աղիքային արյունահոսություն: Կարող են առաջանալ նա ռեցիդիվներ (ախտադարձեր) կամ բակտերիակրություն:

Կլինիկա

Հիվանդության գաղտնի շրջանը 3-25 օր է, և ընթանում է հետևյալ շրջաններով՝

1. սկզբնական (պրոդրոմալ)
2. ծաղկման
3. ռեկոնվալեսցենցիա (ապաքինման)
4. ելք:

Սկզբնական շրջանը բնորոշվում է հիվանդության աստիճանական զարգացումով, առաջանում է թուլություն, տկարություն, գլխացավ, ախորժակի վատացում, քնի խանգարում, ջերմության աստիճանաբար բարձրացում մինչև 38-38,9°C: Հիվանդներն իրենց այսպիսի վիճակը հաճախ համարում են մրսածություն և չեն դիմում բժշկի: Սակայն օրեցօր նկատվում է վիճակի վատացում, թուլությունն ու գլխացավն ուժեղանում են, առաջանում են անքնություն, ախորժակի բացակայություն (անոռեքսիա): Հիվանդության սկզբնական շրջանը տևում է 4-7 օր և ավարտվում այն ժամանակ, երբ ջերմությունը հասնում է բարձր թվերի (40°C): Հիվանդին զննելիս նկատվում է

մաշկի գունատություն (չնայած բարձր ջերմությանը), լեզուն այտուցված է, պատված մոխրագույն փառով, իսկ լեզվի ծայրը և եզրերը մաքուր են, երևում են ատամնահետքերը: Որովայնը փքված է («օդային բարձի» նման), հայտնաբերվում է պերկուտոր հնչյունի կարճացում աջ աճուկային շրջանում (Պադալկայի ախտանիշ): Առաջանում է փորկապություն, երբեմն՝ լուծ: Սկզբնական շրջանի վերջում լյարդը և փայծաղը մեծացած են (հեպատոսպլենոմեգալիա):

Ծաղկման շրջանը բնութագրվում է բարձր ջերմությամբ, ուժեղ ինտոքսիկացիայի նշաններով: Հիվանդը թույլ է, աղինամիկ, արգելակված, չի շփվում շրջապատի հետ: Հիվանդը պառկած է դեմքի հանգիստ արտահայտությամբ, փակ աչքերով, կարծես քնած է, հարցերին պատասխանում է միօրինակ, քիչ ուշացումով: Ծանր դեպքերում զարգանում է Status typhosus (հունարեն typhos նշանակում է մառախուղ, ծուխ), որը բնութագրվում է արտահայտված արգելակմամբ, հալյուցինացիաներով, զառանցանքով, երբեմն նաև գիտակցության կորստով:

Հիվանդության 8-10-րդ օրը մաշկի վրա առաջանում է վարդագան (ռոզեոլոզ ցան), որը տվյալ հիվանդության ամենաբնորոշ նշաններից է: Ցանը տեղակայվում է կրծքի ստորին մասում և որովայնի վրա, հազվադեպ՝ թիկունքին և վերջույթներին: Սովորաբար ցանը առատ չէ՝ 3-7 հատ, դրանք 2-3-մմ տրամագծով կլոր վարդագույն բծեր են, որոնք սեղմելիս անհետանում են: 3-5 օր հետո վարդացանն անցնում է՝ տեղում թողնելով թեթևակի պիգմենտավորում: Սակայն տենդային շրջանի ընթացքում հնարավոր է ցանի նոր ալիքի առաջացում: Որոշ հիվանդների մոտ կարելի է հայտնաբերել ձեռքի ավերի դեղնավուն երանգ (Ֆիլիպովիչի ախտանիշ):

Հիվանդի զարկերակային ճնշումը ցածր է, սրտի տոները խլացած, կա հարաբերական բրադիկարդիա, դիկրոտիկ պուլս: Այս շրջանը տևում է 1-1,5 շաբաթ:

Ապաքինման շրջանը բնութագրվում է ջերմության լիտիկ իջեցումով: Վերանում են ինտոքսիկացիայի նշանները, նորմալանում է քունը և ախորժակը, լավանում է ինքնազգացողությունը: Պրոցեսի բարեհաջող ելքի դեպքում աստիճանաբար նորմալանում են օրգանների փոփոխված ֆունկցիաները:

Որոշ հիվանդների մոտ, չնայած բուժմանը, առաջանում են սրացումներ և ռեցիդիվներ: Սրացումը հանդիպում է ապաքինման վաղ շրջանում, երբ հիվանդների մոտ նկատվում է ինքնազգացողության և վիճակի լավացում, բայց ջերմությունը դեռ նորմայում չէ: Իսկ ռեցիդիվն առաջանում է, երբ հիվանդի մոտ արդեն կայուն ձևով նորմալանում է ջերմությունը, և ինտոքսիկացիայի նշանները լիովին բացակայում են: Ռեցիդիվի ժամանակ հիվանդության ախտանիշներն ավելի արագ են ի հայտ գալիս, հիվանդությունն ավելի կարճ է տևում:

Բարդություններ

Լինում են սպեցիֆիկ և ոչ սպեցիֆիկ:

Սպեցիֆիկ բարդությունները կապված են հիվանդության զարգացման ընթացքի հետ: Սրանց են պատկանում աղիքային արյունահոսությունը և աղու թափածակումը (պերֆորացիան): Դրանք առաջանում են հիվանդության 2-4-րդ շաբաթում: **Աղիքային արյունահոսության** դեպքում ինտոքսիկացիայի ֆոնի վրա մարմնի ջերմաստիճանն իջնում է մի քանի ժամով, առաջանում են տախիկարդիա, զարկերակային ճնշման իջեցում (մինչև կոլապս): Հիվանդի մաշկը գունատ է, պատված սառը քրտինքով: Նրա ինքնազգացողությունը կարճ ժամանակով լավանում է, գիտակ-

ցությունը՝ պարզվում, գլխացավը՝ թուլանում: Մի քանի ժամից կղանքը նմանվում է ձյութի (մեկենա):

Աղու թափածակման դեպքում հիվանդը նշում է ցավ որովայնի շրջանում (շատ հազվադեպ «դաշույնի հարվածի» նման): Առաջանում են որովայնի ուղիղ մկանների լարվածություն, հաճախացած շնչառություն, տախիկարդիա, մետեորիզմ, ջերմության շատ բարձրացում, Շյոտկին-Բլումբերգի ախտանիշը դրական է: Ձարգանում է պերիտոնիտ: Անհրաժեշտ է շտապ վիրաբուժական միջամտություն:

Ինֆեկցիոն-տոքսիկ շոկը հազվադեպ հանդիպող բարդություններից է, որի ժամանակ հիվանդի վիճակը կտրուկ վատանում է, ջերմությունը կտրուկ իջնում, մաշկը գունատվում, առաջանում է հևոց, տախիկարդիա, թեւանման պուլս, զարկերակային ճնշման իջեցում, դիուրեզի պակասում մինչև անուրիա:

Ոչ սպեցիֆիկ բարդությունների առաջացումը պայմանավորված է երկրորդային ինֆեկցիայի միացումով: Դրանցից են թոքաբորբը, պիելիտը, պարոտիտը, ստոմատիտը և այլն:

Ախտորոշում

Հիմնվում են կլինիկական նշանների, էպիդեմիոլոգիական անամնեզի և լաբորատոր հետազոտությունների վրա:

Հեմոգրամայում (արյան ընդհանուր քննություն) հայտնաբերում են լեյկոպենիա, հարաբերական լիմֆոցիտոզ, թրոբոցիտոպենիա, ԷՆԱ-ի չափավոր արագացում:

Բակտերիոլոգիական հետազոտության համար վերցնում են արյուն, կղանք, մեզ, դուրողենալ պարունակությունը: Հետազոտման համար արյունը վերցվում է արմնկային երակից 10-15մլ, ցանվում 100-150մլ 10-20%-ոց լեղային բուլյոնի կամ Ռապոպորտի միջավայրի վրա և շտապ ուղարկվում է լաբորատորիա: Արյան առաջին ցանքսը ցանկալի է կատարել հակաբակտերիալ բուժումն սկսելուց առաջ:

Բակտերիոլոգիական հետազոտության համար կատարում են ցանքս կղանքից (կոպրոկուլտուրա) և մեզից (ուրինոկուլտուրա) պինդ սննդային միջավայրի վրա (Էնդոյի միջավայր)՝ հիվանդության երկրորդ շաբաթվա վերջին:

Հետազոտության շճաբանական եղանակը հիմնված է արյան շիճուկում հակամարմինների հայտնաբերման վրա: Հակամարմինները սկսում են առաջանալ հիվանդության 6-8-րդ օրվանից: Նախկինում մեծ կիրառում ունեցող Վիդալի ագլյուտինացիայի ռեակցիան այժմ գործնականում չի կիրառվում: Ավելի զգայուն և սպեցիֆիկ է համարվում անուղղակի հեմագլյուտինացիայի ռեակցիան որովայնատիֆային էրիթրոցիտար դիագնոստիկումով 0 և Vi հակամարմինների հայտնաբերման համար:

Ախտորոշման նպատակով օգտվում են նաև իմունոֆլուորեսցենտային միկրոսկոպիայից, իմունոֆերմենտային անալիզից և կոագյուլոսինացիայի ռեակցիայից:

Բուժում և խնամք

Որովայնային տիֆով բուրդ հիվանդները և բակտերիակիրները ենթակա են պարտադիր հոսպիտալացման ինֆեկցիոն ստացիոնարում: Հիվանդասենյակը պետք է օդափոխվի, օդի ջերմաստիճանը լինի 19-20°C: Հիվանդը պետք է պահպանի խիստ անկողնային ռեժիմ ողջ

տենդային շրջանում և ջերմության կարգավորումից հետո ևս 6-7 օր, իսկ 7-8-րդ օրվանից թույլատրվում է նստել, միայն 10-11-րդ օրվանից՝ քայլել:

Երկար ժամանակ անկողնում գտնվելը պահանջում է մաշկի և լորձաթաղանթների յուրահատուկ խնամք՝ պառկելախոցերը և ստոմատիտը կանխելու նպատակով: Մաշկը հարկավոր է ամեն օր մաքրել տաք ջրով, մերսել կամֆորայի սպիրտով կամ քացախով: Պարբերաբար փոխել հիվանդի դիրքը, թույլ չտալ կտրուկ շարժումներ կատարել: Օրը մի քանի անգամ անհրաժեշտ է ողողել բերանը:

Հիվանդին նշանակվում է լիարժեք, կալորիական, դյուրամարս, խնայող, վիտամիններով հարուստ սնունդ (սեղան N4): Դիետան պետք է պահպանել տենդային շրջանում և ջերմության կարգավորումից հետո ևս 2 շաբաթ: Սնունդը պետք է տալ ոչ մեծ բաժիններով՝ 4-5 անգամ: Առողջական վիճակից ելնելով՝ սննդային ռացիոնը ընդլայնում են և արդեն 18-20-րդ օրվանից հիվանդին նշանակում ընդհանուր սեղան: Ստացիոնարից դուրս գրելուց հետո հիվանդներին դեռևս 2 շաբաթ չի կարելի օգտագործել յուղոտ և սուր կերակրատեսակներ: Սպեցիֆիկ բարդությունների առաջացման դեպքում սննդի ընդունումը խիստ սահմանափակում են: Առաջին օրերին հիվանդին ոչինչ չեն տալիս՝ բացի ոչ մեծ քանակության ջրից:

Փորկապության դեպքում չի կարելի տալ լուծողական, սակայն անհրաժեշտության դեպքում բժշկի թույլտվությամբ կարելի է կատարել մաքրող հոգնա: Յուրաքանչյուր դեֆեկացիայից հետո բուժքույրը պետք է տեսնի կղանքը (արյան հետքեր հայտնաբերելու համար):

Մետեորիզմի դեպքում սահմանափակում են ածխաջրերը, տեղադրում գազահան խողովակ:

Հիվանդին խնամելիս բուժ. անձնակազմը պետք է պահպանի սան-հիգիենայի կանոնները, կատարի ընթացիկ դեզինֆեկցիա: Ցանկացած մանիպուլյացիայից հետո բուժքույրը պետք է ձեռքերը լվանա քլորամինի 0,5%-ոց լուծույթով, հետո՝ օժառով և ջրով: Հիվանդի ամանեղենը հարկավոր է եռացնել, կղանքը ախտահանել քլորակրի 10%-ոց լուծույթով 3 ժամ, իսկ հեղուկ արտաթորանքները՝ չոր քլորակրով:

Էթիոտրոպ թերապիայի նպատակով կիրառում են հակաբիոտիկներ ողջ տենդի շրջանում և ևս 10 օր ջերմության նորմալանալուց հետո: Հիվանդին նշանակում են լեոմիցետին (0,5գ օրը 4 անգամ), ամպիցիլին (0,5գ օրը 4-6 անգամ), բակտրին (2 հաբ օրը 2 անգամ), ցիպրոֆլոքսացին (0,5գ օրը 2 անգամ):

Դեզինտոքսիկացիոն թերապիան կատարում են ներերակային կոլոիդ և կրիստալոիդ լուծույթներով՝ հեմոդեզ, ռեոպոլիզոլոկին, 5%-ոց գլյուկոզա, պոլիիոն լուծույթներ:

Հիվանդին դուրս են գրում միայն լրիվ ապաքինվելուց, ինչպես նաև կղանքի և մեզի կրկնակի բակտերիոլոգիական հետազոտությունից հետո, բայց ոչ շուտ, քան ջերմության նորմալանալուց հաշված 21-23-րդ օրը: Հիվանդը գտնվում է դիսպանսեր հսկողության տակ ևս 3 ամիս:

Կանխարգելում

Կիրառում են էպիդեմիկ պրոցեսի օղակներին ուղղված կոմպլեքս միջոցառումներ: Անհրաժեշտ է հսկողություն սահմանել ջրամատակարարման, սննդի ցանցերում սննդամթերքի վաճառքի վրա: Անհրաժեշտ է վաղ հայտնաբերել հիվանդներին, մեկուսացնել և բուժել: Հարկավոր է հայտ-

նաբերել նաև բակտերիակիրներին և թույլ չտալ նրանց աշխատել սննդի բնագավառում: Հսկողություն պետք է սահմանել նաև հիվանդի հետ շփված մարդկանց նկատմամբ և 25 օր անընդմեջ կատարել ջերմաչափում, բակտերիոլոգիական հետազոտություն:

Ինֆեկցիայի օջախում կատարում են ընթացիկ դեզինֆեկցիա, իսկ էպիդեմիկ ցուցումներով վակցինացիա: Տարվում է սան.-լուս. աշխատանք:

Ա ԵՎ Բ ՊԱՐԱՏԻՖԵՐ (Paratyphus abdominalis A, B)

Ա և Բ պարատիֆերը սուր ինֆեկցիոն հիվանդություններ են, որոնք իրենց էպիդեմիոլոգիայով, պաթոգենեզով և կլինիկական պատկերով նման են որովայնային տիֆին:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչները Salmonella paratyphi A և B-ն են, որոնք իրենց հատկություններով նման են որովայնատիֆի հարուցչին, սակայն ունեն այլ բիոքիմիական ակտիվություն և չեն պարունակում վիրուլենտության Vi-անտիգենը:

Էպիդեմիոլոգիա

Ա պարատիֆը հաճախ է հանդիպում տաք կլիմայական գոտիներում, իսկ Բ պարատիֆը՝ ամենուրեք: Ա պարատիֆի դեպքում ինֆեկցիայի աղբյուր է հանդիսանում հիվանդ կամ բակտերիակիր մարդը, իսկ Բ պարատիֆի դեպքում բացի մարդուց կարող է լինել նաև կենդանին (խոշոր եղջերավոր անասունները), որի դերը որպես ինֆեկցիայի աղբյուր մեծ չէ: Ա պարատիֆի դեպքում ինֆեկցիան փոխանցվում է առավելապես ջրային ճանապարհով, իսկ Բ պարատիֆի դեպքում՝ հաճախ սննդի միջոցով (հատկապես կաթի):

Պաթոգենեզ

Ա և Բ պարատիֆերի զարգացման մեխանիզմը նման է որովայնային տիֆի զարգացման մեխանիզմին:

Կլինիկա

Զնայած որովայնային տիֆի կլինիկական նշանների նմանությանը՝ Ա և Բ պարատիֆերն ունեն որոշակի առանձնահատկություններ:

Ա պարատիֆին բնորոշ է կարճ ինկուբացիոն շրջանը (8-10 օր), ունի սուր սկիզբ և ուղեկցվում է վերին շնչուղիների կատառալ երևույթներով (հարբուխ, հազ): Ի տարբերություն որովայնային տիֆի՝ այստեղ հայտնաբերվում են դեմքի մաշկի հիպերեմիա, սկլերիտ, շրթունքներին հերպետիկ ցան: Մարմնի ցանավորումն ի հայտ է գալիս ավելի վաղ՝ հիվանդության 4-7-րդ օրը, լինում է առատ և պոլիմորֆ: Վարդացանից բացի կարող է լինել ռոզեոլոզ-պապուլյոզ կամ պետեխիալ ցան, որը նման է կարմրուկի էկզանթեմային: Հաճախ ցանը տարածվում է վերջույթներին, ինչը բնորոշ չէ որովայնային տիֆին:

Հիվանդությունն ունի միջին ծանրություն, հազվադեպ են սրտանոթային համակարգի կողմից ախտահարումները, ինչպես նաև բարդությունները: Առավել հաճախ են հանդիպում ռեցիդիվներ:

Բ պարատիֆին բնորոշ են կարճ ինկուբացիոն շրջանը (5-10 օր) և սուր սկիզբը: Հիվանդության առաջին օրերից հիվանդի մոտ լինում են գաստրոէնտերիտի նշաններ (սրտխառնոց, փսխում, լուծ): Մարմնի վրա ցանն առաջանում է հիվանդության 4-6-րդ օրը, առատ է, պոլիմորֆ:

Հիվանդությունն ունի թեթև ընթացք:

Ախտորոշում

Հեմոգրամայում Ա և Բ պարատիֆերի դեպքում հաճախ լինում է լեկոցիտոզ: Կիրառվում են հետազոտման բակտերիոլոգիական և սերոլոգիական եղանակները:

Բուժում, խնամք և կանխարգելում

Նման են որովայնային տիֆի դեպքում կիրառվող միջոցառումներին:

ՍՆՆՂԱՅԻՆ ՏՈԿՍԻԿՈՒՆՖԵԿՑԻԱՆԵՐ

Սննդային տոքսիկոինֆեկցիաները աղիքային սուր ինֆեկցիաների խումբ է, որն առաջանում է սննդի մեջ այնպիսի մթերքի օգտագործումից, որն էնդոգեն կամ էկզոգեն ձևով աղտոտված է պաթոգեն կամ պայմանական պաթոգեն բակտերիաներով, որոնք ընդունակ են մարդու օրգանիզմից դուրս արտադրել էնտերոտոքսին:

Էթիոլոգիա

Սննդային տոկսիկոինֆեկցիաները պայմանավորված են պաթոգեն և պայմանական պաթոգեն բակտերիաներով, որոնք պատկանում են տարբեր ձևերի: Առավել հաճախ հանդիպում են այնպիսի հարուցիչներ, ինչպիսիք են՝ Bacillus, Clostridium, Citrobacter, Enterococcus, Klebsiella, Proteus, Salmonella, Staphylococcus, Streptococcus և այլն: Ներկայումս հայտնի են շուրջ 30 տեսակ բակտերիաներ, որոնք կարող են առաջացնել սննդային տոքսիկոինֆեկցիաներ: Որոշ տեսակներ մշտապես ապրում են մարդու աղիներում: Բոլոր հարուցիչներին ընդհանրացնում է այն հանգամանքը, որ դրանք ընդունակ են արտադրել էնտերոտոքսին: Դրանք տարածված են արտաքին միջավայրում և ընդունակ են շատ արագ (մի քանի ժամում) բազմանալ, արտադրել էնտերոտոքսին, որն էլ պահպանման կանոնները չպահպանելու դեպքում կուտակվում են սննդամթերքի մեջ:

Հիվանդության առաջացման համար պահանջվում են որոշ պայմաններ և՛ միկրոօրգանիզմների (բավարար քանակություն, համապատասխան վիրուլենտություն և տոքսիգենություն), և՛ մակրոօրգանիզմների կողմից (օրգանիզմի դիմադրողականության իջեցում, խրոնիկ և ուղեկցող հիվանդությունների առկայություն):

Էպիդեմիոլոգիա

Ձոռ-անթրոպոնոզ ինֆեկցիա է, որի աղբյուրն է և՛ մարդը, և՛ կենդանին: Հարուցիչները լայնորեն տարածված են ամենուրեք՝ մարդու և կենդանու

արտաթորանքներում, հողում, ջրում, օդում, առարկաների վրա: Ինֆեկցիա շատ են տարածում սննդի արտադրությունում աշխատող մարդիկ, որոնք հիվանդ են մաշկի զանազան թարախային հիվանդություններով (պիոդերմիա, պանարիցիում) կամ ստաֆիլոկոկային անգինայով, թոքաբորբով, պարադոնտոզով: Զոոնոզ աղբյուր են համարվում մաստիտով հիվանդ կենդանիները:

Ինֆեկցիան փոխանցվում է ֆեկալ-օրալ մեխանիզմով, որն իրականացվում է ալիմենտար (սննդային) ճանապարհով:

Հիվանդության զարգացման համար անհրաժեշտ է հարուցիչների մեծ քանակություն (10^7 - 10^8 միկրոբային բջիջ): Այսպիսի քանակության հարուցիչներ օրգանիզմ կարող են թափանցել միայն սննդամթերքի հետ (հանդիսանում է հարուցիչների համար սննդամիջավայր): Անհրաժեշտ է հիշել նաև, որ հարուցիչներ պարունակող սննդամթերքը չի փոխում իր օրգանոլեպտիկ հատկությունները: Հարուցիչներն առավել հաճախ պարունակվում են կաթի, կաթնամթերքի, կրեմերի, տորթերի, մսի, ձկան, սալաթների մեջ:

Հիվանդության հանդեպ բնակչության ընկալունակությունը խիստ բարձր է: Հանդիպում են հիվանդության սպորադիկ, հաճախ՝ խմբակային վարակման դեպքեր: Առավել հաճախ են հանդիպում տարվա տաք եղանակին:

Պաթոգենեզ

Հարուցիչներն ու դրանց արտադրած էկզոտոքսինը օրգանիզմ են թափանցում սննդի հետ միասին: Դրանք առաջացնում են բարակ աղիների բորբոքային փոփոխություններ, զարգանում են գաստրոէնտերիտ և ինտոքսիկացիա:

Կլինիկա

Ինկուբացիոն շրջանը 30 րոպեից մինչև 24 ժամ է: Հիվանդությունը սկսվում է հանկարծակի՝ թուլությամբ, անախորժ զգացումով էպիգաստրալ շրջանում, որին հաջորդում են որովայնի կծկողական ցավերը: Միաժամանակ լինում են սրտխառնոց, բազմակի փսխումներ, լուծ (օրը 10-15 անգամ): Կղանքը հաճախ ունի տհաճ հոտ և չի պարունակում պաթոլոգիական խառնուրդներ (լորձ, արյուն): Ինտոքսիկացիան բնորոշվում է սարսուռով, ջերմության բարձրացումով մինչև 39°C , գլխացավով: Այս վիճակը շարունակվում է 12-36 ժամից մինչև մի քանի օր:

Հիվանդի մաշկը գունատ է, լինում են ակրոցիանոզ, տախիկարդիա, զարկերակային ճնշման իջեցում: Օրգանիզմի ջրազրկման դեպքում կարող են լինել մկանային ցնցումներ, անուրիա, կոլապս, շոկ:

Բարդություններ

Առավել հաճախ հանդիպում են փոքր երեխաների և ծերերի մոտ: Հնարավոր են հիպովոլեմիկ և ինֆեկցիոն-տոքսիկ շոկ, սուր սրտանոթային անբավարարության, սեպսիսի առաջացում:

Ախտորոշում

Հիմնվում են կլինիկական պատկերի, էպիդեմիոլոգիական անամնեզի և լաբորատոր հետազոտությունների վրա:

Բակտերիոլոգիական հետազոտության համար վերցնում են փսխման զանգվածը, ստամոքսի լվացման ջրերը, սննդի մնացորդները, կղանքը: Հարկավոր է հիշել, որ մի շարք հարուցիչներ հնարավոր է հանդիպել նաև առողջ մարդու մոտ:

Խնամք և բուժում

Նման են սալմոնելոզի բուժմանը և խնամքին: Հիվանդության սուր շրջանում հարկավոր է պահպանել անկողնային ռեժիմ: Հիվանդին ծածկում են, ոտքերին դնում ջեռակ, տալիս խմելու տաք հեղուկներ: Կատարում են անհապաղ ստամոքսի լվացում. սկզբում ջրով (բակտերիոլոգիական հետազոտության համար), ապա՝ 2-4% սոդայի կամ 0,1% կալիումի պերմանգանատի լուծույթով: Կատարում են նաև հոգնա կամ տալիս լուծողական պրեպարատներ: Ստամոքսի լվացումից հետո հարկավոր է պահպանել 1-2 «սոված օր», որի ընթացքում հարկավոր է ընդունել հեղուկներ (մասուր, կիտրոն, թեյ, կոմպոտ): Հետագայում դիետան ընդլայնում են, բայց այն մնում է խնայող՝ քիմիական, մեխանիկական և ջերմային առումներով. կերակրում են քիչ-քիչ, գոլ վիճակում, օրը 5-6 անգամ:

Օրգանիզմի առաջին և երկրորդ աստիճանի ջրազրկման դեպքում նշանակում են պերօրալ ռեհիդրատացիոն լուծույթներ (ռեգիդրոն, օրալիտ, ցիտրազլուկոսոլան), իսկ երրորդ և չորրորդ աստիճանի ջրազրկման դեպքում ներմուծում են պարենտերալ եղանակով (տրիսոլ, դիսոլ, կվարտասոլ, ագեսոլ):

Ռեկոնվալեսցենցիայի շրջանում նշանակում են վիտամիններ և ֆերմենտային պրեպարատներ (պեպսին, ֆեստալ, պանկրեատին):

Հակաբիոտիկներ կիրառվում են բարդությունների դեպքում:

Հիվանդին դուրս են գրում կլինիկական առողջացումից և բակտերիոլոգիական հետազոտության բացասական արդյունքից հետո:

Կանխարգելում

Հարկավոր է ստեղծել մեխանիզացված և ավտոմատացված սննդային ձեռնարկություններ, սահմանել սանիտարական հսկողություն սննդի արտադրության, վաճառքի վրա, ինչպես նաև անասնապահական ֆերմաներում:

ՍԱԼՄՈՆԵԼԼՈԶ (Salmonellosis)

Սալմոնելոզը սուր աղիքային ինֆեկցիա է, որը բնորոշվում է ստամոքս-աղիքային համակարգի ախտահարումով, ինտոքսիկացիայով:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչը պատկանում է *Salmonella* ցեղին: Ներկայումս հայտնի են սալմոնելաների 2500 սերոտիպեր, որոնցից մոտ 100-ը պաթոգեն են մարդու համար: Սալմոնելան գրան-բացասական, շարժուն ցուպիկ է, սպոր և պատիճ չի առաջացնում, աճում է հասարակ սննդամիջավայրում: Հարուցիչները կայուն են արտաքին միջավայրում, ջրում պահպանվում են 4 ամիս, սենյակի փոշու մեջ՝ 80 օր, սառեցված մսի, ձվի և պանրի մեջ՝ 1 տարի: Կաթնամթերքում դրանք ոչ միայն պահպանվում են, այլև բազմանում՝ չփոխելով մթերքի օրգանոլեպտիկ հատկությունները: Կենդանիների և թռչունների չոր արտաթորանքում պահպանվում են 3-4 տարի: Հարուցիչները երկար են դիմանում ցածր ջերմաստիճանում և սառեցմանը: Տաքացման դրանք ոչնչանում են 60°C-ում 15 րոպեից, իսկ 100°C-ում՝ վայրկենապես: Պետք է հիշել, որ սննդամթերքում հարուցիչների լրիվ ոչնչացման համար հարկավոր է այն ենթարկել ջերմային մշակման (400գ միսը հարկավոր է եփել 2,5 ժամ): Աղը և ապխտումը թույլ ներգործություն են ունենում հարուցիչների վրա: Սալմոնելաներն արտադրում են էնդոտոքսին և էկզոտոքսին (այն ունի էնտերոտոքսիկ հատկություն): Հարուցիչներն ունեն սոմատիկ 0-անտիգեն և ջերմասնկայուն H-անտիգեն:

Էպիդեմիոլոգիա

Սալմոնելոզը զոոանթրոպոնոզ ինֆեկցիա է, որի աղբյուրն են հանդիսանում գյուղատնտեսական կենդանիները և թռչունները (խոշոր և մանր եղջերավոր անասունները, խոզերը, հավերը, սագերը, հնդկահավերը, բադերը և այլն), ինչպես նաև, հազվադեպ, հիվանդ և բակտերիակիր մարդիկ: Ինֆեկցիան փոխանցվում է ֆեկալ-օրալ մեխանիզմով, սննդամթերքի (կենդանու և թռչնի միս, ձու, կաթ և կաթնամթերք, մրգեր, բանջարեղեն) միջոցով, սակայն չի բացառվում նաև ջրային և կոնտակտային ճանապարհը: Սննդի միջոցով վարակը տեղի է ունենում 2 ձևով՝

1. Էնդոգեն՝ անմիջականորեն կենդանիներից (վարակված հավի ձու, հիվանդ կովի կաթ)
2. Էկզոգեն՝ սննդամթերքի պատրաստման, տեղափոխման և վաճառքի պրոցեսում:

Սալմոնելոզը գրանցվում է ստացիոնարում որպես ներհիվանդանոցային ինֆեկցիա, որը տարածվում է շփման ճանապարհով (կեղտոտ ձեռքեր, իրեր): Այն հաճախ է հանդիպում մանկական և մանկաբարձական բաժանմունքներում:

Սալմոնելոզի հանդեպ ընկալունակ են մինչև 1 տարեկան երեխաները, ծերերը և իմունոդեֆիցիտով անձինք:

Հիվանդությունը տարածված է ամենուրեք (հատկապես զարգացած անասնապահություն ունեցող երկրներում), հանդիպում է ողջ տարին, առավել հաճախ՝ ամռանը: Հանդիպում են հիվանդության սպորադիկ դեպքեր և էպիդեմիաներ:

Հիվանդությունից հետո ձևավորվում է կարճատև, տիպոսպեցիֆիկ իմունիտետ:

Պաթոգենեզ

Սալմոնելաները օրգանիզմ են թափանցում բերանով և ընկնում ստամոքս-աղիքային տրակտ: Բարակ աղիներում հարուցիչները մուտք են գործում լորձաթաղանթի մեջ՝ առաջացնելով բորբոքական ռեակցիա: Դրանց քայքայումից անջատվում է էնդոտոքսին, որն էլ առաջացնում է ինտոքսիկացիա: Իսկ ջերմաանկայուն էնտերոտոքսինն ուժեղացնում է հեղուկի և աղերի սեկրեցիան աղիների լուսանցքից, որն էլ առաջացնում է դիարեա: Որպես կանոն սալմոնելաները ախտահարում են միայն աղիների լորձաթաղանթը, ինչը բնորոշ է հիվանդության գաստրոինտեստինալ ձևին: Սակայն որոշ դեպքերում (իմունոդեֆիցիտ վիճակներ) հնարավոր է սալմոնելաների թափանցում արյան մեջ (բակտերեմիա) և տարածվում օրգանիզմում (գեներալիզացիա):

Կլինիկա

Ինկուբացիոն շրջանը 2-4 ժամից մինչև 2-3 օր է: Ընդունված է սալմոնելոզների հետևյալ դասակարգումը.

1. Գաստրոինտեստինալ կամ լոկալիզացված ձև՝ հետևյալ ընթացքներով.

ա) գաստրիտի

բ) գաստրոէնտերիտի

գ) գաստրոէնտերոկոլիտի,

2. Գեներալիզացված ձև՝ հետևյալ ընթացքներով.

ա) տիֆաման

բ) սեպտիկ,

3. Բակտերիակրություն՝ հետևյալ ընթացքներով.

ա) սուր (մինչև 3 ամիս)

բ) խրոնիկ (3 ամսից ավել)

գ) տրանզիտոր:

Սալմոնելոզն առավելապես ընթանում է գաստրոինտեստինալ և հազվադեպ՝ գեներալիզացված ձևերով:

Գաստրոինտեստինալ ձևի սալմոնելոզն ունի սուր սկիզբ: Հանկարծակի բարձրանում է մարմնի ջերմաստիճանը ($38-40^{\circ}\text{C}$), ի հայտ են գալիս կծկողական բնույթի ցավեր որովայնում, սրտխառնոց, փսխում, լուծ:

Ըստ ժանրության աստիճանի տարբերում են՝

1. թեթև

2. միջին ծանրության

3. ծանր:

Թեթև ընթացքի դեպքում հիվանդի վիճակը քիչ է խանգարվում, մարմնի ջերմաստիճանը սուբֆեբրիլ է (պահպանվում է 1-3 օր), լինում են թույլ ցավեր որովայնում, փսխում (1-2 անգամ), լուծ (օրը մինչև 5 անգամ):

Միջին ծանրության ընթացքի դեպքում մարմնի ջերմաստիճանը 38-39°C է (պահպանվում է մինչև 5 օր), լինում են լուծ (օրը 10 անգամ), կրկնակի փսխումներ, զարկերակային ճնշումն իջած է, որովայնը՝ փքված, ցավոտ էպիգաստրալ շրջանում և պորտի շուրջը: 3-4 օրից հիվանդի վիճակը կարգավորվում է:

Ծանր ընթացքի դեպքում հիվանդությունն ուղեկցվում է ջերմության բարձրացումով (39°C և ավել), ինտոքսիկացիայով, լինում է գլխացավ, գլխապտույտ, զարկերակային ճնշումն ընկած է, պուլսը՝ հաճախացած, թելանման: Հիվանդը նշում է ուժեղ որովայնացավ, սրտխառնոց, անզուսպ փսխում, լուծ (օրը 10-20 անգամ)՝ առատ, ջրային, տհաճ հոտով, փրփրոտ, կանաչա-շագանակագույն: Որովայնը փքված է, ցավոտ էպիգաստրալ շրջանում, պորտի շուրջը և աջ գստափոսի շրջանում (սալմոնելոզային եռանկյունի): Արդյունքում զարգանում է դեհիդրատացիա (ջրազրկում) և կոլապս: Լինում են մկանային կծկումներ, պակասում է մեզի քանակը, մաշկային ծածկույթները և լորձաթաղանթները չոր են, ցիանոտիկ, աչքերի տակ առաջանում են մուգ գույնի օղակներ:

Գաստրոինտեստինալ ձևի սալմոնելոզի դեպքում մարմնի բարձր ջերմաստիճանը պահպանվում է 3-5 օրվանից ոչ ավել, իսկ դիարեան՝ 5-7 օր: Դա միայն կլինիկական առողջացում է, իսկ ստամոքս-աղիքային համակարգի ֆունկցիայի լրիվ վերականգնումը լինում է 1-2 ամսում:

Գաստրիտի ընթացքով սալմոնելոզը հազվադեպ է հանդիպում: Ունի սուր սկիզբ, ինտոքսիկացիան թույլ է արտահայտված: Կլինիկական պատկերում գլխավորապես լինում են գաստրիտի նշաններ՝ ցավ էպիգաստրալ շրջանում, սրտխառնոց, բազմակի փսխում (ժամանակավորապես հանգիստ բերող), լուծ չի լինում: Հիվանդությունն ունի կարճատև թեթև ընթացք:

Գաստրոէնտերիտի ընթացքով սալմոնելոզը տիպիկ է գաստրոինտեստինալ ձևին: Սովորաբար միաժամանակ առաջանում են ինտոքսիկացիայի և ստամոքս-աղիքային տրակտի ախտահարման նշաններ: Լինում է մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացում, գլխացավ, գլխապտույտ, կծկող բնույթի ցավեր որովայնում, սրտխառնոց, բազմակի փսխումներ, լուծ՝ օրը 15-20 անգամ (առատ, տհաճ հոտով, նման ճահճի տիղմին): Լինում են տախիկարդիա, հիպոտոնիա, մեզի քանակի պակասում, վերջույթներում մկանային կծկումներ:

Գաստրոէնտերոկոլիտի ընթացքով սալմոնելոզի դեպքում որովայնի ցավը տեղակայվում է որովայնի ստորին շրջանում, իսկ կղանքը պարունակում է լորձ, երբեմն՝ արյուն: Որովայնը շոշափեզիս զգացվում է հաստ աղու ցավոտություն և սպազմ:

Գեներալիզացված ձևի սալմոնելոզը հազվադեպ է հանդիպում: Որպես կանոն այն վկայում է հիվանդի մոտ իմունոդեֆիցիտի առկայությունը (հաճախ է մինչև 1 տարեկան երեխաների և ծերերի մոտ): Հիվանդությունն սկսվում է գաստրոինտեստինալ ձևի նման, սակայն 5-7-րդ օրից հետո ինքնազգացողության կարգավորում չի նկատվում: Ի հայտ է գալիս ինտոքսիկացիա, իսկ լուծը պակասում է կամ դադարում:

Ե՛վ տիֆանման, և՛ սեպտիկ ընթացքներով սալմոնելոզին բնորոշ է կայուն բակտերեմիա:

Բակտերիակրությունը մեծ վտանգ է ներկայացնում, քանի որ կլինիկական նշանների բացակայության ֆոնի վրա հիվանդը հարուցիչներ է արտազատում արտաքին միջավայր: Գոյություն ունեն բակտերիակրության հետևյալ տեսակները՝

1. սուր (մինչև 3ամիս)

2. խրոնիկ (3 ամսից ավել)

3. տրանզիտոր, երբ կղանքի հետազոտության ժամանակ 1-2 դեպքերում հայտնաբերվել են սալմոնելաներ, իսկ կլինիկական պատկեր և վերջին 3 ամսվա տարած աղիքային ինֆեկցիա չեն նշվում: Պարտադիր է ստացված բացասական սերոլոգիական հետազոտության արդյունքները:

Բարդություններ

Օրգանիզմի դեհիդրատացիայի արդյունքում կարող են զարգանալ կոլապս, հիպովոլեմիկ շոկ, սուր սրտային և երիկամային անբավարարություններ, ինֆեկցիոն-տոքսիկ շոկ: Հնարավոր են նաև այլ օրգանների սեպտիկ ախտահարումներ՝ արթրիտ, էնդոկարդիտ, աբսցեսներ ուղեղում, լյարդում, պերիտոնիտ և այլն:

Ախտորոշում

Կիրառվում են բակտերիոլոգիական և շճաբանական հետազոտության եղանակները: Բակտերիոլոգիական հետազոտության նյութ են հանդիսանում փսխման զանգվածը, ստամոքսի լվացման ջրերը, կղանքը և օգտագործած կամ կասկածելի սննդամթերքը, իսկ գեներալիզացված ձևի սալմոնելոզի կասկածի դեպքում՝ նաև արյունը, մեզը: Հետազոտվող նյութը հավաքում են ստերիլ անոթի մեջ և ուղարկում լաբորատորիա 12 ժամից ոչ ուշ:

Շճաբանական ռեակցիայի համար արյունը վերցնում են երակից հիվանդության 5-7-րդ օրը, երբ օրգանիզմում սկսվում են ձևավորվել հակամարմիններ: Առավել հաճախ կիրառում են անուղղակի հեմագլյուտինացիայի ռեակցիան (մինիմալ դիագնոստիկ տիտրը կազմում է 1:200): Կիրառվում են նաև իմունոֆերմենտային անալիզը և կոագուլյացիայի ռեակցիան:

Սալմոնելոզով հիվանդների մոտ արյան մեջ հայտնաբերվում են լեյկոցիտոզ, էՆԱ-ի արագացում:

Բուժում և խնամք

Հոսպիտալացման անհրաժեշտությունը կախված է էպիդեմիոլոգիական և կլինիկական ցուցանիշներից: Էպիդեմիոլոգիական վտանգ չներկայացնող հիվանդները կարող են բուժվել ամբուլատոր ձևով: Պարտադիր հոսպիտալացվում են սննդի օբյեկտներում աշխատողները, հանրակացարանում ապրողները, նախադպրոցական հասակի երեխաները, ծերերը:

Սալմոնելոզով հիվանդներին խնամելիս հարկավոր է խստորեն պահպանել սան.-հիգիենիկ կանոնները, կատարել ընթացիկ դեզինֆեկցիա: Անհրաժեշտ է հիվանդի խնամողներին ծանոթացնել այդ կանոններին: Հիվանդները բուժ. անձնակազմի հատուկ ուշադրությանը պետք է արժանանան հատկապես հիվանդության առաջին օրերին, երբ ի հայտ են գալիս ինտոքսիկացիայի նշանները, ջրազրկումը և մարսողական համակարգի խանգարումները: Սուր սալմոնելոզի դեպքում, երբ ընթացքը ծանր է, հիվանդները պետք է պահպանեն անկողնային ռեժիմ (1-3 օր): Բուժքույրը պետք է հետևի կղանքի բնույթին, դրա հաճախականությանը, դրանում

խառնուրդների առկայությանը և այդ տվյալները գրանցի հիվանդության պատմության մեջ: Հարկավոր է ուշադրություն դարձնել դիուրեզի վրա, հաշվել կորցրած հեղուկի քանակը յուրաքանչյուր 2 ժամը մեկ անգամ (չափելով կղանքի, փսխման զանգվածի և դիուրեզի քանակը):

Մինչև կղանքի նորմալանալը հիվանդները պետք է օգտվեն գիշերանոթից: Բուժքույրը պետք է հետևի հիվանդի մարմնի մաքրությանը, յուրաքանչյուր դեֆեկացիայից հետո հետամցնի շրջանը լվանա օձառաջրով, հետո լավ չորացնի:

Առաջին հերթին սալմոնելոզով հիվանդին անհրաժեշտ է կատարել ստամոքսի լվացում 3%-ոց սոդայաջրով կամ կալիումի պերմանգանատի լուծույթով (1:5000), ցանկալի է հիվանդության առաջին ժամերին: Ստամոքսի լվացումը կրկնել մի քանի անգամ, առավել արդյունավետ է այն կատարել զոնդով:

Սալմոնելոզով հիվանդների կոմպլեքսային բուժման մեջ մեծ է բուժական դիետայի դերը: Սուր շրջանում նշանակում են սեղան N4: Կղանքի նորմալացումից հետո անցնում են սեղան N2-ին, իսկ հետո՝ ընդլայնում են: Անհրաժեշտ է սահմանափակել ածխաջրերը (խմորման պրոցեսը պակասեցնելու համար), բացառել մեխանիկական, քիմիական և ջերմային գրգռիչներ պարունակող սննդամթերքը: Սնունդը պետք է լինի կալորիական և վիտամիններով հարուստ: Օրվա ընթացքում նշանակել 1,5-2լ հեղուկներ (ջուր, մրգահյութ, թեյ):

Սալմոնելոզի գաստրոինտեստինալ ձևի դեպքում էթիոտրոպ թերապիան առաջնատար չէ (այն նպաստում է դիսբակտերիոզի և երկարատև բակտերիակրության ձևավորմանը), քանի որ հիվանդության զարգացման համար մեծ դեր են խաղում բակտերիալ տոքսինները:

Հակամիկրոբային թերապիան իրականացվում է սալմոնելոզի գեներալիզացված ձևերի ժամանակ:

Բուժման հարցում մեծ է ռեհիդրատացիոն թերապիայի դերը, ինչպես նաև դեզիտոքսիկացիոն թերապիան: Հիվանդության թեթև ընթացքի դեպքում նշանակում են օրալ ռեհիդրատացիոն միջոցներ՝ ռեգիդրոն, օրալիտ, ցիտրոգլյուկոսոլան (1լ/ժամում արագությամբ): Հիվանդության ծանր ընթացքի և հաճախակի փսխումների դեպքում նշանակում են պարենտերալ միջոցներ՝ կվարտասոլ, լակտասոլ, տրիսոլ, քլոսոլ, ագեսոլ (նախօրոք տաքացնելով մինչև 38-40°C, ներմուծել 30-40մլ/րոպեում): Բուժքույրը պետք է հիշի, որ լուծույթների ներերակային ներմուծման ընթացքում կարող է զարգանալ պիրոզեն ռեակցիա (դող, սարսուռ, ջերմության բարձրացում), որի դեպքում հարկավոր է տաքացնել ջեռակներով, տալ դեսենսիբիլիզացնող դեղամիջոցներ՝ դիմեդոլ, սուպրաստին, պիպոլֆեն, իսկ հեղուկը փոխել ուրիշով:

Գեներալիզացված ձևի դեպքում նշանակում են հակաբիոտիկներ 10-12 օր՝ լեոմիցետին (0,5գ օրը 4 անգամ), ամպիցիլին (0,5գ օրը 3-4 անգամ), ցիպրոֆլուսացին (0,5գ օրը 2 անգամ), ցեֆտրիակսոն (2,0գ օրական):

Հիվանդներին նշանակում են նաև սպազմոլիտիկներ (նո-շպա, պապավերին), էնտերոսորբենտներ (սմեկտա), վիսմուտի նիտրատ, կալցիումի կարբոնատ, կադմու կեղևից պատրաստված թուրմ, ֆերմենտային պրեպարատներ (պանգլինորմ, ֆեստալ, մեզիմ-ֆորտե, խոլենզիմ):

Խրոնիկ բակտերիակրության դեպքում նշանակում են հակամիկրոբային պրեպարատներ, բակտերիոֆագ, էոբիոտիկներ (բիֆիդոլ, լակտոբակտերին, բիֆիդում բակտերին), վիտամիններ:

Հիվանդին ստացիոնարից դուրս են գրում լրիվ առողջացումից հետո և կղանքի բակտերիոլոգիական հետազոտության ստացված բացասական պատասխանի հիման վրա, նա դիսպանսեր հսկողության տակ է գտնվում 3 ամիս:

Կանխարգելում

Անհրաժեշտ է սահմանել ընթացիկ հսկողություն անասնաբուժական և սանիտարաէպիդեմիոլոգիական ծառայությունների կողմից սննդի օբյեկտների, ֆերմաների նկատմամբ:

Հարկավոր է ավտոմատիզացնել և մեքենայացնել տեխնոլոգիական պրոցեսները:

ԲՈՏՈՒԼԻԶՄ (Botulismus)

Բոտուլիզմը սուր տոքսիկ-ինֆեկցիոն հիվանդություն է, որը բնութագրվում է կենտրոնական և վեգետատիվ նյարդային համակարգերի ախտահարումով:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչը *Clostridium botulinum*-ն է, որը շարժուն է, օբլիգատ անաէրոբ, առաջացնում է սպոր: Թթվածնի բացակայության պայմաններում հարուցիչն արտադրում է էկզոտոքսին, որի 0,3մկգ-ը մահացու է մարդու համար:

Հայտնի է հարուցիչների 7 սերոտիպ՝ A, B, C, D, E, F, G, որոնցից A, B և E տիպերը մարդու համար խիստ պաթոգեն են:

Հարուցչի սպորները տարածված են արտաքին միջավայրում, հողի մշտական բնակիչն են: Սպորները շատ կայուն են արտաքին միջավայրում, ինչպես նաև քիմիական և ֆիզիկական ազդակների հանդեպ: Դրանք 3-5 ժամ դիմանում են եռացմանը, իսկ ավտոկլավում 120°C-ում ոչնչանում են միայն 30րոպեից: Սպորները կենսունակ են մնում 18% աղաջրում գտնվող մթերքների վրա, անաէրոբ պայմաններում (օրինակ՝ պահածոներում) 22-35°C-ում վերածվում են վեգետատիվ ձևի, արտադրում բոտուլինոտոքսին, որն ուժեղ նեյրոտոքսին է: Հարուցիչների վեգետատիվ ձևերը եռացնելիս ոչնչանում են 5 րոպեից: Բոտուլինոտոքսինը նույնպես քայքայվում է եռացնելիս: Ալկոհոլը, աղային 11%-ից բարձր կամ շաքարի 55%-ից բարձր լուծույթները թուլացնում են բոտուլինոտոքսինի ազդեցությունը:

Էպիդեմիոլոգիա

Բոտուլիզմի սպորները և վեգետատիվ ձևերը գտնվում են հողի, ջրի, կենդանիների, թռչունների և ձկների աղիների մեջ: Հարուցիչները կարող են թափանցել նաև մարդու աղիներ (աղտոտված սննդի և ջրի միջոցով), սակայն հիվանդություն չի առաջանում, քանի որ դրա համար պարտադիր պայման է նաև բոտուլինոտոքսինի թափանցումը: Առավել մեծ վտանգ են ներկայացնում տնային պայմաններում պատրաստված պահածոները (սունկ, բանջարեղեն, միրգ), ինչպես նաև երշիկները, ապխտած միսը, աղ դրած ձուկը: Հարուցիչներ և տոքսին պարունակող սննդամթերքը չի փոխում իր օրգանոլեպտիկ հատկությունները: Հանդիպում են հիվանդության սպորադիկ

դեպքեր և խմբակային (հաճախ ընտանեկան) վարակման դեպքեր: Հիվանդ մարդը շրջապատի համար վտանգ չի ներկայացնում:

Հազվադեպ հանդիպում է նաև վերքային և նորածինների բոտուլիզմը:

Պաթոգենեզ

Հարուցիչները և բոտուլինոտոքսինը օրգանիզմ են թափանցում սննդի հետ միասին: Տոքսինը ոչ միայն չի քայքայվում, այլև մարսողական (պրոտեոլիտիկ) ֆերմենտների ազդեցության տակ նույնիսկ դառնում է ավելի տոքսիկ: Բոտուլինոտոքսինը ներծծվում է ստամոքս-աղիքային համակարգի լորձաթաղանթով, անցնում արյան մեջ և առաջացնում հարթ մկանների պարեզ: Տոքսինը խախտում է գրգիռի նյարդամկանային հաղորդումը, որն էլ առաջացնում է պարեզի և պարալիզների առաջացում: Հիվանդի մոտ զարգանում է շնչառական սուր անբավարարություն, որն էլ դառնում է մահվան պատճառ:

Կլինիկա

Ինկուբացիոն շրջանը 4-6 ժամից մինչև 2-5 օր է (երբեմն մինչև 12 օր): Որքան կարճ է գաղտնի շրջանը, այնքան ծանր է ընթանում հիվանդությունը: Հիվանդությունը սկսվում է հանկարծակի, սուր ձևով: Սկզբնական շրջանում լինում են գաստրոէնտերիտի նշաններ: Հիվանդի մոտ լինում են էպիգաստրալ շրջանի կծկող բնույթի ցավեր, կրկնակի փսխում և լուծ (օրը մինչև 5 անգամ): Մարմնի ջերմության բարձրացումը բնորոշ չէ: Գաստրոէնտերիտի երևույթները պահպանվում են մի քանի ժամից մի քանի օր, որից հետո լրիվ անհետանում են: Ի հայտ են գալիս նյարդային ախտանիշներ՝ բերանում չորության զգացում, տեսողության վատացում, կլման խանգարում, մկանային թուլություն, մետեորիզմ, փորկապություն: Հիվանդի մոտ լինում է գլխացավ, թուլություն, անքնություն: Հաճախ հիվանդի մոտ լինում են տեսողության խանգարումներ՝ աչքերի առաջ «շղարշի» առաջացում, երկտեսողություն (դիպլոպիա), դժվարանում է կարդալ, միակողմանի կամ երկու կողմերի իջեցում (պտոզ), բերի լայնացում (միդրիազ), շլություն, հորիզոնական միստագմ, ակոմոդացիայի խանգարում:

Միաժամանակ լինում են նաև բերանում չորության, ծարավի զգացում, ձայնը դառնում է խռպոտ (երբեմն աֆոնիա), կոկորդում կարկամի զգացում («կուլ չգնացած հաբի»), կլման դժվարացում (սկզբում պինդ, հետո նաև հեղուկ սննդի): Հեղուկը կուլ տալիս կարող է թափվել քթից:

Միջկողային մկանների պարեզի հետևանքով հիվանդը զգում է կրծքավանդակի «սեղմում օղակով»: Լինում է հեղ, հաճախացած և մակերեսային շնչառություն, օդի պակասի զգացում: Վերանում է հազի ռեֆլեքսը: Անբարենպաստ և վտանգավոր նշաններից է համարվում շնչառության խանգարումը, որը վկայում է բոտուլիզմի անբարենպաստ ելքի մասին:

Բոտուլիզմի ընթացքը պայմանականորեն կարելի է բաժանել հետևյալ եղանակների (կախված այս կամ այն օրգանի և համակարգի առավել ախտահարումից)։

ա) առավելապես դիսպեպտիկ խանգարումներով

բ) տեսողության խանգարումով

գ) շնչառության խանգարումով՝ այն հազվադեպ է հանդիպում, որի ժամանակ շնչառությունը դառնում է Չեյն-Ստոքսյան, շատ կարճ ժամանակում ունենում է լետալ ելք:

Բարդություններ

Որպես բոտուլիզմի բարդություն կարող են առաջանալ սուր շնչառական անբավարարություն, ասպիրացիոն պնևմոնիա, տրախեոբրոնխիտ, միոկարդիտ, միոզիտ:

Ախտորոշում

Դիագնոզը դրվում է կլինիկատիպիկեմիոլոգիական և լաբորատոր հետազոտության տվյալների հիման վրա: Լաբորատոր հետազոտության են ենթարկվում փսխման զանգվածը, ստամոքսի լվացման ջրերը, արյունը, կղանքը, օգտագործված սննդամթերքի մնացորդը: Դիագնոզի հաստատման համար կիրառվում է հետազոտության բիոլոգիական եղանակը, դրվում է բիոպրոբա սպիտակ մկների կամ ծովախոզուկների վրա (թույնի չեզոքացման ռեակցիա): Այս ռեակցիայով ոչ միայն բացահայտում են բոտուլիզմոտոքսինի առկայությունը, այլև հարուցչի սերոտիպը: Այս եղանակի էությունը կայանում է նրանում, որ կենդանիներին ներարկում են տարբեր սերոտիպերի հակաբոտուլիզինային շիճուկներ, այնուհետև ներորոպայնային ներմուծում են հիվանդի արյունը կամ մեզը, որը պարունակում է թույն: Կենդանի են մնում այն մկները, որոնց մոտ տոքսինի սերոտիպը համընկնում է հակաշիճուկին: Կոնտրոլի համար վերցված կենդանիները, որոնց ներարկել էին միայն հիվանդից վերցված նյութը (որը թույն էր պարունակում), սատկում են 6-8 ժամից:

Հետազոտության բակտերիոլոգիական եղանակը հազվադեպ է կիրառվում, որի ժամանակ հետազոտվող նյութից ցանքս են կատարում Կիտ-Տարոցի սննդամիջավայրի վրա:

Հարուցիչների սերոտիպերը որոշելու համար դրվում է իմունոֆերմենտային ռեակցիա:

Բուժում և խնամք

Չնայած բոտուլիզմով հիվանդները շրջապատի համար էպիդեմիոլոգիական վտանգ չեն ներկայացնում, այնուամենայնիվ կլինիկական ցուցումներով նրանք ենթակա են հոսպիտալացման: Շնչառական խանգարումների դեպքում նրանց հարկավոր է տեղավորել վերակենդանացման (ռեանիմացիա) բաժանմունքում: Բոտուլիզմով հիվանդները խնամքի կարիք ունեն, քանի որ նրանց մոտ կա մկանային թուլություն և նյարդային խանգարումներ: Առաջին 2 օրերի ընթացքում հիվանդները պետք է պահպանեն անկողնային ռեժիմ: Հետագայում ռեժիմը կարելի է ընդլայնել կախված հիվանդի ընդհանուր վիճակից: Անհրաժեշտ է հիշել, որ ախտահարված նյարդերի վերականգնումը կարող է տևել ամիսներ:

Բուժքույրը պետք է հետևի հիվանդի շնչառության ֆունկցիային և ցանկացած փոփոխության դեպքում (օդի պակասի զգացում, հաճախացած շնչառություն, անհանգստություն և այլն) անմիջապես անցնի արհեստական շնչառության:

Քանի որ հիվանդի մոտ լինում են ըմպանի և կոկորդի մկանների պարեզներ և պարալիչներ, հետևաբար նրան պետք է կերակրել զոնդի միջոցով և պարենտերալ: Եթե նույնիսկ կլման ակտը պահպանված է, ապա ամեն դեպքում հիվանդին պետք է կերակրել շատ զգույշ, որպեսզի սննդամթերքից կտոր չընկնի շնչուղիները, քանի որ դա կհանգեցնի ասպիրացիոն թոքաբորբի առաջացմանը:

Բուժքույրը պետք է պարբերաբար կատարի հիվանդի բերանի խոռոչի ողողում հակասեպտիկ լուծույթներով՝ ֆուրացիլին 1:5000, ռիվանոլ՝ 1:1000, կալենդուլայի (1 թեյի գդալը 1 բաժակ ջրին) լուծույթներով:

Ստացիոնար ընդունվելուց անմիջապես հետո բուժական առաջնահերթ միջոցառումներից է համարվում հիվանդի ստամոքսի վնասումը (արդյունավետ է զոնդի օգնությամբ) սկզբում եռացրած ջրով (հետազոտության նյութվերցնելուհամար), հետո 2-5%-ոց նատրիումի հիդրոկարբոնատի լուծույթով (հիմնային միջավայրը ինակտիվացնում է բոտուլինոտոքսինը): Եթե հիվանդի մոտ պահպանված է փսխման ռեֆլեքսը, ապա հարկավոր է առաջացնել փսխում: Ստամոքսը վնասվում է հետո հիվանդին կարելի է տալ էնտերոսորբենտ (ակտիվացած ածուխ, պոլիֆեպան): Չներծծված բոտուլինոտոքսինը աղիներից հեռացնելու նպատակով կատարվում են սիֆոնաին մաքրող հոգնաներ: Կարելի է տալ լուծողական (30գ մագնեզիումի սուլֆատը 200մլ ջրի մեջ խառնած): Հիվանդի մոտ նյարդային համակարգի կողմից երևույթներ նկատելիս հարկավոր է անմիջապես սկսել սպեցիֆիկ անտիտոքսիկ թերապիա: Ներարկում են հակաբոտուլինային շիճուկ: Քանի որ թույնի տեսակը հայտնի չէ, ուստի ներմուծում են պոլիվալենտ հետերոլոգիկ (ձիուց ստացված) շիճուկ կամ մոնոկալենտ շիճուկների խառնուրդ՝ A տիպից՝ 10.000մ, B տիպից՝ 5000մ, E տիպից՝ 10.000-15.000մ (ներմուծում են ըստ Բեզրեդկայի եղենակի), անհրաժեշտության դեպքում նաև C տիպից՝ 5.000-10.000մ:

Նախքան շիճուկի ներմուծումը՝ անհրաժեշտ է դնել ներմաշկային պրոբա:

Հիվանդներին նշանակում են նաև դեզինտոքսիկացիոն թերապիա (5%-ոց գլյուկոզա, լակտոսոլ, հեմոդեզ), միաժամանակ տալով միզամուղներ (ֆուրոսեմիդ, լազիքս, հիպոթիազիդ), նյարդամկանային հաղորդականությունը կարգավորող դեղամիջոցներ՝ պրոզերին, գուլանիդին հիդրոքլորիդ:

Չնայած բոտուլինին համարվում է տոքսիկոնֆեկցիա, հիվանդներին հարկավոր է նշանակել նաև հակաբիոտիկներ (լեոմիցետին՝ 0,5գ օրը 4անգամ, ամպիցիլին՝ 0,25գ-ից օրը 4 անգամ) 5օր տևողությամբ՝ աղիներում գտնվող կլոստրիդիումների վեգետատիվ ձևերը ճնշելու համար:

Շնչառական անբավարարության դեպքում հարկավոր է անցնել արհեստական շնչառության: Արհեստական շնչառական ապարատի տակ գտնվող հիվանդին հարկավոր է հատուկ խնամք. կանոնավոր ձևով մաքրել շնչուղիները, հեռացնել խորխը և լորձը, խոնավ պահել շնչուղիները, կատարել աերոզոլային ինհալյացիա հակաբիոտիկներով և մուկոլիտիկներով, բրոնխոսկոպիա՝ տրախեոբրոնխիալ ծառը վնասվելու նպատակով, նշանակել կրծքավանդակի վիրացիոն մերսում, կանխել պառնկելախոցերի առաջացումը, անցնել զոնդային սնուցման: Հիպօքսիայի դեմ պայքար տանելու նպատակով կիրառում են հիպերբարիկ օքսիգենացիա (բարոկամերաներ): Հիվանդին դուրս են գրում լրիվ առողջանալուց հետո: Աշխատունակության և ֆունկցիաների վերականգնումը, կախված տարած հիվանդության ծանրությունից, տեղի է ունենում մի քանի շաբաթ և նույնիսկ ամիս հետո:

Կանխարգելում

Հարկավոր է պահպանել սանիտարական և տեխնոլոգիական պրոցեսները սննդամթերքի պատրաստման և պահածոյացման ժամանակ: Քանի որ բոտուլինին առաջացման հիմնական պատճառը տնային պայմաններում պատրաստված պահածոներն են, ուստի հարկավոր է տանել սան.-լուս. աշխատանք բնակչության շրջանում. օգտագործելուց առաջ պահածոները հարկավոր է ենթարկել ջերմային մշակման՝ 100°C-ում 30 րոպե:

ԽՈՒԼԵՐԱ (Cholera)

Խոլերան սուր աղիքային ինֆեկցիա է, որն ընթանում է դիարեայով և փսխումով, ջրազրկման (դեհիդրատացիա), դեմիներալիզացիայի և ացիդոզի զարգացումով: Այն պանդեմիա առաջացնելու հակում ունի, համարվում է հատուկ վտանգավոր (կարանտինային) ինֆեկցիա:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչը խոլերայի վիբրիոնն է՝ *Vibrio cholerae*, որը գրամ-բացասական բակտերիա է, ունի մորակ, աէրոբ է, ստորակետանման, շարժուն, սպոր և պատիճ չի առաջացնում:

Հայտնի է խոլերայի հարուցչի 3 տեսակ՝

1. *Vibrio cholerae classica* (կլասիկ, Կոխի ցուպիկ)
2. *Vibrio cholerae El-Tor* (Էլ-Տոր)
3. *Vibrio cholerae O 139* («Բենգալ»):

Առաջին երկու տեսակներն իրենց անտիգենային կառուցվածքով բաժանվում են հետևյալ սերոտիպերի՝ Ինաբա, Գիկոշիմա և Օգավա, պատկանում են Օ1 խմբին: Իսկ երրորդ տեսակը մոր է, պատկանում է այլ սերոխմբի (Օ139), հանդիպում է վերջին տարիներին: Ջրամբարներում հայտնաբերվում են այնպիսի վիբրիոններ, որոնք ազլյուտինացիա չեն առաջացնում Օ1 շիճուկի հետ, սակայն առաջացնում են խոլերանման հիվանդություն: Դրանք կոչվում են ծՇՔ-վիբրիոն (վպՈՂՅՍՑՈՎՈՐԳՔՈՒ):

Խոլերայի զարգացման մեջ կարևորագույն գործոն են հանդիսանում հարուցիչների թերմոլյաբիլ (ջերմաանկայուն) էնտերոտոքսինը (էկզոտոքսին) և թերմոստաբիլ (ջերմակայուն) էնդոտոքսինը:

Վիբրիոնը կայուն է արտաքին միջավայրում, ջրամբարներում պահպանվում է 1 ամիս, թարմ մրգերի և բանջարեղենի վրա՝ 2 շաբաթ, խոնավ արտաթորանքում՝ 217 օր, ստերիլիզացված կաթի մեջ՝ մի քանի ամիս, դիմանում է ցածր ջերմաստիճանին և սառեցմանը, լավ է աճում հիմնային միջավայրում (1%-ոց պեպտոնաջրում): Վիբրիոնն անկայուն է չորացման, արևի ուղիղ ճառագայթների, եռացման, թթվային միջավայրի և դեզինֆեկցիոն նյութերի հանդեպ:

Էպիդեմիոլոգիա

Անթրոպոցոլ ինֆեկցիա է, որի աղբյուրն է հանդիսանում հիվանդ մարդը կամ վիբրիոնակիրը: Մեծ էպիդեմիոլոգիական վտանգ են ներկայացնում հիվանդության սուր շրջանում գտնվող հիվանդները (1մլ արտաթորանքը պարունակում է 10^5 - 10^8 վիբրիոն, իսկ հիվանդն օրական արտազատում է մի քանի լիտր հեղուկ կղանք): Լուրջ վտանգ կարող են ներկայացնել նաև թեթև և ջնջված ձևերով հիվանդները: Ռեկոնվալեսցենտները հազվադեպ են հանդիսանում ինֆեկցիայի աղբյուր, քանի որ արդեն 4-րդ շաբաթից օրգանիզմն առողջանում է: Իսկ խրոնիկ վիբրիոնակրությունը հազվադեպ է: Բնության մեջ վիբրիոնների ժամանակավոր ռեզերվուար են հանդիսանում ձկները, փափկամարմինները և այլն: Ի տարբերություն մյուս աղիքային ինֆեկցիաների՝ խոլերան շատ արագ է տարածվում, ինչը պայմանավորված է մեծ քանակությամբ հարուցիչ արտադրելով, արտաքին միջավայրում նրանց կայունությամբ և արագ բազմանալու հատկությամբ:

Վարակն ունի փոխանցման ֆեկալ-օրալ մեխանիզմ, որն իրականանում է առավելապես ջրային ճանապարհով, ինչպես նաև սննդի միջոցով, հազվադեպ՝ կոնտակտակենցաղային ճանապարհով: Էլ-Տոր ձևի վիրիոններով հնարավոր է վարակվել հում և ոչ բավարար ջերմային մշակման ենթարկված ձկներենից, խեցգետնից և խխունջներից:

Խոլերայի նկատմամբ ընկալունակությունը բարձր է հատկապես ստամոքսի պատնեշային ֆունկցիայի խանգարումներով անձանց մոտ: Հիվանդությանը հատուկ են էպիդեմիաների և պանդեմիաների ձևով տարածումներ: Հաճախ է հանդիպում տրոպիկական տաք գոտիներում, ամռան և աշնան ամիսներին: Հիվանդությունից հետո ձևավորվում է կայուն և երկարատև իմունիտետ:

Պաթոգենեզ

Հարուցիչներն օրգանիզմ են թափանցում բերանի խոռոչով (per os): Դրանց մի մասը ոչնչանում է ստամոքսահյուսվածքի ազդեցությունից: Բարակ աղիներում հարուցիչները սկսում են բազմանալ և արտադրել էնտրոտոքսին (խոլերոգեն), որն ակտիվացնում է հեղուկի և էլեկտրոլիտների սեկրեցիան դեպի աղիքի լուսանցք: Հեղուկի կորուստը 1 ժամում հասնում է 1 լիտրի: Ջարգանում է դիարեա և փսխում, որոնք առաջացնում են դեհիդրատացիա, դեմիներալիզացիա, հիպովոլեմիա, հյուսվածքների հիպօքսիա, ացիդոզ: Հիվանդների մոտ զարգանում է երիկամային անբավարարություն:

Կլինիկա

Ինկուբացիոն շրջանը մի քանի ժամից մինչև 5 օր է:

Հայտնի են հիվանդության հետևյալ ձևերը՝

1. Տիպիկ ձև, որը լինում է.

ա) թեթև

բ) միջին ծանրության

գ) ծանր,

2. Ատիպիկ ձև, որը լինում է.

ա) ջնջված

բ) կայծակնային

գ) «չոր»:

Հիվանդությունը սկսվում է սուր, հաճախ գիշերը կամ առավոտյան ժամերին: Առաջին ախտանիշն է լուծը, որին չի նախորդում մյուս աղիքային ինֆեկցիաներին բնորոշ ոչ մի նախանշան (թուլություն, տկարություն, ջերմության բարձրացում, ցավ որովայնում): Հիվանդի մոտ առաջանում է դեֆեկացիայի ցանկություն, իսկ արտաթորանքը կղանքային բնույթի է: Ավելի ուշ դեֆեկացիան չի ուղեկցվում ցանկությամբ, իսկ կղանքը դառնում է առատ, ջրային (1 դեֆեկացիայի ժամանակ հիվանդը կորցնում է 300-800մլ և ավելի հեղուկ): Դիարեայի ժամանակ կղանքը նման է պղտոր սպիտակավուն հեղուկի, որի մեջ կան սպիտակ փաթիլներ՝ «բրնձաջրի» նման, առանց տհաճ հոտի (ի տարբերություն մյուս աղիքային ինֆեկցիաների): Խոլերային բնորոշ չեն նաև ցավերը որովայնում: Հիվանդը նշում է դիսկոմֆորտ, տհաճ զգացում կամ գոմոռոգ որովայնում, իսկ ցավերի հազվադեպ կարելի է հանդիպել: Դեֆեկացիան կարող է լինել օրական 3-5-ից մինչև 20 և ավելի անգամ, ինչով էլ պայմանավորված է օրգանիզմի ջրազրկման աստիճանը:

Մի քանի ժամից հիվանդի մոտ առաջանում է հանկարծակի փսխում՝ առանց նախնական սրտխառնոցի: Սկզբում փսխման զանգվածը պարունակում է սննդի և լեղու խառնուրդ, սակայն հետագայում այն նմանվում է բրնձաջրի: Այս վիճակը նպաստում է օրգանիզմի արագ ջրազրկմանը: Կախված ջրազրկման չափից՝ հիվանդի մոտ առաջանում են լորձաթաղանթների չորություն, ծարավի զգացում, թուլություն, գլխապտույտ, աղմուկի զգացում ականջներում և մկանային կծկումներ (սկզբում ձեռքի և ձկնամկանների, ավելի ուշ՝ մյուս մկանների):

Կարևոր կլինիկական նշաններից են համարվում մեզի քանակի պակասելը (օլիգուրիա) և անգամ լրիվ բացակայությունը (անուրիա): Հիվանդության սկզբնական շրջանում մարմնի ջերմաստիճանը մնում է նորմալ և միայն առանձին դեպքերում է դառնում սուբֆերիլ: Արտահայտված ջրազրկման դեպքում հիվանդների մոտ նկատվում է հիպոթերմիա:

Խոլերայի ընթացքի ծանրությունը որոշվում է ջրազրկման աստիճանով: Ըստ Վ.Ի. Պոկրով-սկու՝ տարբերում են ջրազրկման չորս աստիճան.

I աստիճան՝ հեղուկի կորուստը կազմում է հիվանդի մարմնի քաշի 1-3%-ը (այն համապատասխանում է խոլերայի թեթև ձևին)

II աստիճան՝ հեղուկի կորուստը կազմում է հիվանդի մարմնի քաշի 4-6%-ը (այն համապատասխանում է խոլերայի միջին ծանրությամբ)

III աստիճան՝ հեղուկի կորուստը կազմում է հիվանդի մարմնի քաշի 7-9%-ը (այն համապատասխանում է խոլերայի ծանր ձևին)

IV աստիճան՝ հեղուկի կորուստը կազմում է հիվանդի մարմնի քաշի 10%-ը և ավելին (այն համապատասխանում է խոլերայի ծայրահեղ ծանր վիճակին):

Թեթև ընթացքի դեպքում (I⁰) ջրազրկումը մինիմալ է (2-2,5լ հեղուկ), հիվանդի ընդհանուր վիճակը՝ բավարար: Աղիները գործում են օրը 3-5 անգամ, փսխումը կարող է լինել 1-2 անգամ կամ էլ բացակայել: Հիվանդը նշում է բերանի և ըմպանի լորձաթաղանթի չորություն, ծարավի զգացում: Այսպիսի դեպքերում հիվանդը չի դիմում բժշկի:

Միջին ծանրության ընթացքի դեպքում (II⁰) հեղուկի կորուստը կազմում է 5լ: Հիվանդի մոտ առաջանում են առատ հեղուկ կղանք (օրը 10-15 անգամ), կրկնվող փսխում, թուլություն, գլխապտույտ, ծարավի զգացում: Բերանի և ըմպանի լորձաթաղանթը չոր է, ծայրը՝ խռպոտ, մաշկը՝ գունատ, նկատվում է ակրոցիանոզ, տախիկարդիա, հիպոտոնիա, օլիգուրիա: Որոշ հիվանդների մոտ կարող են ի հայտ գալ ձեռքերի և ձկնամկանների կծկումներ, որոնք տաքացնելիս և շփելիս անցնում են:

Ծանր ընթացքի դեպքում (III⁰) հեղուկի կորուստը կազմում է 7-8լ: Դեֆեկացիան լինում է օրը 20 և ավելի անգամ, լինում են բազմակի փսխումներ, լորձաթաղանթները չոր են, տանջում է ծարավի զգացումը: Լինում է աֆոնիա, հիվանդը հարցերին ժեստերով է պատասխանում: Նա գունատ է, սրված դիմագծերով, աչքերը՝ փոս ընկած: Լինում է շրթունքների, եղունգային ֆալանգների, ականջախեցիների ցիանոզ, մաշկի տուրգորն (էլաստիկությունը) ընկած է, սրտի տոները՝ խլացած, զարկերակային ճնշումը՝ ցածր, պուլսը՝ հաճախացած, թելանման: Կտրուկ պակասում է մեզի քանակը, մարմնի ջերմաստիճանը սուբնորմալ է: Թուլության պատճառով հիվանդը չի կարողանում վեր կենալ, նկատվում են վերջույթների և այլ մկանային խմբերի ցավոտ կծկումներ: Զբարդացած ընթացքի դեպքում նույնիսկ ծայրահեղ ջրազրկման ժամանակ հիվանդի գիտակցությունը պահպանված է:

Ծայրահեղ ծանր ընթացքի դեպքում (IV^0) հիվանդի մոտ ջրազրկումն առաջանում է հիվանդության առաջին 12 ժամվա ընթացքում: Հիվանդության ախտանշանները զարգանում են շատ արագ: Հիվանդի մոտ լինում է անընդհատ լուծ և փսխում՝ «չատրվանի նման», որն առաջ է բերում 8-9լ և ավելի հեղուկի կորուստ: Մաշկային ծածկույթները գունատ են, սառը (հիպոթերմիա՝ $35^{\circ}C$), տուրգորն ընկած է, ցիանուրիկ, դիմագծերը սրված են, աչքերի շուրջ՝ «մուգ ակնոցներ», փոս ընկած, ձեռքերը կնճռոտված են՝ նման «լվացարարուհու ձեռքերի», որովայնի վրայի մաշկային ծալքերը չեն ուղղվում: Լինում է աֆոնիա, որովայնը՝ ներս ընկած: Բնորոշ են վերջույթների, իրանի և ստոծանու տոնիկ (զկրտոց) և կլոնիկ ցնցումներ: Հիվանդի պուլսը չի շոշափվում, լինում է տախիկարդիա, զարկերակային ճնշումն ընկած է, բացակայում է միզարտադրությունը (անուրիա): Օրգանիզմի ջրազրկումն առաջացնում է աղիների ատոնիա և դիարեայի ընդհատում: Այսպիսի ծանր վիճակը կոչվում է խոլերային ալգիդա, կարող է զարգանալ հիպովոլեմիկ շոկ:

Բարդություններ

Առավել հաճախ զարգանում են հիպովոլեմիկ (դեհիդրատացիոն) շոկ և երկրորդային ինֆեկցիայի միացում (թոքաբորբ, սեպսիս, աբսցես և այլն):

Ախտորոշում

Այն հիմնվում է կլինիկական նշանների, էպիդեմիոլոգիական անամնեզի և լաբորատոր հետազոտության արդյունքների վրա: Բակտերիոլոգիական հետազոտության են ենթարկվում կղանքը, փսխման զանգվածը: Հետազոտությունը կատարվում է հակաբակտերիալ թերապիայից առաջ: Հետազոտվող նյութը պետք է տեղավորել լայն բերան ունեցող և լավ փակվող տարայի մեջ, որը չի պարունակում դեզինֆեկցող նյութի մնացորդներ, այնուհետև՝ հասցնել լաբորատորիա 3 ժամվա ընթացքում, անհնար լինելու դեպքում՝ տեղավորել հիմնային միջավայրում (1%-ոց պեպտոնաջուր): Ծանր ընթացքի դեպքում պետք է վերցնել 1-5մլ հետազոտվող նյութ, իսկ թեթև դեպքերում՝ 20մլ: Առողջների (հիվանդի հետ շփված) և ապաքինվածների վիրիոնակրությունը հայտնաբերելու նպատակով սկզբում պացիենտին տալիս են լուծողական (25-30գ մագնեզիումի սուլֆատ)՝ հեղուկ կղանք ստանալու համար: Հետազոտվող նյութը լաբորատորիա են տեղափոխում՝ պահպանելով հատուկ վտանգավոր ինֆեկցիաների հետ գործ ունենալու դեպքում անվտանգության կանոնները:

Հետազոտության շճաբանական եղանակները էական նշանակություն չունեն, քանի որ թույլ են տալիս ախտորոշել արդեն հիվանդացածներին (ռետրոսպեկտիվ):

Օգտվում են էքսպրես-ախտորոշման եղանակներից (իմունոֆլուորեսցենտային, սպեցիֆիկ 0-շիճուկով վիրիոնների իմոբիլիզացիա), որոնք թույլ են տալիս ախտորոշել հիվանդությունը 2 ժամվա ընթացքում:

Բուժում և խնամք

Հիվանդը և վիրիոնակիրը ենթակա են պարտադիր հոսպիտալացման ինֆեկցիոն ստացիոնարում, բոքսում կամ հատուկ առանձնացված բաժանմունքում՝ պահպանելով խիստ հակաէպիդեմիկ ռեժիմ (հիվանդը շրջանցում է ընդունարանը):

Հիվանդին անհրաժեշտ է հատուկ խնամք. փսխման և արտաթորման ժամանակ արտազատվում են մեծ քանակությամբ վիրբիոններ, հետևաբար բուժ. անձնակազմի խնդիրն է հավաքել և վարակազերծել բոլոր արտաթորանքները (բաժանմունքում վարակի տարածումը կանխելու նպատակով): Բուժ. անձնակազմը պետք է կատարի իր աշխատանքը՝ համաձայն հատուկ հրահանգի (մատերիալի հավաքում, հագուստի և սպիտակեղենի, հիվանդի իրերի դեզինֆեկցիա): Տաք եղանակին ինֆեկցիայի տարածումը կանխելու համար հարկավոր է պայքար տանել ճանճերի դեմ:

Շատ կարևոր է հիվանդի կորցրած հեղուկի հաշվումը: Յուրաքանչյուր 2 ժամը մեկ բուժքույրը հիվանդության պատմության մեջ պետք է նշի կորցրած հեղուկի քանակը: Դրա համար հիվանդի արտաթորանքները հարկավոր է հավաքել չափիչ դույլի մեջ՝ հետագայում ախտահանման նպատակով: Հիվանդին հարկավոր է օգնել փսխման ժամանակ, որպեսզի ասպիրացիա չլինի, գլուխը կողքի թեքել, տեղավորել հատուկ Ֆիլիպսի մահճակալի վրա, որի վրա կա անցք արտաթորանքների համար:

Քանի որ հիվանդի մոտ լինում է հիպոթերմիա, ուստի հիվանդասենյակը պետք է լինի տաք ($22-26^{\circ}\text{C}$), իսկ անհրաժեշտության դեպքում՝ օգտագործել ջեռակներ:

Խնամքի ընթացքում բուժքույրը պետք է պահպանի հակաէպիդեմիկ ռեժիմ:

Հիվանդության առաջին օրերին հիվանդներին ուտելու ոչինչ չեն տալիս, քանի որ լինում են բազմակի փսխումներ և լուծ: Այդ ընթացքում նա պետք է ստանա գլյուկոզա-աղային լուծույթներ: Փսխումը դադարելուց հետո միայն (2-3-րդ օրը) նշանակում են սեղան N4, իսկ ավելի ուշ՝ սեղան N13 (թեթև դեպքերում՝ սեղան N15):

Հիմնական բուժումը խոլերայի ժամանակ հանդիսանում է ռեհիդրատացիոն թերապիան, որը հարկավոր է սկսել հնարավորինս շուտ (առաջիկա 2-2,5 ժամվա ընթացքում):

Թեթև և միջին ծանրությամբ ընթացքով հիվանդներին ռեհիդրատացիան կատարվում է per oral եղանակով (օրալիտ, գլյուկոսոլ, ցիտրոգլյուկոսոլան, ռեգիդրոն): III և IV աստիճանների դեհիդրատացիայի դեպքում պարենտերալ ճանապարհով պետք է ներմուծել 6-8լ և ավելի աղային լուծույթ (տրիսոլ, դիսոլ, աքեսոլ, լակտասոլ, կվարտասոլ)՝ նախապես տաքացնելով մինչև 38°C : Սկզբում ներմուծում են ներերակային շիթային ձևով (80-120մլ թոպեում), իսկ հետո շարունակում կաթիլային ձևով (մինչ փսխումը և լուծը դադարելը): Իսկ պերորալ հեղուկները տալիս են 1-1,5լ 1 ժամում (200մլ՝ 8-12 թոպեում, 1 ճաշիգդալը 1 թոպեում):

Խոլերայով հիվանդներին կատարում են հակաբակտերիալ (էթիոտրոպ) թերապիա ցիպրոֆլոքսացին (500մգ 2 անգամօրը) 5 օրվա ընթացքում:

Ստամոքս-աղիքային համակարգի արագ վերականգնման նպատակով ապաքինվող հիվանդներին նշանակում են ֆերմենտատիվ դեղամիջոցներ (պանգինոն, ֆեստալ, մեզիմ-ֆորտե, խոլենզիմ, կրեոն, աբոմին և այլն) ուտելու ժամանակ կամ 10-15 թոպե առաջ, սննդի ռացիոնում ավելացնում կալիումի աղեր պարունակող սնունդ (ծիրանի չիր, լոլիկ, կարտոֆիլ, բանան), ինչպես նաև կալիումի օրոտատ կամ պամանգին խմելու ձևով:

Հիվանդին և վիրբիոնակրին դուրս են գրում միայն լրիվ առողջանալուց և կղանքի եռակի, լեղու միանգամյա բակտերիոլոգիական հետազոտության բացասական պատասխանից հետո, որը կատարվում է էթիոտրոպ բուժումն ընդհատելուց 24-36 ժամ հետո: Նրանք 3 ամիս պետք է գտնվեն դիսպանսեր հսկողության տակ:

Կանխարգելում

Անհրաժեշտ է կիրառել սանիտարահիգիենիկ պայմանները բարելավող միջոցառումներ, ապահովել բարորակ ջրով, կատարել հակաէպիդեմիկ կոմպլեքս միջոցառումներ, որոնք ուղղված են հիվանդի վաղ հայտնաբերման և բուժման հարցերին: Հիվանդի հետ շփված մարդիկ նույնպես ենթակա են հոսպիտալացման, կղանքի եռակի բակտերիոլոգիական հետազոտությամբ: Ինֆեկցիայի օջախում կատարվում է ընթացիկ և եզրափակիչ դեզինֆեկցիա: Խոլերայով հիվանդի հայտնաբերման ժամանակ լրացվում է շտապ հաղորդման քարտ (ձև 058, և ենթադրվող դեպքի մասին տեղեկությունը կողավորված հայտնում են հակահամաճարակային հսկողության կենտրոն (խոլերայի կոդն է «000»): Սահմանվում է կարանտին, և կիրառվում են միջոցառումներ ինֆեկցիան շտապ վերացնելու ուղղությամբ:

Սպեցիֆիկ պրոֆիլակտիկայի նպատակով կիրառում են խոլերային կորպուսկուլյար վակցինա և խոլերոգեն-անատոքսին:

ԴԻՋԵՆՏԵՐԻԱ (Dysenteriae)

Դիզենտերիան (բակտերիալ դիզենտերիա, շիգելյոզ) աղիքային ինֆեկցիոն հիվանդություն է, որը բնորոշվում է ինտոքսիկացիայով և մարսողական համակարգի՝ առավելապես հաստ աղու դիստալ հատվածի ախտահարմամբ: Հունարեն „dys,, նշանակում է խանգարում, իսկ „enteron,,՝ աղիք:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչները պատկանում են շիգելա ցեղին: Դրանք գրամ-բացասական ցուպիկներ են, սպոր և պատիճ չեն առաջացնում, ֆակուլտատիվ անաէրոբ են: Տարբերում են 4 տիպի շիգելաներ՝

1. *Shigella dysenteriae*՝ այս տիպին են պատկանում Գրիգորև-Շիգ, Լարջ-Սաքս, Շտուտցեր-Շմիտց ենթատիպերը
2. *Shigella flexneri* (ֆլեքսներ)՝ այս տիպին է պատկանում Նյուկաստլ ենթատիպը
3. *Shigella boydii* (Բոյդի)
4. *Shigella sonnei* (Ջոննե):

Շիգելաները կայուն են արտաքին միջավայրում: Կոյուղաջրում պահպանվում են 25-30օր, հողում՝ 3-4 ամիս, սննդամթերքի վրա (միրգ, բանջարեղեն)՝ 11 օր, կաթի մեջ՝ 17 օր: Հարուցիչները ոչնչանում են արևի ուղիղ ճառագայթների ազդեցությունից և տաքացնելուց (60°C-ում 30 րոպեից, 100°C-ում՝ անմիջապես), ինչպես նաև դեզինֆեկցող լուծույթների ազդեցությունից (2%-ոց քլորամինի, 3%-ոց լիզոլի լուծույթներ) մի քանի րոպեում: Շիգելաներն արտադրում են էնդոտոքսին, իսկ Գրիգորև-Շիգը՝ նաև էկզոտոքսին:

Շիգելաների պաթոգենությունը պայմանավորված է հարուցչի ինվազիվությամբ (աղիների էպիթելային բջջի մեջ ներթափանցելու հատկությամբ), ցիտոտոքսին և էնդոտոքսին արտադրելու հատկությամբ:

Էպիդեմիոլոգիա

Անթրոպոմոզ ինֆեկցիա է, որի աղբյուրն է հանդիսանում մարդը (սուր և խրոնիկ դիզենտերիայով հիվանդը, ռեկոնվալեսցենտը և բակտերիակիրը), որն արտաթին միջավայր հարուցիչներ է արտազատում:

Ինֆեկցիան փոխանցվում է ֆեկալ-օրալ մեխանիզմով, որն իրականանում է շփման, ջրի և սննդամթերքի միջոցով: Ինֆեկցիայի փոխանցման գործոն կարող են հանդիսանալ կեղտոտ ձեռքերը, ճանճերը, վարակված առարկաները, սննդամթերքը (հատկապես կաթնամթերքը) և ջուրը:

Վարակի փոխանցման կարևոր ճանապարհը Գրիգորև-Շիգի համար հանդիսանում է կոնտակտայինը, Ֆլեքսների համար՝ ջրայինը, իսկ Ջոննեի համար՝ սննդայինը:

Ընկալողունակությունը շիգելաների հանդեպ խիստ բարձր է, սակայն առավել հաճախ հիվանդանում են նախադպրոցական տարիքի երեխաները: Հիվանդության տարածմանը նպաստում է բնակչության ոչ բավարար սոցիալ-տնտեսական վիճակը: Այն ունի սեզոնային բնույթ, հաճախ է հանդիպում ամռան և աշնան ամիսներին: Հիվանդությունից հետո ձևավորվում է պոստինֆեկցիոն իմունիտետ, որը կարճատև է (մինչև 1 տարի) և տիպոսպեցիֆիկ:

Պաթոգենեզ

Շիգելաներն օրգանիզմ են թափանցում բերանով (per os): Տարբերում են 2 փուլ՝ բարակաղիքային և հաստաղիքային: Շիգելաներն ընկնելով բարակ աղիներ՝ արտադրում են էնդո- և էկզոտոքսիններ, որոնք առաջացնում են ինտոքսիկացիա: Բացի այդ, տոքսինները կարող են առաջ բերել բարակ աղիների լուսանցքից աղերի և հեղուկի սեկրեցիայի (հյուքազատման) ուժեղացում և դիարեայի համախտանիշի զարգացում: 12-24 ժամ հետո շիգելաները հասնում են հաստ աղի և ներդրվում աղու լորձաթաղանթի էպիթելային բջիջների մեջ՝ քայքայելով դրանք: Հարուցիչները և դրանց տոքսինը առաջացնում են աղու լուսանցքի միկրոցիրկուլյացիայի խանգարում, ուջեղացում բորբոքային պրոցեսը, առաջ բերում ներծծման, սեկրեցիայի և մոտոր ֆունկցիաների խանգարումներ: Ախտահարվում է գլխավորապես հաստ աղու դիստալ հատվածը (վերջնահատվածը): Աղիների ախտահարումն ունի տարբեր բնույթ՝ կատառալ բորբոքումից մինչև խոցային և ֆիբրինոզ-նեկրոտիկ, ինչով էլ պայմանավորված է հիվանդության ծանրության աստիճանը:

Կլինիկա

Ինկուբացիոն շրջանը 2-7 օր է, բայց գաստրոէնտերիտային ձևի ժամանակ ավելի պակաս՝ 12-18 ժամ: Ամենածանր կլինիկական պատկեր առաջացնում են Գրիգորև-Շիգի բակտերիաները, իսկ Ջոննեն՝ հիվանդության թեթև և ատիպիկ ձևեր:

Ըստ կլինիկական ընթացքի տարբերում են՝

1. սուր դիզենտերիա՝ տևում է մի քանի օրից մինչև 3 ամիս
2. խրոնիկական դիզենտերիա՝ տևում է 3 ամսից ավել
3. բակտերիակրություն:

Սուր դիզենտերիան կարող է ընթանալ հետևյալ կլինիկական ձևերով՝

- 1) կոլիտ՝ հանդիպում է Ֆլեքսների շիգելայով վարակվելիս
- 3) գաստրոէնտերոկոլիտ
- 4) գաստրոէնտերիտ՝ հանդիպում է Ջոննեի շիգելայով վարակվելիս:

Ըստ ծանրության աստիճանի տարբերում են՝

- թեթև
- միջին ծանրության
- ծանր:

Կոլիտով ընթացող ձևի դեպքում գաղտնի շրջանը 2-5օր է: Երբեմն նկատվում է կարճատև պրոդրոմալ շրջան, որի ժամանակ հիվանդի մոտ առաջանում է թուլություն, տկարություն, դող: Սովորաբար հիվանդությունն սկսվում է սուր ինտոքսիկացիայի նշաններով (ջերմության բարձրացում մինչև 38-39⁰C, գլխացավ, թուլություն, ջարդվածություն), որովայնում նոպայաձև ցավերով և լուծով: Կղանքը շիլայանման է, պարունակում է լորձ և արյուն, ծանր դեպքերում՝ թարախ: Դիզենտերիայի այս ձևի դեպքում կղանքի քանակը քիչ է լինում (50մլ-ից մինչև 150մլ) և յուրաքանչյուր դեֆեկացիայի ակտի ժամանակ ավելի է քչանում: Դեֆեկացիան հաճախ լինում է օրական 10-15 անգամ: Հիվանդն ունենում է տենեզմներ (հետանցքի շրջանում ձգող, տհաճ ցավի զգացում, առաջանում է դեֆեկացիայի ժամանակ և շարունակվում նրանից քիչ անց) և նքոցներ (կեղծ ցանկություն, որը չի ավարտվում դեֆեկացիայով): Ծանր ընթացքի դեպքում հիվանդի մոտ առաջանում է «ռեկտալ թուք», որն արտահայտվում է աղիքից արյան և լորձի արտազատման ձևով (առանց կղանքային զանգվածի):

Սրտանոթային համակարգի կողմից նկատվում է տախիկարդիա, զարկերակային ճնշման իջեցում: Որովայնի շոշափումը ցավոտ է ձախ զստափոսի շրջանում, հատկապես սիգմայաձև աղու երկայնքով: Սուր կոլիտը տևում է 1-2 շաբաթ, սակայն աղիների գործունեությունը կարգավորվում է միայն 1-3 ամսից:

Գաստրոէնտերիտային ձևի ժամանակ ինկուբացիոն շրջանը կարճ է: Կլինիկան նման է սննդային տոքսիկոինֆեկցիաներին: Հիվանդության հիմնական ախտանիշը գաստրոէնտերիտն է: Բնորոշ են էպիգաստրալ շրջանի ցավերը, սրտխառնոցը, փսխումը, հեղուկ կղանքը: Ինտոքսիկացիան չափավոր է արտահայտված: Այս ձևի դեպքում ծանր ընթացք հազվադեպ է հանդիպում: Կլինիկական առողջացում նկատվում է 4-5 օրից:

Գաստրոէնտերոկոլիտային ձևի դեպքում հիվանդությունը, ինչպես գաստրոէնտերիտի ժամանակ, սկսվում է սուր, բայց հիվանդության ընթացքի այս շրջանը երկարատև չէ: 2-4 օրից ցավը տեղափոխվում է որովայնի ստորին մաս, կղանքային զանգվածը պակասում է, նրա մեջ հայտնաբերվում է լորձ և արյուն: Աղեստամոքսային համակարգի ախտահարումը տեղի է ունենում ինտոքսիկացիայի ֆոնի վրա: Կլինիկական առողջացումը հաճախ լինում է 7-12 օրից, բայց ֆունկցիաները վերականգնվում են 1-3 ամիս հետո:

Վերջին ժամանակներս հաճախ են գրանցվում դիզենտերիայի ատիպիկ ձևեր, որոնցից է ջնջված ընթացքով դիզենտերիան: Սրա ժամանակ կլինիկական երևույթները պարզորոշ չեն: Շատ հիվանդներ նույնիսկ չեն դիմում բժշկի: Ինտոքսիկացիայի նշաններ չեն լինում, իսկ դիարեան չափավոր է: Հիվանդության ախտորոշման համար անհրաժեշտ է դիմել հատուկ հետազոտության եղանակների:

Խրոնիկական դիզենտերիան հանդիպում է հազվադեպ՝ 0,5-2% դեպքերում: Այն կարող է ընթանալ երկու ձևով՝

1. ռեցիդիվող
2. չընդմիջվող:

Ռեցիդիվող ձևին բնորոշ է այն, որ սուր դիզենտերիայի երկարատև ընթացքից հետո (3 ամսից ոչ պակաս) հիվանդների մոտ պարբերաբար առաջանում են հիվանդության ռեցիդիվներ, որոնք իրենց կլինիկայով նման են սուր դիզենտերիայի թեթև կամ միջին ծանրության ընթացքին: Լինում է չափավոր արտահայտված ինտոքսիկացիա, ցավեր որովայնի ստորին շրջանում, պաթոլոգիական խառնուրդներով և քիչ կղանք, սիզմայածև աղու սպազմ և ցավոտություն: Ի տարբերություն սուր դիզենտերիայի ռեցիդիվներն ունեն ավելի երկար ընթացք և ավելի դժվար են ենթարկվում բուժման: Միջռեցիդիվային շրջանում հիվանդների մոտ ինքնազգացողությունը բավարար է, սակայն պարբերաբար կարող է լինել անկայուն կղանք:

Չընդմիջվող ձևը բնութագրվում է ռեմիսիաների բացակայությամբ: Հիվանդությունն ունի զարգացող ընթացք:

Բարդություններ

Հազվադեպ են պատահում: Հնարավոր բարդություններից են ինֆեկցիոն-տոքսիկ և դե-հիդրատացիոն շոկերը (զարգանում է հիվանդության ծանր ընթացքի դեպքում): Թուլացած դիմադրողականությամբ մարդկանց մոտ (ծեր, ալկոհոլամոլ) կարող է զարգանալ թոքաբորբ: Կարող են հանդիպել նաև հետանցքի ճաքեր, թուրք, աղիների դիզբակտերիոզ, ուղիղ աղու արտանկում: Տարած դիզենտերիայից հետո երբեմն զարգանում է հետդիզենտերիային կոլիտ և էնտերոկոլիտ:

Ախտորոշում

Հիմնվում են կլինիկական պատկերի, էպիդեմիոլոգիական անամնեզի, ինչպես նաև լաբորատոր և գործիքային քննության վրա:

Հաճախ կիրառում են կղանքի բակտերիոլոգիական հետազոտության եղանակը: Հետազոտվող նյութը հարկավոր է վերցնել հակամիկրոբային (էթիտորոպ) բուժումը սկսելուց առաջ: Նմուշը վերցնում են այն մասից, որտեղ կա լորձ, խուսափելով արյուն պարունակող մասից, քանի որ այնտեղ կան բակտերիցիդ նյութեր, որոնք քայքայում են մանեներին և կանգնեցնում դրանց աճը: Նմուշ կարելի է վերցնել անմիջապես ուղիղ աղուց՝ մետաղական օղով: Վերցված նմուշը ցանկալի է շտապ ցանել սննդամիջավայրի վրա և տեղավորել թերմոստատում: Սննդամիջավայրի բացակայության դեպքում նմուշը դնում են կոնսերվանտի մեջ (գլիցերինային խառնուրդ, լեղային բուլյոն) կամ էլ սառնարանում: Ցանքսը կատարում են Պլուսկիրևի, Լևինի, Էնդոյի միջավայրերի վրա, արդյունքները ստանում են 3-5 օրից:

Ախտորոշման նպատակով կիրառվում է նաև շճաբանական հետազոտության եղանակը: Հիվանդի արյան շիճուկը հետազոտվում է նրա մեջ շիզելաների Օ-անտիգենի նկատմամբ սպեցիֆիկ հակամարմինների հայտնաբերելու համար: Լայնորեն կիրառվում է անուղղակի հեմագլյուտինացիայի ռեակցիան, որի ժամանակ օգտագործում են էրիթրոցիտար դիագնոստիկումներ: Ռեակցիան դրվում է զույգ շիճուկներով՝ վերցված հիվանդության 5-7-րդ և 10-17-րդ օրերին:

Էքսպրես ախտորոշման համար կիրառվում է լյումինեսցենտային միկրոսկոպիկ հետազոտությունը, հայտնաբերվում սպեցիֆիկ շիզելային անտիգեններ:

Հաստ աղու ախտահարման բնույթը ճշտելու համար կատարվում է ռեկտոռոմանոսկոպիա:

Բուժում և խնամք

Հիվանդին հոսպիտալացնում են ինֆեկցիոն ստացիոնարում՝ ելնելով կլինիկական և էպիդեմիոլոգիական ցուցանիշներից (մինչև 3 տարեկան երեխաներին, ծերերին, միջին և ծանր ընթացքով):

Հիվանդին նշանակում են անկողնային ռեժիմ հիվանդության առաջին օրերին (1-3 օր) և ծանր ընթացքի դեպքում:

Պացիենտին բացատրում են սան-հիգիենիկ նորմերը, մասնավորապես՝ անձնական հիգիենայի կանոնները, խստիվ պահպանելու անհրաժեշտության մասին: Անհրաժեշտ է կատարել ընթացիկ դեզինֆեկցիա:

Ծանր հիվանդների մոտ ջրա-աղային բալանսի խախտման արդյունքում ուժեղանում է ցրտազգացողությունը: Այդ պատճառով հարկավոր է տաքացնել հիվանդին, դնել ջեռակ, պահպանել հիվանդասենյակում 20°C -ից ոչ պակաս ջերմաստիճան:

Բուժքույրը պետք է հետևի կղանքի բնույթին, նրա հաճախականությանը, խառնուրդների առկայությանը դրա մեջ: Պետք է ուշադրություն դարձնի դիուրեզի վրա, հաշվի կորցրած հեղուկի քանակը:

Բուժքույրը պետք է հետևի հիվանդի մարմնի մաքրությանը: Յուրաքանչյուր դեֆեկացիայից հետո հարկավոր է կատարել հետանցքի շրջանի լվացում, իսկ պերիանալ շրջանին քսել վազելին:

Հիվանդին նշանակվում է դիետիկ սնունդ (սեղան N4): Սնունդը պետք է լինի մեխանիկական և քիմիական տեսանկյունից խնայող (բացառել կծու, թթու, ապխտած, պահածոյացված սննդամթերքը, կաթը), դյուրամարս, կիսահեղուկ, կալորիական, պարունակի բավարար քանակությամբ սպիտակուցներ, անհրաժեշտ է սահմանափակել ճարպերի և ածխաջրերի ընդունումը: Սնունդն ընդունում են օրը 4-5 անգամ: Ապահովել մեծ քանակությամբ հեղուկների ընդունումը:

Ռեկոնվալեսցենտներին չի թույլատրվում օգտագործել սպիրտային խմիչքներ, ճարպոտ և կծու սնունդ ստացիոնարից դուրս գրվելուց հետո մոտակա 4-6 շաբաթվա ընթացքում:

Էթիոտրոպ թերապիան կատարվում է անհատականորեն՝ հաշվի առնելով հիվանդության ձևը և ընթացքը: Հիվանդներին նշանակում են ֆուրազոլիդոն (0,1գ օրը 4 անգամ), էրսեֆուրիլ (0,2գ օրը 4 անգամ), ինտետրիքս (1-2 հաբ օրը 3 անգամ), ցիպրոֆլոքսացին (0,25-0,5գ օրը 2 անգամ): Հակաբակտերիալ դեղամիջոցներով բուժման կուրսը կազմում է 5 օր: Պրոբիոտիկների շարքից 5 օր նշանակում են նաև էնտերոլ (0,25-0,5գ օրը) և բակտիսուբտիլ (2 կապսուլա օրը 2 անգամ):

Կատարվում է նաև դեզինտոքսիկացիոն թերապիա, որն ընդգրկում է պոլիիոնային (խլոսոլ, կվարտասոլ) և կոլոիդային (հեմոդեզ, ռեոպոլիզյուկին) լուծույթներ, ինչպես նաև ակտիվացած ածուխ, էնտերոդեզ, էնտերոսորբ: Օրալ ռեհիդրատացիայի համար կիրառվում են գլյուկոզա-էլեկտրոլիտային լուծույթներ (ռեզիդրոն, ցիտրոգլյուկոսոլան):

Կատարվում է սիմպտոմատիկ թերապիա (նո-շպա, պլատիֆիլին), նշանակվում են հակահիստամինային և սպազմալիտիկ դեղամիջոցներ, պոլիվիտամիններ, ֆերմենտային պրեպարատներ (աբոմին, պեպսին, պանգլինորմ, ֆեստալ՝ ուտելուց 10-15 րոպե առաջ կամ ուտելու ժամանակ 30-35 օր):

Շիզեյոզի բուժման և դիսբակտերիոզի պրոֆիլակտիկայի նպատակով կիրառվում են էոբիոտիկներ (բիֆիդոլոմբակտերին, լակտոբակտերին, բիֆիկոլ): Սրանք սովորաբար նշանակում են հակաբակտերիալ բուժումից 24-48 ժամ հետո, 2-4 շաբաթ կուրսի տևողությամբ:

Այն դեպքերում, երբ հիվանդի մոտ ձևավորվում է խրոնիկ դիզենտերիա, կոմպլեքս թերապիայի մեջ ընդգրկում են այնպիսի պրեպարատներ, որոնք բարձրացնում են օրգանիզմի դիմադրողականությունը (վիտամինային-հանքային կոմպլեքսներ, մեթիլուրացիլ շիճուկային պոլիգլուբուլին 3մլ միջմկանային), միաժամանակ կատարվում է աուտոհեմոթերապիա:

Տեղային կիրառման նպատակով ցուցված են բուժական միկրոհոգնաներ դեղաբույսերով (երիցուկ, էվկալիպտ, Շոստակովսկու բալզամ, մասուրի և չիչխանի յուղ): Օգտակար են նաև ձկան յուղով հոգնաները (100մլ ձկան յուղը 2մլ ալոե և 2մլ լևոմիցետինով):

Խրոնիկ դիզենտերիայի դեպքում կիրառում են նաև ֆիզիոթերապևտիկ միջոցներ (օզոն-րիտ, պարաֆինով ապլիկացիաներ, գոլ վաննա, դիաթերմիա):

Սուր դիզենտերիայով հիվանդին դուրս են գրում կլինիկական առողջացումից 3 օր հետո, ինչպես նաև էթիոտրոպ թերապիայի ավարտից 2 օր հետո կատարված կղանքի բակտերիոլոգիական հետազոտությունից ստացած բացասական պատասխանի հիման վրա: Ստացիոնարից դուրս գրված հիվանդները ենթակա են 3 ամիս դիսպանսեր հսկողության (հատկապես սննդի օբյեկտների աշխատողները):

Կանխարգելում

Հարկավոր է վաղ հայտնաբերել դիզենտերիայով հիվանդներին և բակտերիակիրներին, հատկապես սննդի օբյեկտների աշխատողներին: Սննդի օբյեկտներ աշխատանքի ընդունվողները պետք է ենթարկվեն բակտերիոլոգիական հետազոտության:

Անհատական պրոֆիլակտիկան կայանում է անձնական հիգիենայի կանոնները պահպանելու մեջ:

Տարվում է բնակչության սան.-լուս. աշխատանք, սանիտարական հսկողություն ջրամատակարարման, սննդի օբյեկտների վրա, ապահովել անվնաս կոյուղի և բնակելի տարածքների սանիտարական վիճակը:

ԱՄԵՈԲԻԱԶ (Amoebiasis)

Ամեոբիազը (ամեոբային դիզենտերիան) աղիքային ինֆեկցիա է, բնութագրվում է հաստ աղիքների խոցային և ներքին օրգանների ու մաշկի ախտահարմամբ:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչը դիզենտերիայի ամեոբան է (*Entameoba histolytica*), որը պատկանում է նախակենդանիների դասին և հանդես է գալիս 2 ձևով՝

1. վեգետատիվ (սա լինում է պաթոգեն (հյուսվածքային) և ոչ պաթոգեն (ոչ հյուսվածքային),
2. ցիստավորված:

Ամոբան մարդու օրգանիզմ է թափանցում ցիստերի ձևով: Աղիներում ցիստը կորցնում է իր պաշտպանական թաղանթը և վերածվում վեգետատիվ ձևի, որն էլ տեղակայվում է աղու լուսանցքում (լուսանցքային): Բարենպաստ պայմաններում ձևավորվում է նաև մեկ այլ վեգետատիվ ձև՝ հյուսվածքային, որն ընդունակ է քայքայել հյուսվածքային բջիջները և կլանել էրիթրոցիտները, այդ պատճառով էլ կոչվում է հեմատոֆագ:

Ամյոբայի ցիստերը կայուն են արտաքին միջավայրում, խոնավ արտաթորանքում պահպանվում են 1 ամիս, ջրում 17-20° C-ում՝ 1 ամիս, հողի մեջ և սառեցված մթերքների վրա՝ 8 օր, իսկ -20 ° C-ում՝ մի քանի ամիս: Ցիստերը չեն ոչնչանում ֆորմալինի 5%-ոց և քլորամինի 1%-ոց լուծույթներում: Սուլեյմայի 1/1000 լուծույթը նրանց սպանում է 4 ժամում: Չորացման և եռացման ժամանակ ցիստերն արագ ոչնչանում են:

Վեգետատիվ ձևերը արագ ոչնչանում են արտաքին միջավայրում:

Էպիդեմիոլոգիա

Ամեոբիազը անտրոպոնոզ ինֆեկցիա է: Ինֆեկցիայի աղբյուր է հանդիսանում հիվանդ կամ պարազիտակիր մարդը: Ինֆեկցիան փոխանցվում է ֆեկալ-օրալ ճանապարհով: Ինֆեկցիան օրգանիզմ է թափանցում բերանի խոռոչով, ցիստերով վարակված ջրի, սննդամթերքի և շփման (կեղտոտ ձեռքերի) միջոցով: Վարակի տարածման գործում մեծ դեր են խաղում ճանճերը, խավաբասերները և այլ միջատներ: Հիվանդությունը հանդիպում է տաք կլիմայական գոտիներում, անբարենպաստ ջրամատակարարմամբ և վատ սանիտարական պայմաններ ունեցող տարածքներում:

Պաթոգենեզ

Ընկնելով բարակ աղիների՝ ցիստերը վերածվում են լուսանցքային ձևի, ապրում և բազմանում են աղու լուսանցքում: Ջարգանում է առողջ բակտերիակրություն: Աղիներում որոշակի պայմաններում (դիսբակտերիոզ, աղիքային ինֆեկցիաներ, պարազիտակրություն, ոչ լիարժեք սնուցում) լուսանցքային ձևը վերածվում է հյուսվածքային և իր պրոտեոլիտիկ ֆերմենտների օգնությամբ քայքայում է աղիների պատը և առաջացնում լորձաթաղանթի խոցոտումներ, արյունահոսություն և պերֆորացիա: Հետագայում առաջանում են սպիական դեֆորմացիաներ, որոնք էլ պատճառ են դառնում աղիքային անանցանելության: Հնարավոր է հարուցչի տարածում արյան միջոցով, որի հետևանքով թարախային օջախներ են առաջանում լյարդում, թոքերում, գլխուղեղում և այլ օրգաններում: Տարած ինֆեկցիայից հետո ձևավորվում է կարճատև իմունիտետ:

Կլինիկա

Հիվանդության գաղտնի շրջանը տևում է 1 շաբաթից 3 ամիս: Հիվանդությունը կարող է ընթանալ հետևյալ ձևերով՝

1. Պարազիտակրություն,
2. մանիֆեստային, որն իր հերթին լինում է՝
 - աղիքային,
 - արտաղիքային,
 - մաշկային:

Աղիքային ամեոբիազ

Հիվանդությունն սկսվում է աստիճանաբար: Հիվանդը նշում է ցավ որովայնի շրջանում (հատկապես աջից), թուլություն, սուրֆերիլ ջերմություն, մետեորիզմ, կղանքի հաճախացում, որը շիլայանման է և պարունակում է ապակենման թափանցիկ լորձ: Հետագայում կղանքում հայտնաբերվում է արյուն: Լուծը հաճախանում է, դառնում օրը 10 և ավելի անգամ, նման է «ազնվամորու

ժելեի»։ Նկատվում է քաշի կորուստ։ Հիվանդի մաշկը և լորձաթաղանթները գունատ են, լեզուն՝ չոր և փառակալած։ Որովայնը փքված է. շոշափումը ցավոտ է կույր աղիքի և հաստ աղու վերընթաց շրջանում։ Երբեմն լինում է նաև լյարդի մեծացում։ Հիվանդության սուր երևույթները շարունակվում են 2-4 շաբաթ։ Հիվանդությունը սովորաբար վերածվում է քրոնիկականի, ինչի հետևանքով զարգանում է ասթենիա, անեմիա և հյուծում։

Ռեկտորոմանոսկոպիկ հետազոտության ժամանակ հայտնաբերվում են խոցեր հաստ աղու նաև դիստալ հատվածում (40-42% դեպքերում)։ Խոցերը ծածկված են սպիտակ փառով։ Զբուծվելու դեպքում կարող են զարգանալ բարդություններ՝ աղիներից արյունահոսություն, թափածակում, պերիտոնիտի զարգացում, աղիների լուսանցքի սպիական նեղացում և անանցանելիություն։

Արտաղիքային ամեոբիազ

Այն ավելի հաճախ ընթանում է լյարդի ախտահարմամբ։ Հիվանդությունը կարող է ընթանալ սուր և քրոնիկ ձևերով։ Հիվանդների մոտ ջերմությունը բարձրանում է մինչև 40° C և ավել, լինում են ուժեղ ցավեր կրծքավանդակի աջ կեսում և որովայնում։ Ցավերն ուժեղանում են շնչառության ժամանակ, հազալիս, շարժումներ կատարելիս, ինչի պատճառով հիվանդն ընդունում է հարկադրական դիրք մահճակալում։

Հիվանդը գունատ է, մաշկը՝ թեթևակի դեղնած, լյարդը՝ մեծացած, շոշափելիս՝ ցավոտ։ Հաճախ փոփոխություններ են նկատվում աջ թոքի ստորին մասում և պլևրալ խոռոչում։ Համապատասխան բուժում չստանալու դեպքում սուր լյարդային ամեոբիազը կարող է բարդանալ պերիտոնիտով, թարախային պերիկարդիտով, սեպսիսով կամ էլ վերածվել քրոնիկի։ Քրոնիկ լյարդային ամեոբիազի դեպքում առաջանում է կախեքսիա և անեմիա։

Թոքերի ամեոբիազ

Հիվանդությունն առաջանում է այն դեպքում, երբ հարուցիչները արյան միջոցով հասնում են թոքային հյուսվածք։ Այն ընթանում է թույլ ինտոքսիկացիայով։ Բնորոշ է ցավոտ հազը, որը սկզբում չոր է, իսկ արագեսի բացվելուց հետո դեպի բրոնխի լուսանցք՝ մուգ, շոկոլադագույն խորխով, որի մեջ կարելի է հայտնաբերել ամեոբաներ։

Արտաղիքային ամեոբիազի դեպքում նեկրոզի օջախներ հայտնաբերելու համար մեծ ախտորոշիչ նշանակություն ունեն ուլտրաձայնային, համակարգչային, մագնիսառեզոնանսային տոմոգրաֆիական, ռենտգեն հետազոտությունները։

Մաշկի ամեոբիազ

Այն սովորաբար երկրորդային պրոցես է։ Հաճախ լինում է արտաքին սեռական օրգանների, շեքի և իրանի ստորին մասում։ Առաջանում են նեկրոտիկ մակերեսով խոցեր։

Ախտորոշում

Հաստատվում է կղանքի և պաթոլոգիական այլ օջախներից վերցված նմուշներում ամեոբաների հայտնաբերումով։ Դրվում է նաև արյան շճաբանական հետազոտություն։

Աղիքային ամեոբիազի ժամանակ հետազոտում են կղանքը (դեֆեկացիայից հետո 10-15 րոպեի ընթացքում), քանի որ ամեոբաների հյուսվածքային ձևերը արագ քայքայվում են արտաքին միջավայրում: Իսկ ցիստերը և լուսանցքային ձևերը կղանքի մեջ կարելի է հայտնաբերել պարազիտակիրների կամ ռեմիսիայի շրջանում գտնվող հիվանդների մոտ:

Արտաղիքային ձևերի դեպքում ամեոբան հայտնաբերում են պունկտատում, խորխում, մաշկի խոցի պարունակությունում:

Կոպրոգրամայում աղիքային ամեոբիազի դեպքում հայտնաբերում են լորձ, էրիթրոցիտ և լեյկոցիտներ:

Մեծ նշանակություն ունի նաև գործիքային հետազոտությունը՝ ռեկտոռեանոսկոպիան և ուլտրաձայնային եղանակները:

Բուժում և խնամք

Հիվանդը պարտադիր հոսպիտալացվում է:

Էթիոտրոպ թերապիան իր մեջ ընդգրկում է ամյոբոցիդ պրեպարատներ՝

- Մետրոնիդազոլ (Ֆլագիլ, Տրիխոպոլ)՝ 0.5-0.75գ, օրը 3 անգամ 5-10 օր,
- Էնտամիդոլ՝ 2.0գ 3 անգամ, 5-7 օր,
- Տինիդազոլ (Ֆագիժին)՝ 2.0գ ուտելուց հետո 3 օր,
- Օրինդազոլ՝ 0.5գ 2 անգամ, 5-10 օր,
- Էմետին հիդրոքլորիդ 2%-ոց՝ 1.5 մլ, 2 անգամ 10 օր:

Նշանակում են նաև անտիբիոտիկներ՝ Տետրացիկլին, Մոնոմիցին 0.25 գ 4-6 անգամ, 5-7 օր:

Պաթոգենետիկ բուժման նպատակով կիրառում են դեզինտոքսիկացիոն, դետենսիբիլիզացիոն, աղիների նորմալ միկրոբային բնույթը կարգավորող պրեպարատներ: Վնասված հյուսվածքները վերականգնելու համար կատարել բուժիչ հոգնաներ, ռիվանոլի 0.02% -ոց կամ ֆուրացիլինի 0.1%-ոց լուծույթներով (38-38.5°C 500-1000մլ օրը մեկ անգամ, 5 օր): Նշանակում են նաև վիտամիններ:

Խնամքի կարևորագույն գործոնն է սննդի ռեժիմի պահպանումը: Սնունդը պետք է լինի բարձր կալորիականությամբ, վիտամիններով հարուստ (սեղան N4): Պետք է բացառել կոշտ բջջանքով բուսական և ճարպոտ սնունդը: Հիվանդը պետք է ստանա բավարար քանակությամբ հեղուկ (հանքային ջրեր, մրգային, բանջարեղենային հյութեր), բացառել գազավորված հեղուկները:

Հիվանդը պետք է պահպանի սանիտարահիգիենիկ կանոնները և մաքուր պահի մարմինը: Անհրաժեշտ է յուրաքանչյուր դեֆեկացիայից հետո մշակել պերիանալ շրջանը և շեքը լվանալ դեզինֆեկցող լուծույթով և լավ չորացնել:

Կանխարգելում

Սպեցիֆիկ պրոֆիլակտիկա մշակված չի: Անապահով վայրերում պետք է օգտագործել եռացրած ջուր, իսկ կենցաղային նպատակներով օգտագործվող ջուրը՝ քլորացնել: Մրգերը և բանջարեղենը օգտագործելուց առաջ մանրակրկիտ լվանալ, հետո պահել ճանճերից և այլ միջատներից հեռու: Վարակակիրները պետք է ենթարկվեն բուժման և չչփվեն սննդի օբյեկտների հետ:

ԷՇԵՐԻԽԻՈԶ (Escherichiosis)

Էշերիխիոզը (աղիքային կոլի-ինֆեկցիա, կոլիէնտերիտ) սուր ինֆեկցիոն հիվանդություն է, որն առաջանում է աղիքային ցուպիկի որոշ շտամերից, ուղեկցվում է աղեստամոքսային համակարգի ախտահարմամբ:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչը աղիքային ցուպիկն է (*Escherichia coli*), գրամ-բացասական, ֆակուլտատիվ անաէրոբ, սպոր չի առաջացնում, ունի մտրակներ, աճում է հասարակ սննդամիջավայրում:

Տարբերում են պայմանական-պաթոգեն աղիքային ցուպիկներ, որոնք մարդու աղիների մշտական բնակիչներ են, ինչպես նաև պաթոգեն էշերիխիաներ, որոնք իրարից տարբերվում են անտիգենային կառուցվածքով, պաթոգենությամբ և առաջացրած հիվանդության կլինիկական առանձնահատկությամբ: Աղիքային ցուպիկն ունի մի քանի անտիգեն: Հիմնականը համարվում է սոմատիկ 0-անտիգենը, որի սպեցիֆիկությունն էլ դրված է էշերիխիաների տարբերակման հիմքում: Ներկայումս հայտնի է 170 0-սերոտիպեր, որոնցից 80-ը մարդու համար ախտածին են:

Էշերիխիաները դասակարգվում են հետևյալ ձևով՝

1. Էնտերոպաթոգեն
2. Էնտերոտոքսիկ
3. Էնտերոինվազիվ
4. Էնտերոհեմոռագիկ:

Էնտերոպաթոգեն էշերիխիաներն ախտահարում են մինչև 2 տարեկան երեխաների բարակ աղիները (սալմոնելոզային տիպ՝ կոլի-էնտերիտ):

Էնտերոտոքսիկ ցուպիկներն արտադրում են էնտերոտոքսին, որն առաջացնում է դիարեա մեծերի և երեխաների մոտ (խոլերանման էշերիխիոզ): Այն կոչվում է «ճանապարհորդների դիարեա» և հանդիպում է տրոպիկական երկրներում ճանապարհորդելիս:

Էնտերոինվազիվ աղիքային ցուպիկն ախտահարում է աղիների էպիթելային բջիջները, առաջացնում դիզենտերիայի նման հիվանդություն (դիզենտերիանման էշերիխիոզ): Հանդիպում է մեծերի և ավագ տարիքի երեխաների մոտ:

Էնտերոհեմոռագիկ ցուպիկներն արտադրում են ցիտոտոքսին Վերո (նման է շիգելայի Շիգա տոքսինին) և առաջացնում հեմոռագիկ կոլիտ: Այս վարակը կապում են սննդի մեջ խոհարարական տեսանկյունից վատ մշակված միս և հում կաթ օգտագործելու հետ:

Էշերիխիաները կայուն են արտաքին միջավայրում՝ 10-15°C ջրում պահպանվում են 26-87 օր, եռացրած ջրում՝ 140-260 օր, մանկական սննդի մեջ՝ 92 օր, կաթի մեջ՝ 34 օր, կղանքում՝ 3-5 ամիս: Անկայուն են դեզինֆեկցող նյութերի հանդեպ:

Էպիդեմիոլոգիա

Անթրոպոմոլոգ ինֆեկցիա է: Ինֆեկցիայի աղբյուր է հանդիսանում հիվանդ կամ բակտերիակիր մարդը (հատկապես սննդի պատրաստման հետ գործ ունեցող): Ինֆեկցիան փոխանցվում է ֆեկալ-օրալ մեխանիզմով, վարակված սննդամթերք օգտագործելիս: Փոխանցման հիմնական գործոններն են՝ կաթը, կաթնամթերքը, մանկական սնունդը: Խոլերանման էշերիխիոզին բնորոշ է վարակման ջրային ճանապարհը: Վարակման կոնտակտակենցաղային ճանապարհը բնորոշ է փոքր հասակի երեխաների մոտ կոլիենտերիտին, որը փոխանցվում է կեղտոտ ձեռքերի (ծնողների, բուժքրոջ) և խնամքի առարկաների (ծծակ և այլն) միջոցով:

Հանդիպում են էշերիխիոզի սպորադիկ կամ խմբակային դեպքեր: Էշերիխիոզի նկատմամբ ընկալունակությունը բարձր է հատկապես երեխաների մոտ: Աղիքային էշերիխիոզի հարուցիչը երեխաների մոտ սուր դիարեայի առաջացման ամենամեծ պատճառն է:

Հիվանդությունից հետո ձևավորված իմունիտետը կարճատև է և տիպոսպեցիֆիկ: Բնորոշ է ամառ-աշնանային սեզոնայնությունը:

Պաթոգենեզ

Հարուցիչներն օրգանիզմ են թափանցում բերանով (per os), բազմաճյուղ բարակ աղիներում: Նրանց քայքայումից անջատվում է էնդոտոքսին, որն արյան միջոցով տարածվում է օրգանիզմում:

Էշերիխիոզի պաթոգենեզի (ախտածնության) առանձնահատկությունները կախված են հարուցիչների բնույթից:

Էնտերոպաթոգեն էշերիխիաները տեղակայվում են բարակ աղիների լորձաթաղանթի վրա, ախտահարում աղիների թարթչային էպիթելը:

Էնտերոտոքսիկ էշերիխիաները (խոլերանման էշերիխիոզի) ամրանում են բարակ աղիների լորձաթաղանթի վրա, արտադրում էնտերոտոքսին, որից էլ զարգանում է դիարեա:

Էնտերոհեմոլիտիկ էշերիխիաներն ընդունակ են թափանցելու և բազմաճյուղ աղիների լորձաթաղանթում (շիգելաների նման): Առաջանում են աղիների լորձաթաղանթի խոցոտում և ջրազրկում:

Էնտերոհեմոռագիկ էշերիխիաներն ախտահարում են հաստ աղիների լորձաթաղանթը և աղիների անոթների էնդոթելը:

Կլինիկա

Էնտերոպաթոգեն աղիքային ցուպիկը մինչև 1 տարեկան երեխաների մոտ առաջացնում է **կոլի-էնտերիտ**: Գաղտնի շրջանը 1-3 օր է: Հիվանդությունն սկսվում է սուր, բարձրանում է ջերմությունը, առաջանում է փսխում, լուծ, սրվում են ընդհանուր ինտոքսիկացիայի նշանները և էքսիկոզը, զարգանում են դիստրոֆիայի և հիպովիտամինոզի երևույթները: Նորածինների մոտ հանդիպում է այս էշերիխիոզի սեպտիկ ձևը: Հիվանդության ելքը բարենպաստ է:

Խոլերանման էշերիխիոզի գաղտնի շրջանը 1-3 օր է: Հիվանդությունն ընթանում է կայծակնաձև խոլերանման ախտանիշներով կամ էլ չափավոր արտահայտված դիարեայով, աղիքային խիտ և ջերմության աննշան բարձրացումով: Հիվանդը թույլ է, տկար, լինում է սրտխառնոց, ցավորվայնում, փսխում և լուծ: Կղանքային զանգվածն առատ է, ջրիկ, սակայն առանց պաթոլո-

գիական խառնուրդների: Կղանքի հաճախականությունը 5-10 անգամ է և ավելի: Որովայնը փքված է, շոշափելիս ցավոտ՝ պորտի շրջանում: Հաճախակի փսխումները և լուծը կարող են առաջացնել օրգանիզմի ծանր դեհիդրատացիա (ջրազրկում): Շատ դեպքերում բացակայում է տենդը:

Դիզենտերիանման էշերիխիոզի գաղտնի շրջանը 1-3օր է: Հիվանդությունը նման է սուր դիզենտերիային, բայց տարբերվում է իր թեթև ընթացքով և կարճատևությամբ: Բնորոշ է հիվանդության սուր սկիզբը ընդհանուր ինտոքսիկացիայի նշաններով՝ թուլություն, գլխացավ, սուրՖեբրիլ ջերմություն: Լինում են որովայնի կծկողական բնույթի ցավեր, դիարեա: Կղանքը պարունակում է լորձ, երբեմն՝ արյուն, հաճախականությունը օրը 3-5 անգամ: Հազվադեպ կարող են լինել տենեզմներ: Որովայնը փքված է, շոշափելիս՝ ցավոտ (շոշափվում է ցավոտ հաստ աղիքը): Ռեկտոռոմանոսկոպիական հետազոտության ժամանակ հայտնաբերվում է ուղիղ և սիգմայածև աղիների կատառալ բորբոքում: Հիվանդությունն ունի թեթև ընթացք, հազվադեպ է (5-7% դեպքերում) ընթանում ծանր ձևով, տևում է 5-7օր:

Հեմոռագիկ կոլիտն ունի ծանր ընթացք, սուր սկիզբ, բնութագրվում է որովայնի ուժեղ, կծկող բնույթի ցավերով: Հիվանդության առաջին ժամերից լինում է լուծ, որն օրվա ընթացքում ձեռք է բերում արյունային տեսք: Մարմնի ջերմաստիճանը նորմալ է, երբեմն կարող է հասնել մինչև 39°C: Զբարդացած դեպքերում դիարեան տևում է 1-8օր: 5% դեպքերում առաջանում են բարդություններ՝ հեմոլիտիկոուրեմիկ համախտանիշ (հաճախ հանդիպում է մինչև 5 տարեկան երեխաների մոտ):

Ախտորոշում

Արյան մեջ (հեմոգրամայում) փոփոխություններ լինում են միայն միջին ծանրության և ծանր ձևերի ժամանակ (լեյկոցիտոզ, ԷՆԱ-ի արագացում), իսկ մեզի մեջ լինում է ալբումինուրիա: Կղանքում դիզենտերիանման էշերիխիոզի դեպքում հայտնաբերվում են լորձ, լեյկոցիտների կուտակում (տեսադաշտում 30-50-ից ավելի), էրիթրոցիտներ:

Ախտորոշումը հաստատելու նպատակով կատարում են կղանքի, փսխման զանգվածի և ստամոքսի վազման ջրերի բակտերիոլոգիական հետազոտություն:

Հետազոտության շճաբանական եղանակներից կիրառում են հեմագլյուտինացիայի ռեակցիան, որը չունի պրակտիկ նշանակություն:

Բուժում և խնամք

Հոսպիտալացման ենթակա են փոքր երեխաները, ծանր և միջին ծանրության ձևերով հիվանդները, որոնք ունեն ուղեկցող ծանր պաթոլոգիա, ինչպես նաև՝ էպիդեմիկ ցուցմունքով: Հիվանդի խնամքը և դիետան նման են մյուս աղիքային ինֆեկցիաների խնամքին ու դիետային:

Դիզենտերիանման էշերիխիոզի և հեմոռագիկ կոլիտի բուժումը նման է դիզենտերիայի բուժմանը (տե՛ս դիզենտերիայի բուժումը):

Խոլերանման էշերիխիոզի բուժման համար պետք է վերականգնել ջրա-էլեկտրոլիտային բալանսը: Թեթև ձևերի դեպքում օգտագործում են օրալ ռեհիդրատացիայի համար նախատեսված դեղամիջոցներ, իսկ ծանր դեպքերում՝ ներերակային ներմուծման պոլիիոն լուծույթներ (տե՛ս խոլերայի բուժումը):

Էշերիխիոզի ծանր և միջին ծանրության ժամանակ նշանակում են էթիոտրոպ թերապիա՝
ինտետրիքս, էրսեֆուրիլ, ֆուրազոլիդոն, ֆտորիսինոլոն:

Ինտոքսիկացիայի և գազագոյացման դեպքում նշանակում են էնտերոսորբենտներ: Դիարե-
այի կարգավորման համար նշանակում են կալցիումի պրեպարատներ: Օգտագործում են նաև պո-
լիֆերմենտային և սպազմալիտիկ պրեպարատներ, պոլիվիտամիններ:

Ստացիոնարից հիվանդին դուրս են գրում կղանքի և մարմնի ջերմաստիճանի նորմալա-
նալուց հետո 3 օրից ոչ շուտ, ինչպես նաև հակաբիոտիկներով բուժելուց 2 օր անց կատարված
կղանքի հետազոտության բացասական արդյունքներից հետո: Սննդի օբյեկտի աշխատողները
դուրս են գրվում կլինիկական առողջացումից 3 օր հետո և կղանքի երկակի բակտերիոլոգիական
հետազոտությունից ստացված բացասական պատասխանի հիմանվրա:

3 ամիս դիսպանսեր հսկողություն է սահմանվում սննդի օբյեկտի աշխատողների
նկատմամբ (ամեն ամիս ենթարկելով բժշկական և բակտերիոլոգիական հետազոտման):

Կանխարգելում

Անհրաժեշտ է պահպանել սանիտարահիգիենիկ ռեժիմ, ինֆեկցիայի օջախում կատարել
ընթացիկ և եզրափակիչ դեզինֆեկցիա: Սպեցիֆիկ պրոֆիլակտիկա մշակված չէ:

ՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՀԵՊԱՏԻՏ «A» (Hepatitis virosa A)

Վիրուսային հեպատիտը սուր ինֆեկցիոն հիվանդություն է, որը բնորոշվում է լյարդի
ախտահարումով և ընդհանուր թունավորման երևույթներով: Հեպատիտների առաջացման
պատճառ են հանդիսանում հետևյալ 5 տիպի վիրուսները՝

1. Էնտերալ (A, E)
2. պարենտերալ (B, C, D):

Վիրուսային հեպատիտ «A»-ն սուր վիրուսային ինֆեկցիա է հարուցչի փոխանցման ֆեկալ-
օրալ ճանապարհով, ախտահարում է լյարդային հյուսվածքը, բնորոշվում է լյարդի ֆունկցիայի
խանգարումով, երբեմն՝ դեղնուկով: Այն անվանում են նաև ինֆեկցիոն հեպատիտ, Բոտկինի հի-
վանդություն:

Էթիոլոգիա

Վիրուսային հեպատիտ «A»-ի հարուցիչը ՌՆԹ պարունակող վիրուս է, պատկանում է
պիկորնավիրուսների ընտանիքին (pico՝ փոքր, rna՝ ՌՆԹ):

Հարուցիչը կայուն է արտաքին միջավայրում: Սենյակային ջերմաստիճանում պահպանվում
է մի քանի շաբաթ, 4°C-ում՝ մի քանի ամիս, իսկ -20°C-ում՝ մի քանի տարի:

Հարուցիչը կայուն է թթուների, հիմքերի, եթերի նկատմամբ: Եռացնելիս ոչնչանում է 45
րոպեում, 3%-ոց քլորամինի լուծույթից՝ 1 ժամում, ուլտրամանուշակագույն ճառագայթների
ազդեցությունից՝ 1 րոպեում:

Էպիդեմիոլոգիա

Վիրուսային հեպատիտ «A»-ն անտրոպոնոզ ինֆեկցիա է: Ինֆեկցիայի միակ աղբյուրը հիվանդ մարդն է: Էպիդեմիկ վտանգ են ներկայացնում հիվանդները, հատկապես՝ անախտանիշ և անդեղնուկային ձևերով:

Խրոնիկ բակտերիակրություն չի ձևավորվում: Հարուցիչների առատ արտազատում լինում է ինկուբացիոն շրջանի վերջում, նախադեղնուկային շրջանում և դեղնուկային շրջանի առաջին օրերին: Դեղնության առաջացումից հարուցչի արտազատումը պակասում է և նույնիսկ՝ ընդհատվում: Քանի որ հարուցիչը արտազատվում է կղանքով, ապա ինֆեկցիայի փոխանցման մեխանիզմը ֆեկալ-օրալ ճանապարհն է: Վարակն իրականացվում է վարակված ջրի, սննդամթերքի, շփման միջոցով (ամանեղեն, խաղալիք և այլն): Կարևոր գործոն են հանդիսանում կեղտոտ ձեռքերը:

Վիրուսային հեպատիտ «A»-ն համարվում է «կեղտոտ ձեռքերի» հիվանդություն:

Վիրուսային հեպատիտ «A»-ի տարածման գործում մեծ նշանակություն ունի ջրային ճանապարհը, որն առաջացնում է հիվանդության էպիդեմիկ բռնկում: Պատճառը ջրերի աղտոտվածությունն է կղանքային մասաներով, ջրամատակարարման սանիտարահիգիենիկ ցածր որակը:

Գրանցվում են վարակման խմբակային դեպքեր կապված ինֆեկցիայի փոխանցումով ալիմենտար ճանապարհով: Սրա ժամանակ էպիդեմիկ վտանգ են ներկայացնում սննդի պատրաստման և սպասարկման բնագավառում աշխատող սուբկլինիկական ձևերով հիվանդները:

Կոնտակտակենցաղային ճանապարհով վարակն իրականանում է մանկապարտեզում, դպրոցում, ռազմական կոլեկտիվում, երբ ցածր է սանիտարական կուլտուրայի մակարդակը, և չեն պահպանվում անձնական և հասարակական հիգիենայի կանոնները:

Ինֆեկցիայի նկատմամբ բնակչության ընկալունակությունը բարձր է, բայց ավելի հաճախ հիվանդանում են 1 տարեկանից բարձր երեխաները (հաճախ 3-12 տարեկանում) և երիտասարդները: Մինչև 1 տարեկան երեխաներն ունեն պասիվ իմունիտետ, որը ձեռք են բերել մորից:

Տարած հիվանդությունից հետո մշակվում է երկարատև կայուն իմունիտետ:

Վիրուսային հեպատիտ «A»-ին բնորոշ է ամառ-աշուն սեզոնայնությունը:

Պաթոգենեզ

Վիրուսային հեպատիտ «A»-ի հարուցիչը օրգանիզմ է թափանցում բերանով (per os) վարակված ջրի կամ սննդի հետ միասին: Բարակ աղիներից վիրուսը ներծծվում է արյան մեջ, առաջացնում վիրուսեմիա: Այնուհետև վիրուսը տեղակայվում է լյարդի բջիջներում՝ հեպատոցիտներում, որտեղ էլ առաջացնում է բորբոքային ռեակցիա: Խանգարվում են նյութափոխանակության և պիգմենտային փոխանակության պրոցեսները, լեղու հոսքը: Արդյունքում մեծանում է լյարդը:

Կլինիկական ձևերը

Վիրուսային հեպատիտ «A»-ն բնորոշվում է կլինիկական արտահայտման տարածկությամբ: Տարբերում են՝

1. Սուբկլինիկական ծև` բնութագրվում է կլինիկական նշանների բացակայությամբ: Արյան մեջ նկատվում է ամինոտրանսֆերազաների մակարդակի բարձրացում: Այն հայտնաբերվում է արյան բիո-քիմիական լաբորատոր հետազոտման արդյունքում:

2. Անդեդնուկ ծև` սրա ժամանակ դեդնոթյուն չի լինում, բայց նկատվում է լյարդի մեծացում, արյան շիճուկում, ամինոտրանսֆերազաների մակարդակի բարձրացում, թիմոլային ցուցանիշի ավելացում:

3. Դեդնուկային ծևը լինում է`

- թեթև
- միջին ծանրության
- ծանր:

Կլինիկական բաժանում են հետևյալ շրջանների`

1. Ինկուբացիոն շրջան- տևում է 7-50 օր (միջինը 15-30 օր):

2. Նախադեդնուկային շրջան- տևում է 3-7 օր: Այն ընթանում է տարբեր կլինիկական նշաններով`

- գրիպանման երևույթներ (տենդային)` ամենից հաճախ հանդիպող ծևն է: Այն բնորոշվում է սուր սկզբով, ջերմության բարձրացումով մինչև 38-39°C: Լինում է դող, սարսուռ, գլխացավ, հոդացավ, մկանացավ, հարբուխ, ցավ կոկորդում, ընդհանուր թուլություն, ախորժակի բացակայություն
- դիսպեպտիկ երևույթներ` սրա ժամանակ լինում է ցավ և ծանրության զգացում էպիգաստրալ շրջանում, ախորժակի բացակայություն, սրտխառնոց, փսխում
- ասթենովեգետատիվ երևույթներ` սրա ժամանակ լինում է ընդհանուր թուլություն, գերհոգնածություն, աշխատունակության անկում, քնկոտություն, գլխապտույտ, գլխացավ, մարմնի ջերմաստիճանը նորմայի սահմաններում է
- խառը:

Այս շրջանի վերջում հիվանդների մոտ նկատվում է մեզի գույնի մզացում (զարեջրի գույն), կղանքի գունազրկում (ծեռք է բերում մոխրագույն կավի տեսք): Հիվանդին հետազոտելիս կարելի է հայտնաբերել կարևոր դիագնոստիկ նշան` լյարդի մեծացում:

3. Դեդնուկային շրջան- տևում է 2-3 շաբաթ և արտահայտվում է սկզբների, տեսանելի լորձաթաղանթների, այնուհետև` մաշկի դեդնոթյամբ: Դեդնուկի առաջացման հետ հաճախ հիվանդի ինքնացագողությունը լավանում է, ջերմաստիճանը կարգավորվում, անհետանում են ընդհանուր տոքսիկ երևույթները: Այս շրջանում պահպանվում են դիսպեպսիկ ախտանիշները: Բնորոշ են աջ թուլակողի շրջանում ծանրության զգացումը, սրտխառնոցը, հազվադեպ նաև փսխումը: Օբյեկտիվ քննության ժամանակ հայտնաբերում են բրադիկարդիա, զարկերակային հիպոտոնիա, սրտի տոների խլացում: Հիվանդի լեզուն պատված է սպիտակադեղնավուն փառով, լյարդը մեծացած է, մեզը մուգ է, կղանքը` գունազրկված (ախուլիա): Կարող է առաջանալ արյունահոսություն քթից, լորձաթաղանթից, ինչպես նաև հեմոռագիկ ցան մաշկի վրա և քոր:

4. Ռեկոնվալեսցենցիայի (ապաքինման) շրջան- տևում է 1-2 ամիս: Հիվանդի մաշկի դեդնոթյունը լրիվ անցնում է: Անհետանում են հեպատիտի կլինիկական ախտանիշները, կարգավորվում են լյարդի չափերը, աստիճանաբար նորմալանում են լյարդի ֆունկցիոնալ թեստերը: Դրանց

նորմալացումը սովորաբար առաջ է ընկնում լյարդի հյուսվածքի վերականգնման պրոցեսներից, որն անհրաժեշտ է հաշվի առնել հիվանդների բուժման ընթացքում: Սովորաբար հիվանդությունը խրոնիկական վիճակի չի անցնում: Կարող է դիտվել ձգձգվող ռեկոնվալեսցենցիա (երբ ֆերմենտների ակտիվությունը 1-2 ամիս պահպանվում է բարձր թվերի վրա):

Բարդություններ

Քանի որ վիրուսային հեպատիտ «A»-ն ընթանում է թեթև և միջին ծանրությամբ, ապա բարդությունները հանդիպում են հազվադեպ: Երբեմն լինում են լեղապարկի բորբոքում, լեղուղիների դիսկինեզիա: Վիրուսային հեպատիտ «A»-ի դեպքում չի լինում հիվանդության խրոնիզացում, նաև՝ վիրուսակրություն:

Լաբորատոր ախտորոշում

Վիրուսային հեպատիտ «A»-ի դեպքում ախտորոշումը հիմնվում է բիոքիմիական ցուցանիշների կոմպլեքսի վրա: Հեպատոցիտների ցիտոլիզը հաստատող ցուցանիշ ֆերմենտների ակտիվության բարձրացումն է (AlAT, AcAT), որը կարելի է հայտնաբերել արդեն նախադեղնուկային շրջանում, պահպանվում է դեղնուկային շրջանում, նորմալանում է կլինիկական նշանների նվազումից հետո: Հիպերֆերմենտեմիան ախտորոշիչ նշանակություն ունի անդեղնուկային հեպատիտների ժամանակ:

Լյարդի պիգմենտային փոխանակության ցուցանիշն է արյան շիճուկում բիլիռուբինի քանակի ավելացումը (կապված ուղղակի բիլիռուբինի հաշվին): Մեզում քննության ժամանակ հայտնաբերում են ուրոբիլին, որը նորմայում բացակայում է: Կղանքում պակասում է ստերկոբիլինի քանակը, որից էլ կղանքը գունազրկվում է:

Բնորոշ է՝ լեյկոպենիան, ԷՆԱ-ն դանդաղ է, խոլեստերինի քանակի պակասում, արյան մակարդումն ընկած է, թրոմբոցիտոպենիա:

Դրվում են լյարդի ֆունկցիոնալ պրոբաներ (Թիմոլային պրոբան բարձր է, Սուլենային տիտրը՝ ընկած):

Բուժում և խնամք

Վիրուսային հեպատիտ «A»-ով հիվանդին հոսպիտալացնում են՝ ելնելով կլինիկական և էպիդեմիոլոգիական ցուցումից: Քանի որ այս հիվանդների մեծ մասն առողջանում է սպոնտան (ինքնաբերաբար), ուստի նրանք ակտիվ բուժական միջոցառումների կարիք չունեն: Հիվանդի համար հարկավոր է ստեղծել բարենպաս պայմաններ լյարդի գործունեության և ինքնալավացման համար: Դրան հասնում են խնայող ռեժիմով, ռացիոնալ դիետայով: Հիվանդի ֆիզիկական ակտիվությունն անհրաժեշտ է սահմանափակել: Հեպատիտի սուր շրջանում նշանակվում է անկողնային, 7-10 օր հետո՝ կիսաանկողնային ռեժիմ: Հիվանդի վիճակի կարգավորմանը զուգընթաց ընդարձակվում է հիվանդի ռեժիմը: Հիվանդի խնամքն ունի առաջնահերթ նշանակություն: Ռացիոնալ ռեժիմը, ֆիզիկական ակտիվության սահմանափակումը հիվանդի մոտ ստեղծում են ոչ բարենպաստ հոգեկան վիճակ: Հիվանդն ուշադրության կարիք ունի բուժ. անձնակազմի կողմից: Անհրաժեշտ է օգնել պացիենտին ձեռք բերել առողջացման վստահություն: Հիվանդի մոտ կարող է լինել մաշկի քոր, որի համար նշանակում են մենթոլի, կամֆորային սպիրտի 1-2%-ոց և քացախի

3%-ոց լուծույթներ: Հեմոռագիաների դեպքում բուժքույրը պետք է զգույշ լինի ներարկումներ կատարելիս. չի թույլատրվում կաթիլային ներարկում կատարել նույն երակից: Պետք է հետևել, որ հիվանդը պահպանի անձնական հիգիենայի կանոնները: Անհրաժեշտ է կատարել ընթացիկ դեզինֆեկցիա:

Վիրուսային հեպատիտների դեպքում սպեցիֆիկ թերապիա չկա: Խիստ կարևոր է դիետային պահպանումը: Սնունդը պետք է լինի կալորիական, լիարժեք, դյուրամարս: Նշանակում են սեղան N 5-ը, որը չի պարունակում մեխանիկական և քիմիական գրգռիչներ: Սահմանափակում են տապակած, ապխտած, մարինացված և յուղալի կերակրատեսակները, արգելվում է ալկոհոլի օգտագործումը: Հիվանդը պետք է սնվի կոտորակային ձևով՝ օրը 4-5 անգամ: Սնունդը պետք է լինի գուլ, բայց ոչ տաք վիճակում: Հիվանդի կերակրումը բուժքրոջ կողմից չպետք է կրի ստիպողական բնույթ: Ռացիոնը պետք է հարստացնել վիտամիններով՝ ի հաշիվ թարմ մրգերի, բանջարեղենի, հյութերի: Հեղուկի ծավալը (հիմնային ջրեր, թեյ, հյութ, կիսել) պետք է կազմի օրը 2-3լ: Դիետան աստիճանաբար կարելի է ընդլայնել: Դիետային պահպանումը և ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության սահմանափակումը ռեկոնվալեսցենտներին խորհուրդ է տրվում պահպանել 6 ամսվա ընթացքում:

Հիվանդի մոտ ինտոքսիկացիայի առկայության դեպքում նշանակում են դեզինտոքսիկացիոն միջոցներ՝ էնտերալ (էնտերոդեզ, օրալիտ, և պարէնտերալ (Ռինգերի լուծույթ, 5%-ոց գլյուկոզա, կոլոիդ լուծույթներ):

Նյութափոխանակությունը կարգավորելու համար նշանակում են վիտամին C, B խմբի և ճարպալույծ վիտամիններ: Ապաքինման շրջանում կիրառում են հեպատոպրոտեկտորներ՝ լեգալոն, կարսիլ, էսենցիալե:

Ըստ ցուցումների նշանակում են հակահիստամինային, սպազմոլիտիկ, լեղամուղ պրեպարատներ:

Ծանր դեպքերում հիվանդներին տեղավորում են ինտենսիվ թերապիայի պալատում, կատարում են ինֆուզիոն թերապիա, նշանակում գլյուկոկորտիկոստերոիդներ:

Հիվանդին դուրս են գրում դեղնությունը լրիվ անցնելուց և լյարդի չափերի կրճատումից հետո, երբ պիզմենտային ցուցանիշները նորմայի սահմաններում են: Ռեկոնվալեսցենտները գտնվում են դիսպանսեր հսկողության տակ՝ 3-6 ամսվա ընթացքում:

Կանխարգելում

Վիրուսային հեպատիտ «A»-ի դեպքում կիրառվում են կոմպլեքս միջոցառումներ՝ ուղղված էպիդ պրոցեսի 3 օղակների դեմ.

1. Հիվանդության վաղ ախտորոշում և հիվանդի մեկուսացում
2. Հիվանդի հետ շփվող անձանց նկատմամբ հսկողության սահմանում 35 օրվա ընթացքում (զննում, ջերմաչափում, լյարդի չափերի որոշում), հիվանդության ախտանիշներ հայտնաբերվելու դեպքում՝ լաբորատոր հետազոտության անցկացում
3. Ինֆեկցիայի օջախում ընթացիկ և եզրափակիչ դեզինֆեկցիայի կատարում
4. Պրոֆեսիոնալ վարակից խուսափելու համար հիվանդի հետ աշխատելիս անձնական հիգիենայի կանոնների պահպանում. ձեռքերը լվանալ, աշխատավայրում չծխել և սնունդ չընդունել, օգտվել առանձին սպասքից և սրբիչից

5. Սանիտարահիգիենիկ միջոցառումների անցկացում (բնակչությանն ապահովել լավորակ ջրով, հսկողություն սահմանել ջրամատակարարման և սննդի օբյեկտների վրա, բարելավել բնակչության կոմունալ պայմանները)
6. Սան-լուս. աշխատանքի անցկացում անձնական և հասարակական հիգիենայի կանոնների պահպանման վերաբերյալ
7. Ըստ էպիդեմիկ ցուցումների իմունոպրոֆիլակտիկայի համար օգտագործում են իմունոգլոբուլին, որը պահպանվում է 3-5 ամիս: Երեխաներին ներարկում են 1մլ մինչև 10 տարեկանը, 1,5մլ՝ 10 տարեկանից բարձր տարիքում (ն/ե):

Անհրաժեշտության դեպքում կիրառում են սպեցիֆիկ վակցինա, որի կիրառումը սահմանափակ է:

ՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՀԵՊԱՏԻՏ «E» (Hepatitis virosa E)

Վիրուսային հեպատիտ «E»-ն վարակման ֆեկալ-օրալ մեխանիզմով տարածվող սուր վիրուսային ինֆեկցիա է, ունի էպիդեմիկ տարածման հակում:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչը ՌՆԹ պարունակող վիրուս է, չունի թաղանթ: Ի տարբերություն հեպատիտ «Ա»-ի վիրուսի՝ այն անկայուն է արտաքին միջավայրում:

Էպիդեմիոլոգիա

Անթրոպոնոզ ինֆեկցիա է, որի աղբյուրն է հիվանդ մարդը: Վարակը փոխանցվում է ֆեկալ-օրալ մեխանիզմով: Հիմնականում փոխանցվում է ջրային ճանապարհով (առաջացնելով էպիդեմիա), հնարավոր է նաև ալիմենտար (ոչ լիարժեք մշակման ենթարկված խեցգետին և կակղամորթ օգտագործելիս), հազվադեպ՝ կոնտակտա-կենցաղային ճանապարհներով:

Ընկալունակությունը վիրուս «E»-ի հանդեպ բարձր է. առավելապես հիվանդանում են 15-40 տարեկանում, հաճախ՝ տղամարդիկ: Հիվանդությունը հանդիպում է առավելապես տաք կլիմայական գոտիներում: Հաճախ անվանում են «ճանապարհորդների հեպատիտ»: Հիվանդությունից հետո ձևավորվում է իմունիտետ, հնարավոր են կրկնակի վարակման դեպքեր:

Պաթոգենեզ

Ներկայումս լավ չի ուսումնասիրված: Հայտնի է միայն, որ վիրուսը ախտահարում է հեպատոցիտները, արդյունքում զարգանում է ցիտոլիտիկ համախտանիշ: Հիվանդությունն առավել ծանր է ընթանում հղի կանանց մոտ՝ առաջացնելով անբարենպաստ ելք, որի պատճառները դեռ պարզված չեն:

Կլինիկական ձևեր

Ինկուբացիոն շրջանը 20-65 օր է: Կլինիկական պատկերը նման է վիրուսային հեպատիտ «A»-ի կլինիկային:

Նախադեղնուկային շրջանն ուղեկցվում է դիսպեպտիկ երևույթներով՝ ախորժակի վատացում, էպիգաստրալ և աջ թուլակողի շրջանում ցավեր, երբեմն՝ սրտխառնոց, փսխում, հազվադեպ՝ ջերմության բարձրացում (ի տարբերություն հեպատիտ «A»-ի): Դեղնուկի առաջացման հետ հիվանդի ինքնազգացողությունը չի լավանում: Դեղնուկը կարճատև է, ինչպես ինտոքսիկացիան: Հիվանդի լյարդը մեծանում է չափերով, հազվադեպ է փայծաղի մեծացումը: Հիվանդությունը տևում է 2-3 շաբաթ: Խրոնիկական ձև և վիրուսակրություն չի ձևավորվում: Հիվանդության առանձնահատկությունը կայանում է նրանում, որ այն ընտրողաբար խիստ ծանր է ընթանում հղիների մոտ (հատկապես հղիության 2-րդ կեսում): Հեպատիտ «E» և հղիությունը փոխադարձ ծանրեցնող ազդեցություն ունեն միմյանց վրա: Հիվանդությունն ուղեկցվում է հենոռագիկ համախտանիշով՝ ստամոքս-աղիքային, թոքային, հաճախ արգանդային արյունահոսություններ: Բնորոշ է էրիտրոցիտների ուժեղացած հեմոլիզը, որը բերում է երկկամային սուր անբավարարության: Հաճախակի լինում են վիժումներ, 20%-ի դեպքում՝ մահացու ելքով:

Ախտորոշում

Արյան շիճուկում հայտնաբերվում են հակամարմիններ (կարելի է հայտնաբերել հիվանդության 10-12-րդ օրվանից):

Կատարվում է նաև պոլիմերազային շղթայական ռեակցիա:

Բուժում, խնամք և կանխարգելում

Նման է վիրուսային հեպատիտ «A»-ի ժամանակ անցկացվող բուժմանը, խնամքին և կանխարգելմանը:

ՋՈՈՆՈՋ ԻՆՖԵԿՑԻԱՆԵՐ

ԲՐՈՒՑԵԼՈՋ (Brucellosis)

Բրուցելոզը զոոնոզ ինֆեկցիոն-ալերգիկ հիվանդություն է, խրոնիկական դառնալու հակում ունի, բնորոշվում է հենաշարժական, սրտանոթային, նյարդային և սեռական համակարգերի ախտահարումով և երկարատև տենդով:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչները բրուցելաներն են, որոնք մանր, անշարժ, գրամ-բացասական, պոլիֆորմ (ծված, ցուպիկաձև, կոկանման) բակտերիաներ են: Սննդամիջավայրի վրա աճում են շատ դանդաղ, չունեն մտրակներ, չեն առաջացնում սպոր, ունեն պատիճ և արտադրում են էնդոտոքսին:

Ներկայումս հայտնի է բրուցելաների 6 տիպ, որից 4-ը մարդու համար պաթոգեն է: Այդ տիպերն են՝

1. *Brucella melitensis*՝ հիվանդանում են մանր եղջերավոր անասունները (այծերն ու ոչխարները)
2. *Brucella abortus bovis*՝ հիվանդանում են խոշոր եղջերավոր անասունները (կովերը)
3. *Brucella abortus suis*՝ հիվանդանում են խոզերը, եղջերուները, նապաստակները
4. *Brucella canis*՝ վարակվում են շները (հազվադեպ)
5. *Brucella neotomae*՝ հիվանդանում են առնետները: Այն մարդու համար պաթոգեն չէ
6. *Brucella ovis*՝ հանդիպում է այծերի մոտ, պաթոգեն չէ:

Բրուցելաները կայուն են արտաքին միջավայրում, լավ են դիմանում ցրտին և սառեցմանը: Կաթնամթերքում դրանք պահպանվում են 2-3 ամիս, հում մսի մեջ՝ 3 ամիս, ջրում՝ 2 ամիս, հիվանդ կենդանիների արտաթորանքներում՝ 4-5 ամիս, փոշու մեջ՝ 1 ամիս: Արագ ոչնչանում են տաքացնելիս՝ 70°C-ում 30 րոպեից, եռացնելիս՝ 3-5 րոպեից, արևի ճառագայթներից՝ 1-2 ժամից, ինչպես նաև դեզինֆեկցող լուծույթներից (2%-ոց կարբոլաթթու, 3%-ոց լիզոլի, 0,2-1%-ոց քլորամինի)՝ մի քանի րոպեից:

Էպիդեմիոլոգիա

Չոոնոզ ինֆեկցիա է, որի աղբյուրն են հանդիսանում խոշոր և մանր եղջերավոր անասունները (այծեր, ոչխարներ, կովեր, խոզեր, ավելի հազվադեպ՝ ձիեր, եղջերուներ, ուղտեր): Հիվանդ կենդանիները հարուցիչներ են արտադրում մեզով, արտաթորանքով, հարպտոլային ջրերով (վիժման կամ ծննդաբերության ժամանակ): Հիվանդությունը կենդանիների մոտ ընթանում է առանց արտահայտված կլինիկական նշանների, իսկ հղիությունը կարող է ընդհատվել վիժումով: Վարակված մարդը շրջապատի համար վտանգավոր չէ:

Մարդը կարող է վարակվել երեք ճանապարհով՝

1. շփման միջոցով, երբ հարուցիչը օրգանիզմ է թափանցում մաշկի և լորձաթաղանթի միջոցով (խնամելիս, ծնունդ ընդունելիս)
2. ալիմենտար ճանապարհով, երբ օգտագործում է վարակված սննդամթերք (կաթ, պանիր, կարագ, մսամթերք)
3. աէրոգեն (օդային) ճանապարհով, երբ ներշնչում է հարուցիչ պարունակող փոշի (խուզելիս, տարածքը մաքրելիս, լաբորատորիայում):

Բրուցելյոզը համարվում է պրոֆեսիոնալ հիվանդություն, լայնորեն տարածված է զարգացած գյուղատնտեսություն ունեցող երկրներում: Հաճախ հիվանդանում են աշխատունակ տարիքի (20-40 տարեկան) անձինք:

Պաթոգենեզ

Հարուցիչներն օրգանիզմ են թափանցում մաշկի միկրովնասվածքներով, մարսողական և շնչառական համակարգերի լորձաթաղանթներով: Բրուցելաները կուտակվում են ռեզիդուար ավշային հանգույցներում, որից հետո թափանցում են արյան մեջ, տարածվում ողջ օրգանզմում և ախտահարում մի շարք օրգան-համակարգեր: Արյան մեջ բրուցելաների քայքայումից անջատվում է էնդոտոքսին, որն էլ առաջացնում է ինտոքսիկացիա: Բրուցելաների երկրորդային լոկալիզացիայի տեղերում առաջանում են գրանուլեմաներ, որոնք պարբերաբար առաջացնում են բակտերեմիայի նոր ալիք, ինչն էլ արտահայտվում է հիվանդության սրացմամբ: Բրուցելաները համարվում են ներբջջային պարազիտներ, և հիվանդության ընթացքում ձևավորված հումորալ իմունիտետը (հակամարմինների արտադրումը) չի ազատում օրգանիզմը հարուցիչներից:

Հիվանդությունը բնորոշվում է երկարատև և ալիքաձև ընթացքով: Ձևավորված իմունիտետը երկարատև չէ:

Կլինիկա

Գաղտնի շրջանը տևում է մոտ 3 շաբաթ, սակայն կարող է ձգձգվել մինչև 2 ամիս:

Տարբերում են հիվանդության հետևյալ ձևերը՝

1. սուր՝ տևում է մինչև 3 ամիս
2. ենթասուր՝ տևում է մինչև 6 ամիս
3. խրոնիկական՝ տևում է 6 ամսից ավելի
4. ռեզիդուալ՝ սրանք բրուցելայի հետևանքներն են:

Սուր բրուցելյոզն ունի սուր սկիզբ: Հիվանդը նշում է ջերմության բարձրացում 39-40° C, որը պահպանվում է 1-2 շաբաթ և ավելի: Տենդը կրում է անկանոն, ռեմիսվող կամ ալիքաձև բնույթ, որն ուղեկցվում է դողով և քրտնարտադրությամբ: Չնայած բարձր ջերմությանը՝ ինտոքսիկացիան թույլ է, և հիվանդները պահպանում են աշխատունակությունը: Ախտահարվում է նյարդային համակարգը: Հիվանդների մոտ առաջանում է էֆորիա, նրանք գանգատվում են գլխացավից, էնցեֆալալ անկայունությունից, քնի խանգարումից, հոդերի և մկանների ցավերից (հոդացավն ունի թռչող բնույթ):

Օբյեկտիվ զննման ժամանակ մաշկի հարաբերականորեն գունատ ֆոնի վրա հայտնաբերվում է դեմքի և պարանոցի հիպերեմիա: Շոշափվում են պերիֆերիկ ավշային հանգույցները (պարանոցի, թևատակի, աճուկային շրջանում), որոնք մեծացած են (մինչև 1սմ տրամագծով), պինդ, անցավ, միաձուլված չեն շրջակա հյուսվածքներին, իսկ նրանց վրա մաշկն անփոփոխ է: Լյարդը և փայծաղը մեծացած են և շոշափվում են հիվանդության 5-7-րդ օրվանից: Սրտանոթային համակարգի կողմից նկատվում է բրադիկարդիա,

զարկերակային ճնշումը ցածր է: Կորում է հիվանդի ախորժակը, առաջանում են սրտխառնոց և փսխում: Բուժումն ուշացնելու դեպքում սուր ձևը կարող է անցնել ենթասուրի, իսկ հետո՝ խրոնիկ ձևի:

Ենթասուր ձևի դեպքում հիվանդությունն ընթանում է տենդի և ապիռեքսիայի (ջերմաստիճանի նորմալացում)՝ միմյանց հաջորդող շրջաններով: Նույնիսկ ջերմաստիճանի իջեցման ժամանակ հիվանդները թույլ են, աղինամիկ, ընկճված: Լինում են քնի խանգարումներ, պարեսթեզիա (զգացողության խանգարում), հոդերի և մկանների ցավեր: Հաճախ ախտահարվում են հենաշարժական ապարտը (բուրսիտ, արթրիտ, պոլիարթրիտ և այլն), սեռական (օրխիտ, էպիդիդիմիտ, օօֆորիտ, սալպինգիտ, էնդոմետրիտ, վիժումներ), նյարդային (պլեքսիտ, պոլիռադիկուլոնևրիտ, մենինգոէնցեֆալիտ և այլն), սրտանոթային (միոկարդիտ, էնդոկարդիտ) համակարգերը: Ենթամաշկային բջջանքում հաճախ ջլերի շրջանում հայտնաբերվում են կոշտ և ցավոտ հանգույցներ (0,3-1,0սմ և ավելի), որոնք իրենցից ներկայացնում են սպեցիֆիկ բրուցելյոզային գրանուլեմաներ (ֆիբրոզիտ, ցելուլիտ):

Խրոնիկական ձևին բնորոշ են հիվանդության ռեցիդիվող ընթացքը և օջախային ախտահարումները, որոնք կրում են անվերադարձ բնույթ: Առավել հաճախ ախտահարվում են խոշոր հոդերը (ծնկի, կոնք-ազդրային, արմնկային, ուսային), ինչպես նաև ողնաշարը: Առաջանում են արթրիտներ, բուրսիտ (հոդապարկի բորբոքում), սինովիտ (սինովիալ թաղանթի բորբոքում), պերիխոնդրիտ (աճառների բորբոքում), սպոնդիլիտ (ողերի բորբոքում), տենդովագինիտ (ջլաբուլոցների բորբոքում), միոզիտ: Հիվանդության սրացման շրջանում հոդերն այտուցվում են, ցավոտ են, շարժումները՝ սահմանափակ: Պրոցեսը երկարելու հետ մեկտեղ առաջանում է հոդերի դեֆորմացիա, անկիլոզ, որը բերում է հաշմանդամության:

Ախտահարվում է նաև նյարդային համակարգը, առաջանում են նևրիտներ, ռադիկուլիտ, միջկողային նևրալգիաներ, զգացողության խանգարում, հազվադեպ՝ մենինգիտ և մենինգոէնցեֆալիտ:

Ախտահարվում է սրտանոթային համակարգը, առաջանում են էնդոկարդիտ, միոկարդիտ և այլն:

Ախտահարվում է նաև սեռական համակարգը: Տղամարդկանց մոտ առաջանում է օրխիտ, էպիդիդիմիտ (մականործու բորբոքում), սեռական ֆուկցիայի թուլացում: Կանանց մոտ առաջանում են վիժումները, էնդոմետրիտ, դաշտանայինցիկլի խանգարումներ, օօֆորիտ:

Հիվանդությունն ունի երկարատև ընթացք, բայց կարող է ավարտվել ապաքինմամբ: Այս դեպքում հիվանդների մոտ չեն հայտնաբերվում օջախային ախտահարումներ: Որոշ

դեպքերում տարած հիվանդությունից հետո ձևավորվում են մնացորդային երևույթներ (ռեզիդուալ բրուցելոզ):

Ռեզիդուալ ձևը բնորոշվում է առատ քրտնարտադրությամբ, գրգռված վիճակով, հոդացավերով, որոնք ուժեղանում են եղանակի փոփոխությունների և ֆիզիկական աշխատանքի ժամանակ: Որոշ հիվանդների մոտ զարգանում է անկիլոզ և կոնտրակտուրա, որն էլ բերում է հաշմանդամության:

Բարդություններ

Բրուցելոզով հիվանդների մոտ օրգան-համակարգերի ախտահարումը դիտվում է որպես հիվանդության ընթացքի ձևեր, այլ ոչ՝ բարդություն:

Ախտորոշում

Ճիշտ և ժամանակին ախտորոշելու համար անհրաժեշտ է մանրակրկիտ հավաքել էպիդեմիոլոգիական անամնեզը, իսկ հիվանդության հաստատման համար հարկավոր է կատարել լաբորատոր հետազոտություններ:

Հեմոգրամայում հայտնաբերվում է լեյկոպենիա, լիմֆոցիտոզ, էոզինոպենիա, թրոմբոցիտոպենիա, ԷՆԱ-ի արագացում:

Լայն կիրառություն ունի բակտերիոլոգիական հետազոտությունը, որը կատարվում է հատուկ լաբորատորիաներում, քանի որ այն օժտված է մեծ վարակելիությամբ: Պրոցեսը շատ երկարատև է (մինչև 21 օր), քանի որ բրուցելաները դանդաղ են աճում սննդամիջավայրերում: Բակտերիոլոգիական հետազոտության ժամանակ ուսումնասիրում են արյունը, ողնուղեղային հեղուկը, ոսկրածուծի պունկտատը, լեղին, մեզը, ներհոդային հեղուկը, ավշահանգույցի պունկտատը և այլն:

Բրուցելաների հայտնաբերման համար օգտվում են նաև բիոլոգիական եղանակից (հատկապես սննդամթերքի, մեզի և կղանքի հետազոտման դեպքում): Ծովախոզուկների կամ սպիտակ մկների աճուկային շրջան ե/մ եղանակով ներմուծում են հետազոտվող նյութը: Կենդանուն հերժում են 20-30 օրից, արյունից կատարում ցանքս:

Լայնորեն կիրառվում են նաև հետազոտության շճաբանական եղանակները, հատկապես Ռայտի ագլյուտինացիայի ռեակցիան: Այն կարող է դրական լինել արդեն հիվանդության 3-5-րդ օրվանից (դիագնոստիկ տիտրը՝ 1:200-ից ոչ պակաս և դինամիկայում աճի): Մասայական հետազոտությունների համար օգտվում են Խեդելսոնի ագլյուտինացիայի ռեակցիայից (կատարվում է առարկայական ապակու վրա):

Կիրառվում են նաև անուղղակի հեմագլյուտինացիայի, կոմպլեմենտի կապման և իմունոֆերմենտային եղանակները:

Ախտորոշման համար դրվում է Բյուրնեի մաշկաալերգիկ պրոբան: Նախաբազկի ափային մակերեսի միջին մեկ-երրորդականում ներմաշկային ներմուծում են 0,1մլ բրուցելին (բրուցելաների բուլյոնային կուլտուրայի ֆիլտրատ): Արդյունքները գնահատվում են 24-48 ժամից: Դրական ռեակցիայի դեպքում ներարկման տեղում արդեն 8 ժամից առաջանում է այտուց: Մինչև 1սմ տրամագծով այտուցի դեպքում ռեակցիան կասկածելի է, 1-3սմ-ի դեպքում՝ թույլ դրական, 3-6սմ-ի դեպքում՝ խիստ դրական: Այս պրոբան դրական է հիվանդության 7-8-րդ օրվանից: Այն կիրառում են հատկապես խրոնիկական բրուցելյոզի ախտորոշման ժամանակ: Սակայն պետք է հիշել, որ պրոբան կարող է լինել դրական մաս պատվաստված անձանց մոտ:

Բուժում և խնամք

Հիվանդները էպիդեմիկ տեսանկյունից շրջապատի համար վտանգավոր չեն և չեն մեկուսացվում: Սակայն նրանց անհրաժեշտ է հոսպիտալացնել լիարժեք հետազոտման և ադեկվատ բուժման նպատակով: Արտահայտված ինտոքսիկացիայի դեպքում անհրաժեշտ է պահպանել անկողնային ռեժիմ: Սնունդը պետք է լինի լիարժեք, վիտամիններով հարուստ:

Հիվանդին անհրաժեշտ է հատուկ խնամք: Քանի որ նա քրտնում է, ուստի հաճախակի պետք է փոխել հագուստը և սպիտակեղենը: Քանի որ սահմանափակված են շարժումները, ապա բուժքույրը պետք է օգնի նրան: Հիվանդության երկարատև ընթացքի, տանջող ցավերի, շարժումների սահմանափակվածության պատճառով հիվանդը դառնում է դյուրագրգիռ, լացկան. բուժքույրը պետք է լինի համբերատար և ուշադիր, հանգստացնի հիվանդին, ապաքինվելու հույս տա:

Հիվանդին խնամելիս հարկավոր է պահպանել սան.-հիգիենիկ կանոնները և կատարել ընթացիկ դեզինֆեկցիա:

Էթիոտրոպ թերապիան տարվում է հակաբիոտիկներով (տետրացիկլին, դոքսիցիկլին՝ օրը 200մգ, լեոմիցետին, ռիֆամպիցին՝ օրը 600-900մգ, ստրեպտոմիցին՝ 0,5գ օրը 2 անգամ, ցեֆտրիակսոն՝ օրը 2գ) 3-6 շաբաթ և ավելի տևողությամբ, հաճախ երկու պրեպարատ կոմբինացված ձևով: Խրոնիկական ձևի ժամանակ կիրառում են վակցինոթերապիա (ներմաշկային):

Պաթոգենետիկ թերապիան կատարվում է դեզինտոքսիկացիոն պրեպարատներով՝ հենոդեզ, ռեոպոլիգլյուկին, գլյուկոզայի լուծույթ: Նշանակում են դեսենսիբիլիզացնող դեղամիջոցներ (սուպրաստին, տավեգիլ, պիպոլֆեն), հակաբորբոքային (ինդոմետացին, իբուպրոֆեն, վոլտարեն), սեդատիվ պրեպարատներ և վիտամիններ:

Նշանակում են մաև ֆիզիոթերապևտիկ պրոցեդուրաներ (բուժական ֆիզկուլտուրա, մերսում, դիաթերմիա, պարաֆինային ապլիկացիա, սոլյուկս, ուլտրաձայն, էլեկտրոֆորեզ)

և առողջարանային բուժում (տորֆաբուժություն, ցեխաբուժություն, սուլֆիդային և ռոդոնային վաննաներ):

Հիվանդին դուրս են գրում բուժման լրիվ կուրսն անցկացնելուց և կլինիկական առողջացումից հետո: Պետք է հիշել, որ սուր բրուցելյոզի 20-30%-ի դեպքերում հիվանդությունը կարող է անցնել ենթասուր և խրոնիկ ձևերի:

Ռեկոնվալեսցենտները 2 տարի գտնվում են դիսպանսեր հսկողության տակ: Նրանք ազատվում են ծանր ֆիզիկական աշխատանքից 3-6 ամիս: Ըստ ցուցումների՝ տարին 2 անգամ անցկացվում է հակառեցիդիկային բուժման կուրս: Եթե բացակայում են խրոնիկական ախտանիշները, ապա ռեկոնվալեսցենտին հանում են հաշվառումից:

Խրոնիկական բրուցելյոզով հիվանդները նույնպես գտնվում են հսկողության տակ, պարբերաբար կատարվում է շճաբանական հետազոտություն, իսկ տարին 2 անգամ՝ հակառեցիդիկային բուժում:

Վարակի բարձր ռիսկի մասնագիտական խմբերի անձինք ողջ աշխատանքային շրջանում գտնվում են դիսպանսեր հսկողության տակ:

Կանխարգելում

Անհրաժեշտ է վերացնել հիվանդությունը գյուղատնտեսական կենդանիների շրջանում, ապահովել սանիտարաանասնաբուժական կանոնների խիստ պահպանումը: Անհրաժեշտ է վարակազերծել կաթը և կաթնամթերքը եռացնելու և պաստերիզացիայի միջոցով, իսկ միսը 30-60 օր պահել աղաջրի մեջ: Սառած մթերքի վերամշակման ձեռնարկություններում աշխատողները պետք է կրեն պաշտպանիչ հագուստ: Ըստ էպիդեմիոլոգիական ցուցումների կատարում են վակցինացիա:

ԼԵՊՏՈՍՊԻՐՈԶ (Leptospirosis)

Լեպտոսպիրոզը սուր զոոնոզ ինֆեկցիոն հիվանդություն է, բնորոշվում է ինտոքսիկացիայի և տենդի առաջացումով, երիկամների, լյարդի, նյարդային և անոթային համակարգերի ախտահարումով, իսկ ծանր դեպքերում՝ հեմոռագիկ համախտանիշի և դեղնուկի առաջացումով:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչը լեպտոսպիրան է, որը գրամ-բացասական է, ունի 300 սերոլոգիական տիպեր (հաճախ են հանդիպում leptospira interrogans, leptospira grippothyphosa, leptospira icterohaemorrhagica, leptospira pomona և այլն): Լեպտոսպիրան զսպանակաձև է, շարժուն, աճում է հատուկ սննդամիջավայրի վրա (արյան չիճուկով հարստացած), հիդրոֆիլ է, լավ է

պահպանվում խոնավ միջավայրում (ջրամբարներում՝ 2-3շաբաթ, խոնավ հողում՝ մինչև 3 ամիս): Հարուցիչները կայուն են ցրտի, զգայուն՝ բարձր ջերմաստիճանի, չորացման, ուլտրամանուշակագույն ճառագայթների, թթուների, հիմքերի, դեզինֆեկցող լուծույթների հանդեպ:

Լեպտոսպիրոզիա

Լեպտոսպիրոզը զոոնոզ, բնական օջախայնությամբ հիվանդություն է: Ինֆեկցիայի աղբյուր են հանդիսանում կրծողների և միջատակերների (գորշառնետներ, դաշտամկներ, ոզնիներ, անտառամկներ, ջրայինառնետներ), գյուղատնտեսական կենդանիների (խոզեր, եղջերավոր անասուններ, այծեր, ոչխարներ), արդյունահանվող կենդանիների (նուտրիա, աղվես, օնդատրա, բենեաղվես) և տնային կենդանիների (շներ) ավելի քան 80 տեսակ: Հարուցիչներն արտադրվում են կենդանիների մեզով և վարակում շրջապատը: Հիվանդ մարդը շրջապատի համար վտանգավոր չէ:

Վարակի փոխանցման մեխանիզմը ֆեկալ-օրալ ուղին է, որն իրականանում է տարբեր ճանապարհներով՝ շփման միջոցով, ջրով և սննդով: Քանի որ Լեպտոսպիրաները երկար են պահպանվում ջրում, ուստի ամենահաճախ հանդիպող վարակի ուղին ջրայինն է: Մարդը կարող է վարակվել հիվանդ կենդանու մեզով աղտոտված ջրամբարում լողալիս, ջուր խմելիս, ձկնորսության ժամանակ: Սննդային ճանապարհով կարելի է վարակվել աղտոտված սնունդ, միս օգտագործելիս: Կոնտակտային ճանապարհով հիվանդանում են անասնաբույժները, անասնաբույծները, մսի կոմբինատի աշխատողները, որսորդները, դեռատիզատորները, շան տերերը:

Լեպտոսպիրոզն առավել հաճախ հանդիպում է ամռանը և աշնանը: Հիվանդությունից հետո ձևավորվում է կայուն իմունիտետ, որը տիպոսպեցիֆիկ է:

Պաթոգենեզ

Հարուցիչները օրգանիզմ թափանցում են վնասված մաշկով, աչքի, քթի, բերանի խոռոչի և աղեստամոքսային տրակտի լորձաթաղանթով, մուտքի տեղում չեն առաջացնում արտաքին փոփոխություններ: Լեպտոսպիրաներն արագ շարժվելու շնորհիվ տարածվում են ողջ օրգանիզմում: Արյան մեջ հարուցիչների մասնակի քայքայումից անջատվում են տոքսիկ նյութեր՝ առաջացնելով ինտոքսիկացիա և տենդ: Հարուցիչները թափանցում են լյարդ, երիկամներ, մակերիկամներ, կենտրոնական նյարդային համակարգ, անոթների էնդոթել (առաջացնում պանկապիլարատոքսիկոզ)՝ առաջացնելով դեգեներատիվ-բորբոքական պրոցեսներ. սուր երիկամային անբավարարություն, հենոռագիկ համախտանիշ, մենինգիտ, դեղնուկ:

Կլինիկա

Գաղտնի շրջանը մի քանի օրից մինչև 2-3 շաբաթ է: Ըստ կլիմիկական ընթացքի տարբերում են դեղնուկային և ոչ դեղնուկային ձևեր:

Հիվանդությունն ունի ցիկլիկ ընթացք, տարբերում են 3 շրջան՝

1. սկզբնական (տենդային)
2. ծաղկման (օրգանների ախտահարման)
3. ռեկոնվալեսցենցիայի:

Սկզբնական շրջանը 4-5 օր է: Սովորաբար հիվանդությունն ունի հանկարծակի, սուր սկիզբ (հիվանդը շատ ստույգ կարող է նշել հիվանդության սկիզբը). սկսվում է դողով, սարսուռով, հիվանդի վիճակը կտրուկ վատանում է, ջերմությունը բարձրանում մինչև 39-40° C, լինում է ուժեղ գլխացավ, գլխապտույտ, մկանացավ, քնի և ախորժակի խանգարում, ծարավի զգացում: Կարող է առաջանալ սրտխառնոց և փսխում: Խիստ բնորոշ է մկանային ցավը ձկնամկանների, ազդրերի, գոտկատեղի, որովայնի, ծոծրակի շրջանում, որն ավելի է ուժեղանում քայլելիս կամ դրանք շոշափելու ժամանակ: Խիստ բնորոշ է հիվանդի արտաքին տեսքը՝ դեմքը փքված է, հիպերեմիկ, աչքի կոնյունկտիվան՝ վառ կարմիր («ճագարի» կամ «սուզորդի» աչքեր), շրթունքների վրա կամ քթանցքի շուրջ՝ հերպետիկ ցան: Հիվանդության 3-5-րդ օրը կրծքավանդակի, թիկունքի, որովայնի, վերջույթների մաշկի վրա առաջանում է բազմաբնույթ ցան՝ կետային, բծավոր-պապուլոզ, պետեխիալ, հեմոռագիկ բնույթի: Ցանն անցնում է 1-2 օրից՝ թողնելով մաշկի թեփոտում: Հեմոռագիկ ցանը վկայում է հիվանդության ծանր ընթացքի մասին: Կարող են առաջանալ արյունահոսություններ (ստամոքս-աղիքային, արգանդային): Հիվանդի լեզուն չոր է, պատված դեղնա-շագանակագույն փառով, բկանցքը՝ հիպերեմիկ:

Բնորոշ է զարկերակային հիպոտոնիան, սրտի տոների խլացումը: Որովայնը փքված է, շոշափումը՝ ցավոտ (կեղծ «սուր որովայն»): Հիվանդության 2-3-րդ օրվանից լյարդը մեծացած է, շոշափելիս՝ ցավոտ: Հիվանդությանը խիստ բնորոշ է նաև երիկամների ախտահարումը: Ջարգանում է օլիգուրիա: Պաստեռնացկու ախտանիշը դրական է:

Սուր շրջանում հաճախ ախտահարվում է կենտրոնական նյարդային համակարգը, որոշ դեպքերում առաջանում է մենինգիտ, որի ժամանակ ուժեղանում է գլխացավը, լինում է փսխում, ի հայտ են գալիս մենինգեալ սիմպտոմներ (ծոծրակի մկանների կարկանդություն, Կեռնիգի ախտանիշ և այլն):

Ծաղկման շրջանը սկսվում է 5-6-րդ օրվանից: Աճում է ինտոքսիկացիան: Հիվանդության երկրորդ շաբաթվանից զարգանում է դեղնուկ (վառ երանգով), որը պահպանվում է մի քանի օրվանից մի քանի շաբաթ: Դեղնուկի առաջացման 2-3-րդ օրվանից մարմնի ջերմաստիճանն ընկնում է, սակայն հիվանդի ընդհանուր վիճակը չի թեթևանում: Հիվանդի համար ծանր շրջան է համարվում երկրորդ շաբաթվա սկիզբը, երբ միանում է հեմոռագիկ համախտանիշը: Կարող են լինել արյունահոսություն քթից, լնդերից, ստամոքս-աղիքային տրակտից («սուրճի նստվածքի» տեսքով փսխում, ծյուրանման

կղանք): Այն հաճախ է հանդիպում հիվանդության դեղնուկային ձևի դեպքում: Երիկամների ախտահարման արդյունքում զարգանում է անուրիա, սուր երիկամային անբավարարություն: Հետևաբար լեպտոսպիրոզի ժամանակ հարկավոր է սահմանել օրվա դիուրետի խիստ հսկողություն: Զարգանում են մենինգեալ նշանները: Հիվանդության երկրորդ շաբաթվանից հիվանդի վիճակը սկսում է լավանալ:

Ուելոնվալենսցենցիայի շրջանը սկսվում է հիվանդության 20-25-րդ օրվանից: Ախտահարված օրգանների (երիկամ, լյարդ, ԿՆՀ) ֆունկցիան աստիճանաբար կարգավորվորվում է: Երկար ժամանակ պահպանվում է ասթենիկ համախտանիշը (թուլություն, ապատիա, արագ հոգնածություն, սիրտ-անոթային համակարգի անկայունություն):

Բարդություններ

Լեպտոսպիրոզի ժամանակ բարդությունները զարգանում են հիվանդության ընթացքում: Հիվանդության վաղ շրջանում (2-4-րդ օրը) կարող է զարգանալ ինֆեկցիոն-տոքսիկ շոկ, իսկ առաջին շաբաթվա վերջում՝ սուր երիկամային, սուր լյարդային անբավարարություն, հեմոռագիկ համախտանիշ: Կարող են առաջանալ նաև միոկարդիտ, էնցեֆալիտ, պոլիներիտ, իրիդոցիկլիտ, ինչպես նաև երկրորդային բակտերիալ ինֆեկցիաներ (պիելիտ, թոքաբորբ և այլն):

Ախտորոշում

Այն հիմնվում է հիվանդության կլինիկա-էպիդեմիոլոգիական տվյալների վրա: Կատարվում են լաբորատոր հետազոտություններ: Հեմոգրամայում հայտնաբերվում է նեյտրոֆիլ լեյկոցիտոզ, ԷՆԱ-ի արագացում (40-60մմ/ժամ), էրիթրոցիտների և թրոմբոցիտների քանակի պակասում (ծաղկման շրջան) և հեմոգլոբինի քանակի իջեցում:

Հարուցիչներ կարելի է հայտնաբերել արյան մեջ և ողնուղեղային հեղուկում, իսկ ավելի ուշ՝ մեզի մեջ: Սովորաբար օգտվում են մութ տեսադաշտով միկրոսկոպիայի եղանակից («ճզմված կաթիլ») ձևով արյան հետազոտում): Դրական ռեակցիայի դեպքում լեպտոսպիրաները հայտնաբերվում են շարժուն արծաթագույն թելերի ձևով:

Շճաբանական հետազոտություններից դրվում են կոմպլեմենտի կապման և միկրոագլյուտինացիայի ռեակցիաները: Ախտորոշումը հաստատելու համար արյունը կրկնակի անգամ է վերցվում. առաջինը՝ հիվանդության 5-7-րդ օրը, երկրորդը՝ 7-10 օր հետո: Կիրառում են նաև փորձարարական եղանակը:

Բուժում և խնամք

Քանի որ ճիշտ և ժամանակին բուժումից են կախված հիվանդության ընթացքը և ելքը, ուստի լեպտոսպիրոզով հիվանդներին հարկավոր է պարտադիր հոսպիտալացնել: Հիվանդներին կարելի է տեղավորել ստացիոնարի ցանկացած բաժանմունքում, քանի որ նրանք էպիդեմիոլոգիական վտանգ չեն ներկայացնում շրջապատի համար:

Հիվանդության սկզբնական և ծաղկման շրջաններում կարևոր է խիստ անկողնային ռեժիմի պահպանումը: Սնունդը պետք է լինի կիսահեղուկ, դյուրամարս, խմայող (սեղան N5a): Եթե կան երիկամների ախտահարման նշաններ, ապա նշանակում են սեղան N7: Անհրաժեշտ է սնունդն ընդունել քիչ-քիչ՝ օրը 4-5 անգամ: Հատուկ ուշադրություն պետք է դարձնել մաշկի խնամքին և բերանի խոռոչի վիճակին: Անհրաժեշտ է հսկողություն սահմանել դիուրետի վրա, միաժամանակ ուշադրության կենտրոնում պահել սիրտ-անոթային համակարգի աշխատանքը, հաճախակի չափել զարկերակային ճնշումը: Հիվանդներին խնամելիս պետք է պահպանել սանիտարահիգիենիկ կանոնները և կատարել ընթացիկ դեզինֆեկցիա:

Էթիոտրոպ բուժումը կատարվում է հակաբիոտիկներով՝ պենիցիլին 6-12մլն միավոր օրական (մ/մ), իսկ ծանր դեպքերում՝ 20-24մլն: Կարելի է նշանակել տետրացիկլին, դոքսացիկլին: Հակաբիոտիկները տալիս են 7-10 օր:

Ուժեղ ինտոքսիկացիայի դեպքում նշանակում են հակալեպտոսպիրոզային գամա-գլոբուլին (մ/մ, դեսենսիբիլիզացիայից հետո):

Հիվանդին նշանակում են դեզինտոքսիկացիոն թերապիա (5%-ոց գլյուկոզայի, պոլիիոն լուծույթներ, կոլոիդներ), ինչպես նաև անոթի պատն ամրացնող և արյան մակարդեղիությունը կարգավորող պրեպարատներ, վիտամիններ: Սուր երիկամային անբավարարության դեպքում խորհուրդ է տրվում ստամոքսի և աղիների լվացում (սոված վիճակում, ուտելուց առաջ) օրը 3-4 անգամ նատրիումի հիդրոկարբոնատի 2-4%-ոց լուծույթով, որը նպաստում է ազոտային շլակերի հեռացմանը:

Ծանր դեպքերում հիվանդին շտապ տեղափոխում են ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք և կատարում հենոդիալիզ՝ միացնում «արհեստական երիկամ»:

Հիվանդին դուրս են գրում լրիվ առողջանալուց և ջերմության կայունանալուց հետո:

Կանխարգելում

Անհրաժեշտ է հսկողություն սահմանել գյուղատնտեսական կենդանիների նկատմամբ, ինչպես նաև հսկողության տակ պահել ջրամբարների ջուրը: Պրոֆիլակտիկ աշխատանքներն իրականացնում է Պետական սան-էպիդ ծառայության հատուկ

վտանգավոր ինֆեկցիաների բաժինը: Կատարվում են դեռատիզացիոն միջոցառումներ: Կենդանիների հետ շփվողները պետք է հագնեն հատուկ պաշտպանիչ հագուստ:

Բարձր վարակի ռիսկ ունեցող անձանց կատարում են վակցինացիա:

ԺԱՆՏԱԽՍ (Pestis)

Ժանտախտը սուր, բնական օջախայնություն ունեցող հիվանդություն է, պատկանում է հատուկ վտանգավոր ինֆեկցիաների շարքին, բնութագրվում է ծանր ինտոքսիկացիայով, ախտահարում է ավշային հանգույցները, թոքերը և այլ օրգանները, կարող է ընթանալ նաև սեպտիկ ձևով: Համարվում է կարանտինային ինֆեկցիա:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչը ժանտախտային ցուպիկն է (*Yersinia pestis*), որը ձվաձև է, ունի կապսուլա, անշարժ, գրամ-բացասական ցուպիկ է, ծայրերը ներկվում են ավելի ինտենսիվ (բիպոլյար), աճում է սննդային միջավայրում՝ 28°C-ի պայմաններում, օժտված է մեծ պաթոգենությամբ: Օրգանիզմից դուրս անկայուն է, բայց արտաքին միջավայրում պահպանվում է 2-4 շաբաթ: Ջգայուն է տաքացման, չորացման և արևի ճառագայթների նկատմամբ: 50-70°C-ի պայմաններում ոչնչանում է 10 րոպեից, իսկ եռացնելիս՝ մի քանի վայրկյանից: Հողում պահպանվում է ամիսներ, տզերի, լվերի և ոչիլների օրգանիզմում՝ մեկ տարի, դիմացկուն է 0°C-ից ցածր պայմաններում: Արագ ոչնչանում է դեզինֆեկցող լուծույթների՝ 0.5-5.0 % քլորամինի, 3-5 % լիզոլի, 3 % կարբոլաթթվի և 70 % էթիլ սպիրտի ազդեցությունից:

Հարուցիչն արտադրում է էկզո- և էնդոտոքսիններ, ինչպես նաև ագրեսիայի ֆերմենտներ (ֆերրինոլիզին, կոագուլազա և այլն):

Էպիդեմիոլոգիա

Բնության մեջ վարակի ռեզերվուար և աղբյուր են հանդիսանում շուրջ 200 տեսակի կրծողներ և նապաստականմանները (գետնասկյուռները, արջանկներն ու գերմանամուկը), ինչպես նաև կատուներն ու ուղտերը: Վարակը կենդանուց մարդուն է փոխանցվում տրանսմիսիվ մեխանիզմով՝ վարակված լվերով: Վարակը կարող է փոխանցվել նաև հիվանդ կենդանու մաշկի հետ շփման միջոցով, օդակաթիլային և ալիմենտար ճանապարհներով:

Ընկալունակությունը ժանտախտի հանդեպ խիստ բարձր է: Հիվանդ մարդը վտանգավոր է շրջապատի համար (հատկապես թոքային ձևի դեպքում): Տարած հիվանդությունից հետո ձևավորվում է կայուն իմունիտետ:

Պաթոգենեզ

Հարուցիչն օրգանիզմ կարող է թափանցել մաշկի, լորձաթաղանթի (աչքի, բերանի, մարսողական համակարգի, շնչուղիների) միջոցով: Սրանով է պայմանավորված հիվանդության կլինիկական ձևերի առանձնահատկությունը: Մուտքի դռան մոտ Առաջնային աֆեկտ հազվադեպ է ձևավորվում: Հարուցիչը տեղակայվում է մոտակա ավշային հանգույցում, խիստ կայուն և կենսունակ է նույնիսկ ֆագոցիտի ներսում: Ավշային հանգույցներում զարգանում է շճա-հեմոռագիկ բորբոքում և բուբոնի առաջացում: Ժանտախտի բուբոնը տարբերվում է տուլարեմիայի ժամանակ առաջացած բուբոնից նրանով, որ այստեղ այն արագ ենթարկվում է նեկրոզի և բորբոքային ռեակցիան տարածվում է՝ շրջակա ավշային հանգույցի հյուսվածքի վրա առաջացնելով պերիադենիտ:

Այնուհետև հարուցիչը թափանցում է արյան մեջ և տարածվում օրգանիզմում՝ առաջացնելով գեներալիզացված պրոցես (սեպտիցեմիա): Ընկնելով օրգան համակարգեր՝ հարուցիչը նպաստում է երկրորդային բուբոնների առաջացմանը:

Ժանտախտի ժամանակ թոքերի ախտահարումը կարող է արդյունք լինել ինչպես հեմատոգեն վարակի (զարգանում է երկրորդային թոքային ձև), այնպես էլ օդակաթիլային վարակի (զարգանում է առաջնային թոքային ձև), որի դեպքում մահացությունը կազմում է 80-90 %:

Կլինիկա

Գաղտնի շրջանը 3-6 օր է, իսկ թոքային ձևի ժամանակ՝ 1-2 օր:

Հիվանդությունն սկսվում է սուր և հանկարծակի: Հիվանդի մոտ նկատվում է ջերմության կտրուկ բարձրացում 39-40°C, որն ուղեկցվում է դողով: Արագ զարգանում է ինտոքսիկացիա՝ ուժեղ գլխացավ, գլխապտույտ, թուլություն, մկանացավ, մարմնի կոտրտվածություն և ծարավի զգացում, երբեմն՝ սրտխառնոց և փսխում: Հիվանդի խոսքը դառնում է անհասկանալի, իսկ քայլվածքը՝ ճոճվող: ԿՆՀ-ի կողմից զարգանում են նյարդահոգեկան գրգռվածություն, կոորդինացիայի խանգարում, զառանցանք և հալյուցիանացիա: Այս շրջանում հիվանդի նկատմամբ պետք է հսկողություն սահմանել, քանի որ նա կարող է նույնիսկ փախչել:

Մեկ այլ դեպքում հիվանդն արգելակվում է, նկատվում է ադինամիա և անքնություն:

Հիվանդի դեմքը սկզբում փքված է և հիպերեմիկ, իսկ հետո աչքերի տակ մուգ օղակներով, ցիանոտիկ երանգով, ֆիքսված հայացքով և տանջված դեմքի արտահայտությամբ: Աչքերի սկլերաները արյունակալված են: Մաշկը տաք է և չոր: Ծանր ընթացքի դեպքում մաշկի վրա առաջանում է հեմոռագիկ ցան (պետեխիա) մուգ կարմիր

գույնի: Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթը չոր է և հիպերեմիկ, կետային արյունազեղումներով, նշիկները մեծացած են և խոցոտված: Լեզուն հաստացած է և սպիտակ փառով պատված («կավճոտ լեզու»): Ախտահարվում է սիրտանոթային համակարգը: Պոլսը հաճախացած է (120-160 զարկ 1 րոպեում) և թելանման, զարկերակային ճնշումը իջած է, սրտի տոները՝ խլացած: Շնչառությունը հաճախացած է, զարգանում է հևոց: Որովայնը փքված է, լյարդը և փայծաղը մեծացած են: Ծանր դեպքերում զարգանում է հեմոռագիկ համախտանիշ, որի ժամանակ լինում է արյունով փսխում (սուրճի տեսքով) և լուծ՝ լորձի և արյան հետքերով: Մեզուն հայտնաբերվում են արյուն և սպիտակուց, զարգանում են օլիգուրիա և սուր երիկամային անբավարարություն:

Համաձայն Գ. Պ. Ռուդնիկի դասակարգման՝ ժամտախտն ունի հետևյալ կլինիկական ձևերը՝

1. Տեղակայված (լոկալիզացված)
 - ա) մաշկային,
 - բ) բուբոնային,
 - գ) մաշկա-բուբոնային.
2. Ներքին դեսսիմինացված (գեներալիզացված)
 - ա) առաջնային սեպտիկ,
 - բ) երկրորդային սեպտիկ.
3. Արտաքին դեսսիմինացված
 - ա) առաջնային թոքային,
 - բ) երկրորդային թոքային,
 - գ) աղիքային:

Մաշկային ձևը հազվադեպ է հանդիպում: Վարակի մուտքի տեղում ձևավորվում է նեկրոտիկ խոց կամ հեմոռագիկ կարբունկուլ: Սկզբում մաշկի վրա առաջանում է բիծ, որը վերածվում է բշտի (վեզիկուլա), հետո՝ պուստուլայի և վերջում՝ խոցի: Խոցը դանդաղ է վերականգնվում՝ տեղում թողնելով սպի: Բուշտն ունի արյունային պարունակություն, մաշկից բարձր է, շուրջն այտուցված: Սիբիրախտային կարբունկուլից այն տարբերվում է իր խիստ ցավոտությամբ: Պուստուլայի պատռվելուց հետո տեղում գոյանում է դեղնավուն կարծր հատակով խոց:

Բուբոնային ձևը հաճախակի է հանդիպում: Սրա ժամանակ առաջնային աֆեկտ չի լինում: Բնորոշ նշանն է բուբոնը՝ ցավոտ մեծացած ավշային հանգույցները: Բուբոնի տեղակայումը կախված է ինֆեկցիայի մուտքի տեղից: Բուբոնի առաջացման տեղում հիվանդն ունենում է ուժեղ ցավի զգացում, որի պատճառով էլ ընդունում է հարկադրական անբնական դիրք: Բուբոնի ձևավորումը կատարվում է շատ արագ: Սկզբում այն

շոշափվում է, որպես ոչ մեծ ցավոտ գոյացություն, որի մեծացման և պերիադենիտի (ավշային հանգույցների շրջակա հյուսվածքների բորբոքման) զարգացմանը զուգընթաց բուրբոնը դառնում է պինդ, խիստ ցավոտ, և այն անշարժ միաձուլվում է շրջակա հյուսվածքներին (1-10սմ տրամագծով): Բուրբոնի վրայի մաշկը լարված է, փայլուն և կարմիր: Հիվանդության զարգացման ընթացքում բուրբոնը կարող է ներծծվել կամ էլ թարախակալվել (սրա ժամանակ լինում է ֆլուկտուացիա (ծփանք)) և բացվել խուղակի միջոցով, որի դեպքում բուժանձնակազմի վարակվելու մեծ վտանգ կա: Ավշային հանգույցը կարող է նաև սկլերոզվել:

Մաշկա-բուրբոնային ձևի դեպքում լինում են այն նշանները, որոնք բնորոշ են մաշկային և բուրբոնային ձևին:

Առաջնային-սեպտիկ ձևը հազվադեպ է հանդիպում: Գաղտնի շրջանը մի քանի ժամից 2 օր է: Հիվանդի վիճակը արագ ծանրանում է, զարգանում է սեպտիցեմիա: Զարգանում է հենոռագիկ համախտանիշ, որն արտահայտվում է քթային արյունահոսությամբ, մաշկային արյունազեղումներով, հեմատուրիայով, կղանքի և փսխման մասայում հայտնվում է արյուն: Ոչ ադեկվատ բուժման դեպքում հիվանդը մահանում է 48 ժամից:

Երկրորդային սեպտիկ ձևը մյուս կլինիկական ձևերի բարդությունն է համարվում: Այն նույնպես ընթանում է ծանր և ունի բարձր մահացություն:

Առաջնային-թոքային ձևը տարածվում է օդակաթիլային ճանապարհով: Ուստի այն առավել վտանգավոր է կլինիկական և էպիդեմիոլոգիական առումներով, տարածվում է կայծակնային արագությամբ: Գաղտնի շրջանը տևում է մի քանի ժամից 2 օր: Հիվանդությունն ընթանում է սպեցիֆիկ թոքաբորբի ձևով: Հիվանդների մոտ առաջանում է ինտոքսիկացիա, այն ուղեկցվում է կրծքավանդակում կտրող բնույթի ցավով, հևոցով, տախիկարդիայով, հազով (սկզբում ապակենման, կաշուն խորխով, իսկ ավելի ուշ՝ փրփրոտ, արյունային): Խորիքը պարունակում է մեծ քանակությամբ հարուցիչներ: Դեմքը հիպերեմիկ է, աչքերը՝ «արյունով լցված»: Զարգանում է թոք-սրտային անբավարարություն: Հիվանդը մահանում է 3-5 օրից:

Երկրորդային-թոքային ձևը զարգանում է որպես տեղակայված ձևերի բարդություն, ընթացքով նման է առաջնային թոքային ձևին:

Աղիքային ձևն առաջանում է վարակված սննդամթերք օգտագործելիս: Այս դեպքում նույնպես լինում են ինտոքսիկացիա, ցավեր որովայնում, արյունային լուծ և փսխում: Այս ձևն ունի բարձր մահացության ցուցանիշ:

Բարդություններ

Հիվանդության արագ զարգացման հետևանքով բարդություններ չեն հասցնում զարգանալ:

Ախտորոշում

Այն հիմնվում է կլինիկական արտահայտությունների, էպիդեմիոլոգիական անամնեզի և լաբորատոր հետազոտությունների տվյալների վրա:

Պերիֆերիկ արյան մեջ լինում է նեյտրոֆիլ լեյկոցիտոզ, էՆԱ-ի արագացում: Կիրառում են բակտերիոսկոպիկ, բակտերիոլոգիական և բիոլոգիական եղանակները: Հարուցիչներ կարելի է անջատել բուբոնից (պունկտատ), խոցից, բերանի լորձից, արյունից, մեզից, կղանքից, հերձելուց ստացված նմուշներից (նախքան հիվանդին բուժում նշանակելը): Նմուշները հարկավոր է վերցնել՝ պահպանելով անվտանգության բոլոր կանոնները (հակաժանտախտային հագուստով): Հետազոտվող նմուշը տեղադրում են ապակյա անոթում, ամուր փակված և փաթաթված 10%-ոց լիզոլի լուծույթով թանգիֆով, տեղադրում մետաղյա բիքսի մեջ: Այն պետք է հասցնել հակաժանտախտային լաբորատորիա հատուկ տրանսպորտով և ուղեկցող բուժ. անձնակազմով:

Ախտորոշման համար կիրառվում է նաև շճաբանական հետազոտությունը:

Խնամք և բուժում

Բոլոր հիվանդները պետք է մեկուսացվեն հատուկ բաժանմունքում, որտեղ գործում է խիստ հակաէպիդեմիկ ռեժիմ: Ամենակարևոր պայմանը հակաէպիդեմիկ ռեժիմի խիստ պահպանումն է: Հիվանդի հետ շփվող ողջ բուժ. անձնակազմը պետք է գտնվի հիվանդանոցի ներսում, մինչև վերջին հիվանդի դուրս գրումը, նրանք պետք է պարտադիր կրեն հակաժանտախտային պաշտպանիչ համազգեստ: Այն անձինք, ովքեր շփման մեջ են գտնվել հիվանդի հետ, և կա վարակի կասկած, պետք է մեկուսացվեն ինկուբացիոն շրջանի տևողության չափով և անցնեն անտիբիոտիկոթերապիա:

Հիվանդասենյակի պատուհաններն ու դռներն անհրաժեշտ է հերմետիկ փակել: Տարածքի օդափոխությունը խստիվ արգելվում է: Հիվանդի արտաթորանքները պետք է հավաքել դույլի մեջ և վնասազերծել:

Հիվանդը պետք է պահպանի խիստ անկողնային ռեժիմ, քանի որ ժանտախտի ժամանակ հաճախ է ախտահարվում սրտանոթային համակարգը: Նույնիսկ ամենափոքր ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունը կարող է բերել սրտի կանգի կամ սրտանոթային անբավարարության զարգացման: Դա էլ հանդիսանում է մահվան հիմնական պատճառը: Հաշվի առնելով, որ հիվանդի մոտ կարող են առաջանալ զառանցանք և հալյուցիմացիա,

բուժքույրը պետք է մշտապես հետևի հիվանդի վիճակին՝ սահմանափակելով նրա ակտիվությունը: Թոքերի ախտահարման ժամանակ անհրաժեշտ է պարբերաբար տալ խոնավ թթվածին: Բուբոնային ձևի ժամանակ ցավը հանգստացնելու նպատակով դնում են տաքացնող, չոր կոմպրեսներ:

Հիվանդի անկողնու շուրջ կատարվում է ընթացիկ դեզինֆեկցիա լիզոլի լուծույթով: Անհատական օգտագործման սպասքը նախօրոք 2 ժամ տեղադրում են 3%-ոց քլորամինի լուծույթում, հետո միայն եռացնում:

Հիվանդի սնունդը պետք է լինի բարձր կալորիականությամբ, դյուրամարս և վիտամիններով հարուստ:

Էթիոտրոպ թերապիան կատարվում է հակաբիոտիկներով՝ (միայն պարենտերալ ճանապարհով) ստրեպտոմիցին (օրը 3 անգամ 0.5-1.0 գ), տետրացիկլինի խմբի պրեպարատներ, ամպիցիլին, գենտամիցին, ցեֆալոսպորին, ամինոգլիկոզիդներ, մինչև ջերմաստիճանի կարգավորումից 5-6 օր հետո:

Որպես դեինտոքսիկացիոն թերապիա կիրառում են կոլոիդ (ալբումին, պլազմա, ռեոպոլիզյուկին, հեմոդեզ) և կրիստալոիդ լուծույթներ (5 %-ոց գլյուկոզա և պոլիիոն լուծույթներ): Սիրտ-անոթային համակարգը կարգավորելու նպատակով նշանակվում են սրտային գլիկոզիդներ, շնչական համակարգի գործունեությունը կարգավորող պրեպարատներ, միզամուղներ, վիտամիններ (ասկորբինաթթու, վիտամիններ D, B₆, B₁₂), ջերմիջեցնող և սիմտոմատիկ դեղամիջոցներ: Տեղային բուժման համար նշանակում են քսուկներով վիրակապեր: Բուբոնի թարախակալման դեպքում անհրաժեշտ է վիրաբուժական միջամտություն:

Հիվանդին դուրս են գրում միայն լրիվ կլինիկական առողջացումից հետո (բուբոնային ձևի ժամանակ 4 շաբաթից, թոքային ձևի դեպքում՝ 6 շաբաթից ոչ շուտ), բկանցքի լորձի, խորխի և բուբոնի 3 անգամ անցկացված բակտերիոլոգիական հետազոտությունների արդյունքում բացասական պատասխան ստանալուց հետո միայն: Ռեկոնվալեսցենտները գտնվում են 3 ամիս դիսպանսեր հսկողության տակ:

Կանխարգելում

Պրոֆիլակտիկ միջոցառումներն ուղղվում են հիվանդության կանխարգելմանը:

Ժանտախտի բնական օջախներում տարվում են էպիդեմիկ հսկողություն, դեռատիզացիոն և դեզինֆեկցիոն աշխատանքներ: Անհրաժեշտ է հայտնաբերել հիվանդներին և կասկածյալներին ու մեկուսացնել: Պարբերաբար պետք է սանիտարական ուսուցման աշխատանքներ տարվեն բնակչության հետ: Ըստ էպիդեմիոլոգիական ցուցումների կատարվում է վակցինացիա բարձր ռիսկի խմբերում (որսորդներ, հովիվներ,

երկրաբաններ, հակաժանտախտային հիմնարկի աշխատակիցներ): Վակցինացիան կատարվում է ներմաշկային և վերմաշկային եղանակներով, ձևավորվում է իմունիտետ մինչև 6 ամիս: Բուժ. անձնակազմը պետք է օգտագործի հակաժանտախտային համազգեստ, իսկ դրա բացակայության դեպքում՝ եռաշերտ դիմակ, բախիլներ, պաշտպանիչ ակնոցներ և գլխաշոր: Նրանք ենթարկվում են վակցինացիայի և գտնվում են մշտական հսկողության տակ (օրը 2 անգամ կատարվում է ջերմաչափում):

Ինֆեկցիայի օջախում սահմանվում է կարանտին: Հոսպիտալացվում են բոլոր ջերմող հիվանդները, 6 օր պահվում են հսկողության տակ: Նշանակվում է պրոֆիլակտիկ բուժում՝ օրը 2 անգամ ստրեպտոմիցին 0,5 գ-ից և օրը 3 անգամ տետրացիկլին՝ 0,5 գ-ից: Տարածքում կատարվում է ընթացիկ և եզրափակիչ դեզինֆեկցիա:

Եթե կանչի ժամանակ հայտնաբերվել է ժանտախտով հիվանդ, ապա պետք է՝

- հիվանդին մեկուսացնել ընտանիքի անդամներից և հարևաններից, արգելել օգտվել նույն տարածքից, թույլ չտալ կողմնակի անձանց մուտքը,
- կազմել հիվանդի հետ կոնտակտի մեջ գտնվող անձանց ցուցակը,
- զանգահարել և տեղյակ պահել պոլիկլինիկայի գլխավոր բժշկին կասկածյալ հիվանդի մասին, խնդրել հակաժանտախտային հագուստ և դեզինֆեկցող նյութեր,
- արգելել ջրամատակարարումից և կոյուղուց օգտվելը՝ մինչև դեզինֆեկցիոն միջոցառումների ավարտը,
- արգելել հիվանդանոցում գտնվող իրերի դուրսբերումը՝ մինչև եզրափակիչ ինֆեկցիայի իրականացման ավարտը,
- հազմել հակաժանտախտային կամ պաշտպանիչ հագուստ,
- հիվանդին ցուցաբերել հնարավոր օգնություն,
- մնալ օջախում մինչև հատուկ բրիգադի գալը,
- պարբերաբար տեղեկացնել կատարված աշխատանքների մասին,
- անցկացնել ընթացիկ դեզինֆեկցիա, իսկ հիվանդի հոսպիտալացումից հետո՝ եզրափակիչ դեզինֆեկցիա:

ՏՈՒԼԱՐԵՄԻԱ (Tularemia)

Տուլարեմիան սուր զոոնոզ, բնական օջախայնություն ունեցող հիվանդություն է, որը բնութագրվում է ինտոքսիկացիայով, ռեգիոնալ լիմֆադենիտով, հարուցչի մուտքի տեղում մաշկի և լորձաթաղանթների ախտահարմամբ:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչը տուլարեմիայի ցուպիկն է (*Francisella tularensis*), որը մանր, գրամ-բացասական է, սպոր չի առաջացնում, ունի կապսուլա: Տարբերում են հարուցչի 2 ենթատեսակ՝ A և B: A ենթատեսակն ավելի պաթոգեն է, մարդկանց մոտ առաջացնում է հիվանդության ծանր ձևեր: Հարուցիչը կայուն է արտաքին միջավայրում, հատկապես ցածր ջերմաստիճանային պայմաններում: Ջրում այն պահպանվում է 3 ամիս, հողում և փոշու մեջ՝ 5-6 ամիս, կենդանիների մորթու վրա՝ 40 օր: Արագ ոչնչանում է 1-2 րոպե եռացնելիս, չորացնելիս և արևի ուղիղ ճառագայթներից (30 րոպե): Զգայուն է դեզինֆեկցող նյութերի (30րոպեից ոչ քիչ տևողությամբ) և որոշ հակաբիոտիկների նկատմամբ (ստրեպտոմիցին, տետրացիկլին, լևոմիցետին): Վատ է աճում սովորական սննդամիջավայրում և իր աճման համար պահանջում հատուկ հարստացված միջավայր (ցիստեինով, ճագարի արյունով): Տուլարեմիայի հարուցչի նկատմամբ զգայուն են սպիտակ մկները և ծովախոզուկները, որոնց վրա էլ դրվում են բիոլոգիական փորձերը:

Էպիդեմիոլոգիա

Ինֆեկցիայի աղբյուր են հանդիսանում վայրի և ընտանի կենդանիները: Մեծ վտանգ են ներկայացնում կրծողները (ջրառնետները, մապաստակները, դաշտամկներն ու գետնասկյուռները), ինչպես նաև սկյուռը, ոչխարը, շունը, աղվեսը, կատուն, ուղտը, ձին և խոշոր եղջրավոր անասունները: Վարակը տարածվում է տրանսմիսիվ մեխանիզմով (տզերի, բոռերի, շնաճանճերի և այլ արյուն քաշող միջատների միջոցով), շփման միջոցով (հիվանդ կենդանուց և նրա արտաթորանքներից), ալիմենտար (վարակված ջրից և սննդով), ինչպես նաև օդափոշային ճանապարհով (վարակված հացահատիկային կուլտուրաների վերամշակումից և փոշուց):

Հիվանդ մարդը վտանգավոր չէ շրջապատի համար: Մարդու ընկալունակությունը տուլարեմիայի հարուցչի նկատմամբ, սեռից և տարիքից անկախ, մեծ է: Ավելի հաճախ

հիվանդանուն են գյուղական վայրերի բնակիչները: Տարած հիվանդությունից հետո ձևավորվում է կայուն իմունիտետ:

Պաթոգենեզ

Հարուցիչները մարդու օրգանիզմ են թափանցում վնասված մաշկով, աչքի լորձաթաղանթով, աղեստամոքսային տրակտով և շնչուղիներով: Վարակի ներթափանցման տեղում հարուցիչները բազմանում են, առաջացնում բորբոքային ռեակցիա, ի հայտ է գալիս առաջնային աֆեկտի զարգացում: Այնուհետև հարուցիչները թափանցում են ավշային հանգույցներ և առաջացնում բորբոքում (բուբոն): Հարուցիչների որոշ մասի ոչնչացումից անջատվում է էնդոտոքսին, որն իր հերթին բերում է ինտոքսիկացիայի: Արյան միջոցով հարուցիչները ներքին օրգաններ (լյարդ, փայծաղ, թոքեր և ավշային հանգույցներ) են թափանցում, և հիվանդությունն ընթանում է գեներալիզացված ձևով:

Կլինիկա

Հիվանդության գաղտնի շրջանը 3-7 օր է: Հիվանդությունն ունի սուր սկիզբ, ուղեկցվում է դողի, սարսուռի, թուլության զգացումով, լինում է գլխացավ, մարմնի կոտրտվածության զգացում, մկանային ցավեր, ջերմության բարձրացում մինչև 38-40°C, անքնություն և ախորժակի բացակայություն: Կարող է առաջանալ էկզանթեմա՝ ռոզեոլոզ և պետեխիալ բնույթի: Բարձր ջերմությունը պահպանվում է 2-3 շաբաթ և կրում է անկանոն բնույթ: Հիվանդի դեմքն այտուցված է, աչքի սկլերաներն արյունալեցված են: Ջարկերակային ճնշումն ընկած է, կա բրադիկարդիա: Առաջին շաբաթվա վերջում մեծանում են լյարդն ու փայծաղը: Կարևոր ախտանիշ է նաև ռեգիոնալ ավշային հանգույցների ախտահարումը՝ լիմֆադենիտի և բուբոնի առաջացում: Ընդհանուր նշանների ֆոնի վրա հիվանդների մոտ 2-4 օրից զարգանում են այն երևույթները, որոնք բնորոշ են տվյալ դեպքում վարակի՝ օրգանիզմ թափանցելու տեղին (մուտքի դուռ): Կախված պրոցեսի տեղակայումից տարբերում են տուլարեմիայի հետևյալ կլինիկական ձևերը՝

- բուբոնային,
- խոցա-բուբոնային,
- ակնա-բուբոնային,
- անգինոզ-բուբոնային,
- թոքային,
- որովայնային (աբդոմինալ),
- գեներալիզացված:

Հիվանդության ընթացքը լինում է սուր, ձգձգվող և ռեցիդիվող:

Բուրոնային ձևը զարգանում է, երբ հարուցիչը օրգանիզմ է թափանցում մաշկով: Այս դեպքում մաշկի վրա փոփոխություն չի նկատվում: Ինտոքսիկացիայի ֆոնի վրա 2-3 օր հետո հիվանդը նշում է թեթև ցավ ավշային հանգույցի շրջանում, իսկ հետո պերիֆերիկ ավշային հանգույցների մեծացում՝ մինչև 3-5 սմ և բուրոնի առաջացում: Ավշային հանգույցները միաձուլված չեն շրջակա հյուսվածքներին և ունեն հստակ ուրվագիծ, վրայի մաշկը փոփոխված չէ: Բուրոնները մի քանի շաբաթ պահպանվում են մեծացած վիճակում, որից հետո դանդաղորեն ներծծվում են: Երբեմն բուրոնները կարող են թարախակարվել և բացվել խուղակի միջոցով, իսկ հազվադեպ՝ կարծրանալ (սկլերոզվել):

Խոցա-բուրոնային ձևը հանդիպում է տրանսմիսիվ ճանապարհով վարակվելիս: Մուտքի տեղում գոյանում է քորվող և ցավոտ կարմիր բիծ, որը հետագայում վերածվում է պուստուլայի, վեզիկուլայի, որի պատռվելուց հետո տեղում առաջանում է խոց՝ թեթևակի վեր բարձրացած եզրերով: Խոցի տեղում մի քանի շաբաթից ձևավորվում է սպի: Խոցի առաջացման հետ միաժամանակ գոյանում է բուրոն:

Աչքա-բուրոնային ձևը հազվադեպ է հանդիպում: Այն առաջանում է հարուցիչը վարակված ջրով կամ փոշու միջոցով աչքի լորձաթաղանթ ընկնելիս: Սովորաբար ախտահարումը լինում է միակողմանի: Ջարգանում են միակողմանի էրոզիվ-խոցային կոնյուկտիվիտ և կոպի այտուց: Բուրոնը ձևավորվում է հարականջային կամ ենթաճոճոտային շրջաններում:

Անգինոզ-բուրոնային ձևը հանդիպում է ալիմենտար կամ ջրային ճանապարհով վարակվելիս: Հաճախ գրանցվում է միակողմանի ախտահարում: Հիվանդը նշում է ցավ կոկորդում և կլնան դժվարացում: Բկանցքում լինում է միակողմանի տոնզիլիտ: Ախտահարված նշիկի վրա կա խոցա-նեկրոտիկ ախտահարում և սպիտակա-մոխրագույն ֆիբրինոզ փառ: Հետագայում առաջանում են ենթաճոճոտային և պարանոցային բուրոններ:

Արդոմինալ ձևն առաջանում է ալիմենտար վարակի դեպքում: Հարուցիչը ախտահարում է աղիների լորձաթաղանթները և միջընդերային ավշային հանգույցները: Հիվանդի մոտ առաջանում է ցավ որովայնում, սրտխառնոց, երբեմն փսխում, հեղուկ կղանք: Որովայնի շոշափումը ցավոտ է աջ զստափոսի կամ հարպորտային շրջաններում: Լյարդը և փայծաղը մեծացած են:

Թոքային ձևն առաջանում է աերոգեն վարակման դեպքում: Հիվանդությունը կարող է ընթանալ բրոնխիտի կամ թոքաբորբի ձևով: Ինտոքսիկացիայի ֆոնի վրա հիվանդը նշում է ցավ կրծքավանդակում, հազ՝ հազվադեպ խորխով: Թոքերում լսվում են չոր և թաց խզոցներ: Ռենտգեն հետազոտության ժամանակ հայտնաբերվում են մեծացած ավշային հանգույցներ և թոքաբորբ:

Գեներալիզացված ձևի առաջացմանը նպաստում են որովայնային և թոքային ձևերի բարդացված ընթացքները: Լինում է ինտոքսիկացիա, հեպատոսպլենոմեգալիա, սրտի տոների խլացում, զարկերակային ճնշման իջեցում և գիտակցության խանգարումներ: Հիվանդությունն ընթանում է սեպտիկ ձևով կամ տիֆանման ընթացքով:

Բարդություններ

Բարդություններն առաջանում են հիվանդության ծանր ընթացքի դեպքում: Կարող են զարգանալ ինֆեկցիոն տոքսիկ շոկ, մենինգիտ, մենինգոէնցեֆալիտ, պերիկարդիտ, միոկարդիտ, պերիտոնիտ, թոքի գանգրենա, պոլիարթրիտ և այլն:

Ախտորոշում

Այն դրվում է կլինիկա-էպիդեմիոլոգիական տվյալների հիման վրա: Քանի որ տուլարեմիայի հարուցիչը վատ է աճում սննդամիջավայրի վրա, ապա բակտերիոլոգիական եղանակները չեն կիրառվում: Օգտվում են այն բիոլոգիական եղանակից, որի ժամանակ լաբորատոր կենդանիներին վարակում են հիվանդի արյունով, բուբոնի պունկտատով կամ խոցի պարունակությամբ: Սա իրականացվում է հատուկ վտանգավոր ինֆեկցիաների համար նախատեսված լաբորատորիաներում: Կիրառվում են նաև շճաբանական հետազոտություններ՝ ագլյուտինացիայի և անուղղակի ագլյուտինացիայի ռեակցիաները (ախտորոշիչ է տիտրի աճը 4 և ավելի անգամ): Հիվանդության առաջին շաբաթից հետո դրվում է նաև մաշկա-ալերգիկ պրոբա տուլարինով (0.1 մլ ներմաշկային): 24-48 ժամ հետո առաջացած մաշկի հիպերէմիան և ինֆիլտրացիան (0.5 սմ տրամագծով և ավել) համարվում է դրական: Պետք է չմոռանալ նաև, որ այս պրոբան կարող է լինել դրական նաև պատվաստում ստացած անձանց մոտ:

Խնամք և բուժում

Հիվանդին պարտադիր հոսպիտալացնում են: Հիվանդության սուր շրջանում անհրաժեշտ է պահպանել անկողնային ռեժիմ և հանգիստ: Սնունդը պետք է լինի լիարժեք, կալորիական, վիտամիններով հարուստ: Անգինոզ-բուբոնային և արդոմինալ ձևերի ժամանակ սնունդը պետք է լինի մեխանիկական և քիմիական տեսակետից խնայող:

Հիվանդասենյակի պատուհանները պետք է ծածկել ցանցերով, որպեսզի բացառվի վարակի տրանսմիսիվ տարածումը: Խնամող բուժ. անձնակազմը պետք է խստորեն պահպանի սանիտարահիգիենիկ կանոնները, կատարի ընթացիկ դեզինֆեկցիա 5%-ոց ֆենոլի, 1/1000 նոսրացումով սուլենայի լուծույթով:

Ներծծման նպատակով բուբոնի վրա դնում են չոր կոմպրես, իսկ բացվելու դեպքում՝ տետրացիկլինի քսուկով վիրակապ: Աչքա-բուբոնային ձևի դեպքում ախտահարված աչքը 2-3 անգամ լվանում են 20%-ոց ալբուցիդի լուծույթով, իսկ կոպի վրա քսում տետրացիկլինի քսուկ: Անգինոզ-բուբոնային ձևի ժամանակ կոկորդը ողողում են թույլ դեզինֆեկցող լուծույթներով (ֆուրացիլին, կալիումի պերմանգանատ):

Էթիոտրոպ թերապիան կատարվում է հակաբիոտիկներով՝ ստրեպտոմիցին (օրական 1 գ), գենտամիցին (օրական 3 անգամ 80 մգ), դոքսիցիկլին, լեոմիցետին, կանամիցին, ռիֆամպիցին և ցեֆալոսպորիններ: Բուժման կուրսը 10-14 օր է, ջերմաստիճանի նորմալանալուց հետո 5-7-րդ օր:

Պաթոգենետիկ թերապիան ընդգրկում է դեզինտոքսիկացիոն և դեսենսիբիլիզացնող դեղամիջոցներ: Կատարվում է նաև հակաբորբոքային և սիմպտոմատիկ թերապիա: Բուբոնի շրջանում ֆլյուկտուացիա (ծփանք) հայտնաբերելիս հարկավոր է վիրաբուժական միջամտություն (բացել, լվանալ և դրենաժավորել բուբոնը):

Հիվանդին դուրս են գրում լիարժեք կլինիկական առողջացումից հետո, երբ մարմնի ջերմաստիճանը նորմալ է և հակաբիոտիկաթերապիան՝ ավարտված:

Կանխարգելում

Տուլարեմիայի էնդեմիկ օջախներում կատարվում է դեռատիտիզացիա և դեզինսեկցիա: Պրոֆեսիոնալ ռիսկի խմբերում (որսորդ, գյուղատնտեսության ոլորտի աշխատողներ) տարվում են սանիտարալուսավորչական աշխատանքներ: Բնական օջախներում կատարվում են բնակչության պատվաստումներ հակատուլարեմիկ կենդանի վակցինայով (վերնաշկային եղանակով, միանգամյա): Ձևավորված իմունիտետը պահպանվում է մինչև 5 տարի:

ՍԻԲԻՐՅԱՆ ԽՈՑ (Anthrax)

Սիբիրյան խոցը սուր զոոնոզ ինֆեկցիա է, բնորոշվում է ընդհանուր ինտոքսիկացիայով, մաշկի ախտահարումով և հազվադեպ գեներալիզացված ձևի ընթացքով:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչը *Bacillus anthracis*-ն է, որը խոշոր, անշարժ, գրամ դրական, աէրոբ ցուպիկ է, առաջացնում է սպոր և պատիճ: Լավ աճում է մսա-պեպտոնային սննդամիջավայրում: Օրգանիզմից դուրս հարուցիչն առաջացնում է սպոր, որը կայուն է արտաքին միջավայրում, հողում պահպանվում է տասնյակ տարիներ: Դեզինֆեկցող լուծույթներից (5%-ոց կարբոլաթթվից, 4-10%-ոց քլորամինից) սպորը ոչնչանում է մի քանի ժամից:

Սպորները ջերմակայուն են և եռացնելիս ոչնչանում են 15-20 րոպեից: Հարուցչի վեգետատիվ ձևերն ավելի անկայուն են՝ 60° C-ում ոչնչանում են 15 րոպեից, իսկ եռացնելիս՝ անմիջապես, զգայուն են դեզինֆեկցող լուծույթների և արևի ճառագայթների հանդեպ: Հարուցիչն արտադրում է էկզոտոքսին, որը պարունակում է այտուցագոյացնող և լետալ գործոններ:

Էպիդեմիոլոգիա

Ինֆեկցիայի աղբյուր են հանդիսանում հիվանդ և սատկած կենդանիները (խոշոր և մանր եղջերավոր անասունները, ձիերը, խոզերը, եղջերուները և ուղտերը): Կենդանիները վարակվում են սիբիրախոցային սպորներ պարունակող ջուր և կեր օգտագործելիս: Նրանց մոտ հիվանդությունն ընթանում է գեներալիզացված ձևով: Հարուցիչն արտազատվում է մեզով, արտաթորանքով, թքով, կաթով, ինչպես նաև մեծ քանակությամբ հողի մեջ է անցնում հիվանդ կենդանու սատկելուց հետո: Վարակը մարդուն է փոխանցվում շփման ճանապարհով (կենդանուն մաշկելիս, մորթի ժամանակ), ինչպես նաև կենցաղային ճանապարհով (բրդյա շարֆերից, մորթուց), ավելի հազվադեպ՝ հողով, ալիմենտար, օդափոշային և տրանսմիսիվ ճանապարհով: Հիվանդ մարդուց վարակվելու դեպքեր չեն գրանցվել:

Հիվանդությունն առավել հաճախ է հանդիպում գյուղական վայրերում:

Պաթոգենեզ

Հարուցիչը օրգանիզմ թափանցում է վնասված մաշկով կամ էլ ալիմենտար և ասպիրացիոն եղանակով: Օրգանիզմ ներթափանցած սպորները կլանվում են մակրոֆագերի կողմից և ավշային ուղիներով հասնում ավշային հանգույցներ, որտեղ բազմանում են և արյան միջոցով տարածվում ողջ օրգանիզմով: Մեծ քանակությամբ հարուցիչներ ներթափանցելու դեպքում օրգանիզմում զարգանում է հիվանդության գեներալիզացված ձևը, ախտահարվում են թոքերը և աղեստամոքսային համակարգերը:

Մաշկի միջոցով հարուցչի ներթափանցման դեպքում առաջանում է մաշկի ախտահարում: Տոքսինի ազդեցության տակ առաջանում է միկրոցիրկուլյացիայի խանգարում, հեմոռագիկ բորբոքում, նեկրոզ, շրջակա հյուսվածքների այտուց: Մոտակա ավշային հանգույցներում զարգանում է լիմֆադենիտ:

Վարակից հետո ձևավորվում է կայուն իմունիտետ:

Կլինիկա

Գաղտնի շրջանը մի քանի ժամից մինչև 14 օր է: Տարբերում են հիվանդության երկու կլինիկական ձև՝

1. տեղակայված կամ լոկալիզացված (կարբունկուլոզ, էդեմատոզ, բուլլոզ, էրիզիպելիդ),
2. սեպտիկ կամ գեներալիզացված (թոքային, աղիքային):

Կարբունկուլոզ ձևը հանդիպում է առավել հաճախ, լինում է մարմնի բաց մասերի մաշկին: Հարուցչի մուտքի տեղում առաջանում է 1-2 սմ տրամագծով, կապտա-կարմրավուն, անցավ բիծ: Հիվանդը նշում է քոր և այրոցի զգացում: Մի քանի ժամից բժի տեղում առաջանում է կարմրավուն պապուլա (թունք), որը 12-24 ժամից վերածվում է վեզիկուլայի (լցված, շճային բուշտ), իսկ հետո արյունային հեղուկով պուստուլայի: Պատռվելուց հետո տեղում գոյանում է խոց (մուգ հատակով և բարձր եզրերով): Խոցի եզրերին առաջանում են դուստր բշտիկներ (հուլունքների տեսքով), որոնց պատռվելուց խոցի տրամագիծը մեծանում է մինչև 8-10սմ: Միաժամանակ գոյացած կարբունկուլի շուրջը լինում է մաշկի հիպերեմիա և այտուց: 1-2 շաբաթվա ընթացքում կարբունկուլի կենտրոնական մասը վերածվում է կոշտ կեղևի: Այն նման է կարմիր ֆոնի վրա գտնվող սև ածուխի (հունարեն *anthrax* նշանակում է ածուխ): Խիստ բնորոշ է կարբունկուլի անցավ լինելը, նույնիսկ ասեղով ծակելիս: Մեծացած ռեգիոնար ավշային հանգույցները ցավոտ չեն և չեն թարախակալվում: 2-3 շաբաթ անց կարբունկուլը սպիանում է: Սովորաբար առաջանում է 1 կարբունկուլ: Այն հաճախ տեղակայվում է մարմնի վերին մասերում (ծեռքին, դեմքին, պարանոցին): Խիստ վտանգավոր է դեմքի կարբունկուլը, որը կարող է հյուսվածքների այտուցի զարգացման հետևանքով առաջացնել ասֆիքսիա:

Տեղային երևույթներն ուղեկցվում են ընդհանուր ինտոքսիկացիայով՝ թուլություն, տկարություն, գլխացավ, ջերմության բարձրացում մինչև 39-40° C, տենդը պահպանվում է 5-7 օր և կրիտիկ ձևով իջնում:

Էդեմատոզ ձևը բնորոշվում է պինդ, անցավ այտուցի առաջացումով, որի տեղում ավելի ուշ գոյանում է մաշկի նեկրոզ:

Բուլլոզ ձևը բնորոշվում է մուտքի տեղում արյունային պարունակությամբ բշտիկների առաջացումով, որոնց պատռվելուց հետո գոյանում են խոցային մակերեսներ:

Էրիզիպելիդ ձևը ամենահազվադեպ հանդիպող ձևերից է, բնորոշվում է մեծ քանակությամբ շճային հեղուկ պարունակող բշտերի առաջացումով:

Գեներալիզացված ձևին բնորոշ է սուր սկիզբ, արտահայտված ինտոքսիկացիոն երևույթներ՝ ջերմաստիճանի բարձրացում, գլխացավ և թուլություն:

Թոքերի ախտահարման դեպքում լինում է ցավ կրծքավանդակում, հևոց, հազ՝ արյունային, փրփրոտ խորխով («բալի ժելեին» նմանվող) և մաշկի ցիանոզ: Օբյեկտիվ հետազոտության ժամանակ հայտնաբերվում են պլևրիտ, թոքաբորբ, որոնք ճշտվում են ռենտգեն հետազոտության օգնությամբ:

Աղիների ախտահարման դեպքում հիվանդը նշում է որովայնի շրջանի կտրող բնույթի ցավեր, սրտխառնոց, արյունային փսխում, ջրիկ արյունային կղանք: Որովայնը փքված է, շոշափելիս՝ ցավոտ: Հնարավոր է պերիտոնիտի զարգացում:

Բարդություններ

Գեներալիզացված ձևը հաճախ կարող է բարդանալ սեպսիսով, ուղեղի այտուցով, աղիքային արյունահոսությամբ, մենինգոէնցեֆալիտով, լյարդի և երիկամների ախտահարումով:

Ախտորոշում

Այն դրվում է կլինիկա-էպիդեմիոլոգիական տվյալների հիման վրա: Պատվաստված անձանց մոտ մաշկի ախտահարումն ավելի թեթև է, նման ֆուրունկուլին: Խիստ կարևոր է ճիշտ հավաքած էպիդեմիոլոգիական անամնեզը (շփում հիվանդ կենդանու և վարակված հումքի հետ): Հիվանդությունը հաստատելու համար հետազոտում են բշտի, խոցի պարունակությունը, իսկ սեպտիկ ձևի դեպքում՝ գործող կարգին համապատասխան:

Վաղ ախտորոշման համար կիրառվում է ֆլուորեսցենտային հակամարմինների եղանակը՝ լյումինեսցենտա-շճաբանական հետազոտություն: Որպես լրացուցիչ ախտորոշման եղանակ դրվում է մաշկա-ալերգիկ պրոբա (0.1մլ անտրաքսինով, ներմաշկային եղանակով): Դրական ռեակցիայի դեպքում ներարկման տեղում առաջանում է 10մմ տրամագծով հիպերեմիա և ինֆիլտրատ:

Բուժում և խնամք

Բոլոր հիվանդներն անխտիր պետք է հոսպիտալիզացվեն ինֆեկցիոն հիվանդանոցի բոքսային բաժանմունքում: Նրանց համար առանձնացվում են խնամքի համար առարկաներ և ամանեղեն: Մաշկային ձևի ժամանակ կարբունկուլի շրջանը չսեղմել, քանի որ կարող է զարգանալ սեպսիս: Հիվանդին անհրաժեշտ է զգուշացնել, որ չի կարելի պատռել բուշտը, հանել կեղևը: Հագուստը չպետք է ճնշի կարբունկուլին:

Բակտերիոլոգիական հետազոտության համար նմուշը վերցնում են բշտից, խոցից և վրան դնում ստերիլ վիրակապ՝ չվնասելով հյուսվածքները: Հիվանդության թոքային և աղիքային ձևերի դեպքում հիվանդին խնամում են այլ ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ ընթացող թոքերի և աղիների ախտահարում ունեցող հիվանդությունների նման:

Հիվանդներին խնամող բուժ. անձնակազմը պետք է օգտվի ռետինե ձեռնոցներից, կրի դիմակ, պաշտպանիչ ակնոցներ: Օգտագործված վիրակապական նյութերը այրում են, իսկ հիվանդի իրերը՝ ենթարկում դեզինֆեկցիայի:

Էթիոտրոպ թերապիայի համար օգտագործում են հակաբակտերիալ պրեպարատներ, որոնք զուգակցում են հակասիբիրախոցային իմունոգլոբուլինի հետ: Օգտագործում են պենիցիլին (2-4մլն միավորից), ցեֆալոսպորիններ, լևոմիցիտին, գենտամիցին, տետրացիկլին, էրիթրոմիցին (ծանր դեպքերում 16-20մլն միավոր օրական) 7-8 օրից ոչ պակաս: Հակասիբիրախոցային իմունոգլոբուլինը նշանակվում է 20մլ, ծանր դեպքերում 60-80մլ օրը:

Պաթոգենետիկ թերապիայի համար կատարում են դեզինտոքսիկացիա: Ծանր դեպքերում նշանակում են հորմոններ:

Կարբունկուլի վրա դրվում է ինդիֆերենտ քսուկով վիրակապ:

Հիվանդին դուրս են գրում մաշկային ձևի ժամանակ խոցի լրիվ վերականգնվելուց հետո, իսկ թոքային և աղիքային ձևի դեպքում լրիվ առողջանալուց և երկակի բակտերիոլոգիական հետազոտությունից ստացված բացասական պատասխանից հետո (կատարվում է 5 օր ընդմիջումով): Հիվանդները 3-6 ամիս գտնվում են դիսպանսեր հսկողության տակ:

Կանխարգելում

Անհրաժեշտ է սահմանել անասնաբուժական հսկողություն, հայտնաբերել հիվանդ կենդանիներին և ոչնչացնել: Էպիդեմիոլոգիական ցուցումների համաձայն կատարվում է բարձր ռիսկի մասնագիտությամբ անձանց (անասնաբույժ, մսի կոմբինատի աշխատողներ, կաշվի վերամշակման գործորանի աշխատակիցներ) վակցինացիա, կենդանի չոր վակցինայով պրոֆիլակտիկ միանգամյա, վերմաշկային պատվաստում: Ռեվակցինացիան անցկացվում է 1 տարի հետո: Հիվանդներին մեկուսացնում են, կատարում ընթացիկ դեզինֆեկցիա:

ԿԱՏԱՂՈՒԹՅՈՒՆ (Rabies, Hydrophobia)

Կատաղությունը (հիդրոֆոբիա) սուր զոոնոզ վիրուսային ինֆեկցիա է, բնորոշվում է ծանր ընթացքով, ԿՆՀ-ի անվերադարձ փոփոխություններով և մահացու ելքով:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչը ՌՆԹ պարունակող նեյրոտրոպ վիրուսն է, որը դասվում է ռաբդովիրուսների ընտանիքին:

Տարբերում են վիրուսի երկու տեսակ՝

1. վայրի կամ «փողոցային»՝ շրջանառվում է բնության մեջ
2. ֆիքսված՝ օգտագործվում է լաբորատորիայում վակցինա ստանալու համար (ստացվել է Լ. Պաստերի կողմից):

Հարուցիչն անկայուն է արտաքին միջավայրում. ոչնչանում է 56°C-ում 15 րոպեից, եռացնելիս՝ 1-2 րոպեից: Վիրուսը զգայուն է արևի ճառագայթների և չորացման նկատմամբ, բայց կայուն՝ ցածր ջերմաստիճանային պայմաններում: Վիրուսն ինակտիվանում է դեզինֆեկցող նյութերի (1-2%-ոց լիզոլի, 2-3%-ոց քլորամինի, 0,1%-ոց սուլենայի լուծույթներ) ազդեցությունից, գլիցերինում՝ պահպանվում է մինչև 3 ամիս: Վիրուսի «վայրի» տեսակը խիստ պաթոգեն է կաթնասունների համար, գլխուղեղում առաջացնում է հատուկ գոյացություններ՝ Բաբեշ-Նեգրիի մարմնիկներ:

Էպիդեմիոլոգիա

Ինֆեկցիայի աղբյուր են հանդիսանում վայրի (աղվես, գայլ, չղջիկ) և տնային (շուն, կատու) կենդանիները: Հարուցիչները կուտակվում են կենդանու թքագեղձերում և թքի հետ արտազատվում արտաքին միջավայր՝ գաղտնի շրջանի վերջին 5-10 օրից և ողջ հիվանդության ընթացքում:

Վարակը փոխանցվում է շփման միջոցով (թքով) և կենդանու կծելուց: Առավել վտանգավոր են գլխի, դեմքի, պարանոցի շրջանի վերքերը. այդ դեպքում հիվանդության գաղտնի շրջանը կարճանում է, իսկ կլինիկական նշաններն ավելի բուռն ընթացք են ստանում, որի պատճառով հիվանդը մահանում է 4-5 օրից: Հիվանդ մարդու մոտ վիրուսը նույնպես գտնվում է թքի մեջ, սակայն նրա կոնցենտրացիան մեծ չէ, ինչով էլ բացատրվում է վարակի փոխանցման քիչ հնարավորությունը:

Ինֆեկցիան առավել հաճախ հանդիպում է գարնան և ամռան ամիսներին, երբ մարդու շփումը կենդանիների հետ ավելի է մեծանում:

Պաթոգենեզ

Հարուցիչն օրգանիզմ է թափանցում վնասված մաշկով, նյարդաթելերի երկայնքով հասնում մինչև ԿՆՀ, որտեղ էլ բազմանում է և կուտակվում: Առաջանում է վիրուսային էնցեֆալիտ, ինչպես նաև ներվարմատներով տարածվում է ծայրամաս՝ ախտահարելով նյարդային համակարգը, օրգաններն ու հյուսվածքները: Գլխուղեղի և ողնուղեղի ախտահարումը բարձրացնում է ռեֆլեկտոր գրգռականությունը, որը հանգեցնում է պարալիզների առաջացման: Պրոցեսի մեջ վեգետատիվ կենտրոնների ընդգրկումն առաջացնում է շնչառությանը և կլմանը մասնակցող մկանների ջղաձիգ կծկումներ, թքահոսություն, քրտնարտադրություն, սրտանոթային և շնչառական համակարգերի խանգարումներ: Առավել շատ խանգարումներ են լինում երկարավուն ուղեղում: Մահացությունը կլինիկական նշանների զարգացման դեպքում կազմում է 100%:

Կլինիկա

Գաղտնի շրջանը 10 օրվանից մինչև 1 տարի է (հաճախ՝ 30-60 օր):

Հիվանդության կլինիկական ընթացքը բաժանում են 3 շրջանի՝

1. պրոդրոմալ կամ դեպրեսիայի
2. ծաղկման կամ գրգռման
3. տերմինալ կամ պարալիտիկ:

Դեպրեսիայի շրջանը տևում է 1-3 օր: Հիվանդին անհանգստացնում են այրման զգացումը, քորը, ցավը սպիացած վերքի շրջանում: Լինում են սուրֆերիլ ջերմություն, գլխացավ, ընկճված (դեպրեսիվ) վիճակ, քնի խանգարումներ:

Գրգռման շրջանի ամենաբնորոշ ախտանիշներից է հիդրոֆոբիան (ջրավախությունը): Ջղաձգորեն կծկվում են ընպանի և կոկորդի մկանները, նույնիսկ դադարում է շնչառությունը խմելու փորձ անելիս (նույնիսկ թուքը կուլ տալիս): Հիվանդության ծանրացման հետ միաժամանակ անգամ ջրի ձայնը հիվանդի մոտ առաջացնում է ջրավախության նոպա: Հետագայում զարգանում է նաև աերոֆոբիա (օդավախություն), երբ օդի հոսանքն ազդում է դեմքի վրա, և ֆոտոֆոբիա (լուսավախություն), երբ ազդում է ուժեղ լույսը: Նոպայի տևողությունը մի քանի վայրկյան է, որն ուղեկցվում է գիտակցության մթազուլմով, տեսողական և լսողական հալյուցիանցիաներով: Նկատվում է շարժողական գրգռվածություն, շնչառության խանգարում:

Միջնոպային շրջանում հիվանդի գիտակցությունը նորմալ է, հիշում է կատարվածը: 1-2 օրից զարգանում է առատ թքահոսություն և քրտնարտադրություն, ջերմության բարձրացում: Խիստ բնորոշ ախտանիշներ են դժվարացած կլման ակտը և առատ թքահոսությունը («փրփուր բերանի շուրջը»): Աճում են շնչառական և սիրտանոթային համակարգերի ֆունկցիոնալ խանգարումները: Այս շրջանը տևում է 2-3 օր, հազվադեպ՝ 6 օր:

Պարալիտիկ շրջանում ընդհատվում են հիդրոֆոբիայի նոպաները: Հիվանդները կարողանում են խմել և սնունդ ընդունել, վերանում է վախը և տագնապը, սակայն աճում են ապատիան, թուլությունը, թքահոսությունը, մարմնի ջերմաստիճանը բարձրանում է 40°C և ավելի: Առաջանում են գանգուղեղային նյարդերի, վերջույթների պարալիզներ (հեմիպլեգիա, պարապլեգիա), խանգարվում է կոնքի օրգանների ֆունկցիան: Հիվանդն անշարժ է, արտասանում է անկապ բառեր: Մահը վրա է հասնում 1-3 օրում՝ շնչառության կամ սրտի կանգից: Հիվանդության ամբողջ ընթացքը տևում է 3-7 օր:

Ախտորոշում

Հիմնվում են էպիդեմիոլոգիական տվյալների և հիվանդությանը բնորոշ ախտանիշների վրա: Օգնում է նաև կասկածելի կենդանու կծելու մասին հայտնելը հիվանդությունից մի քանի շաբաթ կամ ամիսներ առաջ:

Կենդանության ժամանակ հետազոտում են եղջերաթաղանթի դրոշմվածքը ֆյուլորեսցենտային հականարմինների եղանակով, մաշկի բիոպտատը, իսկ թուքը,

արցունքը, ողնուղեղային հեղուկը ներմուծում են նորածին մկներին: Հետմահու կատարվում է ուղեղի հյուսվածքաբանական հետազոտություն, որոնցում հայտնաբերվում են ներքջային ներառումներ՝ Բաբեշ-Նեգրիի մարմնիկներ:

Բուժում և խնամք

Հիվանդները հոսպիտալացվում են ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում: Հիվանդին տեղավորում են առանձին մթնեցված հիվանդասենյակում՝ աղմուկից և այլ գրգռիչներից (լույս, օդի շարժում) հեռու: Սահմանվում է անհատական բուժքույրական հսկողություն: Հիվանդին խնամող անձնակազմը պետք է աշխատի ձեռնոցներով, դիմակներով և ակնոցներով: Բուժքույրը հիվանդից հետազոտման նյութ հավաքելիս պետք է պահպանի բոլոր կանոնները, որոնք նախատեսված են հատուկ վտանգավոր ինֆեկցիաների հարուցիչների դեպքում: Հիվանդի կերակրումը կատարվում է պարենտերալ ճանապարհով:

Հիվանդության բուժման էթիոտրոպ թերապիա չկա: Հիմնական խնդիրն է թեթևացնել հիվանդի տանջանքները: Կատարվում է սիպտոմատիկ թերապիա, օգտագործվում են քնաբերներ, ցավազրկող, հակացնցումային պրեպարատներ, նարկոտիկներ:

Կանխարգելում

Անհրաժեշտ է անցկացնել սանիտարաանասնաբուժական հսկողություն, պատվաստել տնային կենդանիներին, պայքարել թափառող շների դեմ, անհրաժեշտության դեպքում՝ ոչնչացնել: Մարդու մոտ կատաղության պրոֆիլակտիկայի համար հարկավոր է անմիջապես մշակել վերքը, կատարել պասիվ իմունիզացիա հակակատաղության իմունոգլոբուլինով և ակտիվ իմունիզացիա հակակատաղության վակցինայով: Վերքի վիրաբուժական մշակումը հակացուցված է:

Կծելու հետևանքով առաջացած վերքը պետք է լվանալ օճառաջրով և մշակել յոդի խիտ լուծույթով: Պասիվ իմունիզացիայի նպատակով ներմուծում են հակակատաղության իմունոգլոբուլին՝ մի մասը ներարկում են վերքի մեջ, իսկ մնացածը՝ միջմկանային:

Վակցինացիան կատարում են գոյություն ունեցող կարգի համաձայն՝ կախված կծած տեղից, վերքի բնույթից և վաղեմությունից: Վակցինացիայի միջին կուրսը 20-25 օր է: 10 օր հետո կատարում են ռեվակցինացիայի 2-3 կուրս: Պատվաստումները արդյունավետ են միայն այն դեպքում, երբ կատարվել են կծելուց հետո 14 օրվանից ոչ ուշ: Պատվաստումից հետո արգելվում է սպիրտային խմիչքների օգտագործումը: Անհրաժեշտ է տանել սան.-լուս. աշխատանք: Անասնաբույժերին, լաբորատորիայի աշխատողներին ենթարկում են նախնական պատվաստման հակակատաղության վակցինայով:

ԴԱԲԱՂ (Aphtae epizooticae)

Դաբաղը սուր վիրուսային հիվանդություն է, որն ուղեկցվում է ինտոքսիկացիայով, ջերմային ռեակցիայով և մանր բշտիկների առաջացումով (աֆտա)՝ հիմնականում բերանի լորձաթաղանթի վրա և եղունգների շրջանում:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչը ՌՆԹ պարունակող ֆիլտրվող վիրուս է, ունի դերմատոտրոպ հատկություն, կայուն է արտաքին միջավայրում, դիմանում է սառեցմանը (կաթի մեջ) և չորացմանը (կաթի փոշու մեջ), թույլ զգայուն է սպիրտի և եթերի հանդեպ, արագ ինակտիվանում է տաքացնելիս: Ըստ անտիգենային հատկությունների տարբերում են հարուցիչ 7 տիպ: Աճում է սաղմի և հյուսվածքների կտորների վրա, պաթոգեն է լաբորատոր կենդանիների համար (մկներ, ծովախոզուկ):

Էպիդեմիոլոգիա

Զոոնոզ ինֆեկցիա է, որի աղբյուրն են հանդիսանում հիվանդ խոշոր եղջերավոր անասունները, խոզերը, այծերը, ոչխարները: Հիվանդ կենդանին հարուցիչներ է արտազատում թքով, կաթով, արտաթորանքով, մեզով: Դաբաղի նկատմամբ ավելի զգայուն են երիտասարդ կենդանիները. նրանք իրարից վարակվում են ընդհանուր ջրամբարից, արոտավայրից:

Վիրուսները երկար ժամանակ (2-3 ամիս) կարող են պահպանվել արտաքին միջավայրում: Մարդը վարակվում է ալիմենտար ճանապարհով (հում կաթ օգտագործելիս), հիվանդ կենդանու հետ անմիջական շփման դեպքում (մաշկի քերծվածքներով): Հիվանդ մարդը շրջապատի համար վարակիչ չէ: Հանդիպում են հիվանդության սպորադիկ դեպքեր: Հաճախ են հիվանդանում երեխաները և անասնապահները:

Պաթոգենեզ

Ինֆեկցիայի համար մուտքի դուռ են համարվում բերանի լորձաթաղանթը և վնասված մաշկը: Մուտքի տեղում առաջանում է առաջնային աֆեկտ՝ աֆտա: Հետագայում վիրուսը թափանցում է արյան մեջ և տարածվում ողջ օրգանիզմում, տեղակայվում բերանի, լեզվի, քթի, ուրետրայի լորձաթաղանթներին, ձեռքերի և ոտքերի մատների եղունգների շրջանում և մատների ծալքերում: Այստեղ գոյանում են երկրորդային աֆտաներ: Վիրուսէմիայի ժամանակ լինում է ընդհանուր ինտոքսիկացիա:

Հիվանդությունից հետո ձևավորվում է կայուն իմունիտետ:

Կլինիկա

Ինկուբացիոն շրջանը 3-8 օր է: Հիվանդությունն ունի սուր սկիզբ, առաջանում են սարսուռ, գլխացավ, ընդհանուր թուլություն, մկանցավ, ախորժակի անկում, ջերմության բարձրացում՝ 38-40°C, որը պահպանվում է 5-6 օր: Շուտով ընդհանուր երևույթներին միանում են լորձաթաղանթների ախտահարման նշանները՝ բերանում այրոցի զգացում, թքահոսություն, աչքերի կարմրություն, ցավոտ միզարտադրություն: Բերանի խառնչի լորձաթաղանթի վրա առաջանում են բազմաթիվ մանր՝ դեղնավուն պղտոր հեղուկով լցված բշտիկներ: Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթը այտուցված է և հիպերեմիկ: Մեկ օր անց բշտիկների տեղում առաջանում են մակերեսային խոցեր՝

աֆտաներ: Խոսելը և կլման ակտը դժվարացած են և ցավոտ: Աֆտաները տեղակայվում են լեզվի, լնդերի, քիմքի, երբեմն քթի լորձաթաղանթի, հեշտոցի և կոնյուկտիվաների վրա: Բշտիկներ առաջանում են նաև ձեռքերի և ոտնաթաթերի վրա, բերանի շուրջը: Խիստ բնորոշ են բշտերի առաջացումը միջմատնային ծալքերում և եղունգների շուրջը, ուղեկցվում են այրոցի, ծակծկոցի զգացումով: Ցանավորումը շարունակվում է մոտ մեկ շաբաթ: Առաջացած խոցերն ապաքինվում են 10-15 օրում, հետքեր չեն թողնում: Փոքր երեխաների մոտ կարող է զարգանալ սուր գաստրոէնտերիտ, լինում է լուծ և հյուծում:

Տարբերում են հիվանդության հետևյալ ձևերը՝

1. մաշկային
2. լորձաթաղանթային
3. մաշկալորձաթաղանթային
4. ջնջված (ընթանում է ստոմատիտի տեսքով):

Բարդություններ

Հիվանդությունը կարող է բարդանալ երկրորդային ինֆեկցիաների միացման հետևանքով, ինչի արդյունքում զարգանում են թոքաբորբ և սեպսիս:

Ախտորոշում

Հիմնվում են էպիդեմիոլոգիական անամնեզի (որի ժամանակ կարող է նշվել հում կաթի օգտագործումը) և կլինիկական պատկերի վրա: Լաբորատոր եղանակով ախտորոշելու համար վարակում են ծովախոզուկներին կամ սպիտակ մկներին: Կիրառվում է նաև շճաբանական հետազոտության եղանակը:

Բուժում և խնամք

Հիվանդին նշանակում են կիսահեղուկ, դյուրամարս, գրգռիչներ չպարունակող սնունդ: Ուտելուց առաջ հիվանդին կարելի է տալ 0,1գ անեսթեզին կամ նշանակել նովոկայինի լուծույթով ողողում: Եթե բերանի խոռոչում կա խիստ արտահայտված աֆտոզ ախտահարում, ապա կերակրումը կատարվում է զոնդի օգնությամբ:

Եթիոտրոպ բուժում չկա: Տեղային բուժման նպատակով օգտագործում են 3%-ոց ջրածնի պերօքսիդի, 0,1%-ոց ռիվանոլի, 0,1%-ոց կալիումի պերմանգանատի, 2%-ոց բորաթթվի լուծույթներ, երիցուկի թուրմ: Խոցերը կարելի է մշակել 2-5%-ոց արծաթի նիտրատի լուծույթով (լյապիս), կորտիկոստերոիդներով (օքսիկորտ, պրեդնիզոլոնի քսուք):

Աչքի ախտահարման դեպքում վնասում են 2%-ոց բորաթթվի լուծույթով, կաթեցնում 15-30%-ոց սուլֆացիլ-նատրիումի լուծույթ (ալբուցիդ) և 1%-ոց կորտիզոնի էմուլսիա:

Երկրորդային ինֆեկցիայով բարդացման դեպքում հիվանդին նշանակում են հակաբիոտիկներ՝ տետրացիկլին, լեոմիցետին: Ծանր դեպքերում ներմուծում են իմուն չիճուկներ:

Հիվանդին տալիս են վիտամիններ, ցավազրկող և հակահիստամինային դեղամիջոցներ:

Կանխարգելում

Հարկավոր է անասնաբուժական հսկողություն սահմանել ընտանի կենդանիների վրա (վակցինացիա, դեզինֆեկցիա), պահպանել ֆերմայի աշխատողների սանիտարահիգիենիկ նորմերը, արգելել հում կաթի և կաթնամթերքի օգտագործումը, պահպանել անվտանգության կանոնները հիվանդ կենդանիներին խնամելիս:

ԻԵՐՍԻՆԻՈԶ (Yersiniosis)

Իերսինիոզը սուր ինֆեկցիոն հիվանդություն է, որը բնորոշվում է մարսողական համակարգի ախտահարումով, ինտոքսիկացիայով:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչը *Yersinia enterocolitica*-ն է, որը գրամ-բացասական ցուպիկ է, սպոր և պատիճ չի առաջացնում, աճում է հասարակ սննդամիջավայրում: Հարուցչի աճման համար առավել բարենպաստ է 22-25°C ջերմաստիճանը, սակայն կարող է բազմանալ նաև 4°C-ում (օրինակ սառնարանում), երկարատև պահպանվում է շրջակա միջավայրում, սննդամթերքի վրա, ոչնչանում է արևի ճառագայթների, չորացնելու և քիմիական նյութերի (քլորամին, ջրածնի պերօքսիդ, սպիրտ) ազդեցության տակ, եռացնելիս: Հարուցիչները մինչև 70-80°C-ում ոչնչանում են միայն 30րոպեից, ուստի կարող են պահպանվել պաստերիզացված կաթի մեջ: Արտադրում են էնդոտոքսին: Հայտնի են հարուցիչների շուրջ 30 սերոտիպեր:

Էպիդեմիոլոգիա

Այն զոոնոզ ինֆեկցիա է, որի աղբյուրն են հանդիսանում գյուղատնտեսական և տնային կենդանիները (կովեր, խոզեր, շուն, կատու, կրծողներ): Հարուցիչներն արտազատվում են արտաթորանքով և տարածվում արտաքին միջավայրում: Հիվանդ մարդը ինֆեկցիայի աղբյուր կարող է լինել շատ հազվադեպ, սակայն հայտնի են նաև իերսինիոզի ներհիվանդանոցային բռնկումներ մանկական բաժանմունքներում:

Ինֆեկցիայի փոխանցման հիմնական ուղին սննդայինն է (միս, երշիկ, կաթ, բանջարեղեն, ջուր): Հնարավոր է վարակվել նաև հիվանդ կենդանու հետ շփվելիս: Հիվանդ մարդուց հնարավոր է վարակվել կոնտակտակենցաղային շփման միջոցով: Հիվանդությունը հաճախ է հանդիպում ցուրտ եղանակին: Առավել հաճախ հիվանդանում են 1-5 տարեկան երեխաները:

Պաթոգենեզ

Հարուցիչները մարդու օրգանիզմ են թափանցում սննդի ու ջրի հետ: Դրանց մի մասը քայքայվում է ստամոքսի թթվային միջավայրում, իսկ մյուս մասը, հասնելով բարակ աղու վերջնամաս, առաջացնում է բորբոքական փոփոխություններ (տերմինալիտ, երբեմն՝ ապենդիցիտ): Մարսողական համակարգում հարուցիչները առաջացնում են սուր գաստրոէնտերիտ և ինտոքսիկացիոն ախտանիշ: Թափանցելով միջընդերային ավշային հանգույցներ՝ առաջացնում են մեզադենիտ: Տեղային ինֆեկցիոն բորբոքային փոփոխությունների ֆոնի վրա զարգանում են ալերգիկ պրոցեսներ: Օրգանիզմի ցածր դիմադրողականության պայմաններում հարուցիչները թափանցում են արյան մեջ, առաջացնում բակտերեմիա, ինչպես նաև ախտահարում են մի շարք օրգաններ

(յարդ, երիկամ, փայծաղ): Ձևավորված իմունիտետը անկայուն է, որի պատճառով էլ լինում են հիվանդության սրացում և ռեցիդիվ:

Կլինիկա

Ինկուբացիոն շրջանը 1-6 օր է: Հիվանդությունն ընթանում է տարբեր կլինիկական ձևերով՝

1. աբդոմինալ ախտահարում

2. արտադիքային ախտահարում:

Աբդոմինալ ախտահարումներից առավել հաճախ հանդիպում է գաստրոէնտերիտիկ ձևը:

Հիվանդությունն ունի սուր սկիզբ, առաջանում է դող, ջերմության բարձրացում՝ $38-39^{\circ}\text{C}$, գլխացավ, հոդացավ, մկանացավ, ընդհանուր թուլություն: Լինում են գաստրոէնտերիտի նշաններ՝ ցավ էպիգաստրալ շրջանում և պորտի շուրջը, սրտխառնոց, կրկնակի փսխում, որովայնի փքվածություն, կղանքը ջրիկ է, առատ, հաճախացած (օրը 2-15 անգամ), տհաճ հոտով, երբեմն՝ լորձով և արյունով: Կարող են լինել նաև ցավեր ձախ զստափոսում (նման են դիզենտերիային): Հիվանդին մանրակրկիտ զննելիս հայտնաբերում են իերսինիոզին բնորոշ նշաններ՝ թեթև կատառալ երևույթներ (հազ, կոկորդում քերոցի զգացում, ձայնի խռպոտություն), հոդացավ (հատկապես ճաճանչ-դաստակային և միջֆալանգային հոդերում), մաշկի ցան (հաճախ դաստակների, կրծքի, ազդրերի), «ազնվամորու լեզու», լյարդի մեծացում և ցավոտություն, կոնյուկտիվիտ: Ջերմությունը բարձր է 4-5 օր:

Երեխաների մոտ հաճախ հանդիպում է իերսինիոզի ապենդիկուլյար ձևը: Հիվանդությունը սկսվում է գաստրոէնտերիտի ձևով: Ցավը տեղակայվում է աջ զստափոսի և պորտի շրջանում: Հաճախ այս ձևը ախտորոշում են որպես սուր ապենդիցիտ:

Արտադիքային ախտահարման դեպքում առաջանում են տոքսիկո-ալերգիկ ռեակցիաներ: Հիվանդության առաջին օրվանից մարմնի և վերջույթների վրա առաջանում են սիմետրիկ, մանր կետավոր արյունազեղում, իսկ 2-3 շաբաթից՝ պապուլոզ ցան (հաճախ խոշոր հոդերի շրջանում): Հազվադեպ առաջանում է հանգուցավոր երիթեմա: Հիվանդների մի մասի մոտ զարգանում է ինֆեկցիոն-ալերգիկ պոլիարթրիտ: Պրոցեսի մեջ ընդգրկվում են 2-4 հոդեր, որոնք այտուցվում են, ցավոտ են, դրանց վրայի մաշկը կարմրած է, իսկ ֆուկցիան՝ խանգարված: Ջարկերակային ճնշումըն իջած է, պուլսը՝ հաճախացած: Շաբաթվա վերջում լեզուն մաքրվում է փառից և նման է «ազնվամորու լեզվի»: Որովայնը ցավոտ է, լյարդը՝ մեծացած: Երբեմն զարգանում է իերսինիոզային հեպատիտ՝ մաշկի և սկլերաների չափավոր դեղնություն, մեզի գույնի մզացում, կղանքի անգունացում, արյան մեջ բիլիռուբինի քանակի ավելացում:

Երեխաների մոտ կարող է հանդիպել իերսինիոզի սեպտիկ ձևը, որն ունի սուր սկիզբ: Լինում են բարձր ջերմություն՝ $39-40^{\circ}\text{C}$, դող, քրտնարտադրություն, գլխացավ, թուլություն, սրտխառնոց, փսխում, դիարեա: Առաջանում է պոլիմորֆ ցան, մաշկի դեղնություն, հեպատոսպլենոմեգալիա:

Հնարավոր է նաև բակտերիակրություն:

Բարդություններ

Կարող են առաջանալ միոկարդիտ, մեֆրիտ, ուրետրիտ, ցիստիտ, կոնյուկտիվիտ:

Ախտորոշում

Այն հիմնվում է կլինիկա-էպիդեմիոլոգիական և լաբորատոր տվյալների վրա: Կատարվում է բակտերիոլոգիական հետազոտություն: Կոլանքի ցանքսը հարկավոր է կատարել անմիջապես դեֆեկացիայից հետո, քանի որ իերսինիաները արագ ոչնչանում են չորանալուց: Կատարում են ցանքս նաև արյունից, մեզից, լեղուց, որդանման ելունից (եթե կատարվել է վիրահատություն):

Կիրառում են նաև շճաբանական ռեակցիաներ:

Բուժում և խնամք

Հիվանդը հոսպիտալացվում է: Նշանակում են անկողնային ռեժիմ ողջ տենդային շրջանում, սահմանում են դիետա, առատ ըմպելիք: Արտահայտված ինտոքսիկացիայի և օրգանիզմի ջրազրկման դեպքում նշանակում են դեզհիդրոքսիկացիոն թերապիա, ռեհիդրատացիոն պրեպարատներ: Էթիոտրոպ թերապիան ընդգրկում է հակաբիոտիկներ (լևոմիցետին, տետրացիկլին, ամինոգլյուկոզիդներ, ցեֆալոսպորիններ, դոքսիցիկլին) 7-14 օր, սուլֆամիլամիդներ (բիսեպտոլ) և հակաբակտերիալ պրեպարատներ (աբակտալ, պեֆլոքսացին):

Նշանակում են դեսենսիբիլիզացնող պրեպարատներ: Իերսինիոզային արթրիտների դեպքում կիրառում են օրթոֆեն, ինդոմետացին: Դուրս գրվելուց հետո հիվանդը 3 ամիս գտնվում է դիսպանսեր հսկողության տակ:

Կանխարգելում

Անհրաժեշտ է պահպանել սանիտարական կանոնները սննդի պատրաստման ձեռնարկություններում, վաղ հայտնաբերել հիվանդներին և բակտերիակիրներին, կատարել դեզինֆեկցիա:

ՏՐԱՆՍՄԻՍԻՎ ԻՆՖԵԿՑԻԱՆԵՐ

ԷՊԻԴԵՄԻԿ ԲՃԱՎՈՐ ՏԻՖ (Typhus exanthematicus)

Բժավոր տիֆը սուր անթրոպոնոզ ինֆեկցիոն հիվանդություն է, որը բնութագրվում է արյունատար անոթների ախտահարումով, ծանր ինտոքսիկացիայով, էկզանթեմայով, նյարդային և այլ համակարգերի ախտահարումով:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչները Պրովաչեկի ռիկետսիաներն են, որոնք մանր, անշարժ, գրամ-բացասական միկրոօրգանիզմներ են, սպոր և կապսուլա չեն առաջացնում, ներբջջային պարազիտներ են, այդ պատճառով էլ անկայուն են արտաքին միջավայրում: Դրանց քայքայվելուց անջատվում է ջերմակայուն էնդոտոքսին: Կայուն են ցածր ջերմաստիճանում, արագ ոչնչանում են խոնավ միջավայրում, տաքացնելիս (100°C -ում 30 վրկ-ից) և դեզինֆեկցող նյութերից (լիզոլ, ֆենոլ, ֆորմալին): Հարուցիչները երկար են պահպանվում ոջլի կղանքում (չոր պայմաններում), ներկվում են Ռոմանովսկու եղանակով

(երկնագույն՝ վառ կարմիր հատիկներով): Աճում են հյուսվածքային կուլտուրայում, հավի սաղմում:

Էպիդեմիոլոգիա

Բժավոր տիֆը անթրոպոնոզ ինֆեկցիա է, որի միակ աղբյուրը հիվանդ մարդն է (Բրիլի հիվանդությամբ և բժավոր տիֆով): Վարակը փոխանցվում է գաղտնի շրջանի վերջին 1-2 օրվանից, ողջ տենդային շրջանում՝ մինչև ջերմաստիճանի նորմալանալու 7-8-րդ օրը (մոտ 3 շաբաթ):

Ինֆեկցիան փոխանցվում է տրանսմիսիվ ճանապարհով՝ ոջլի (հիմնականում հագուստի, հազվադեպ՝ գլխի) միջոցով: Վարակված ոջիլը կղանքի հետ արտադրում է ռիկետոսիաներ, որոնք մարմնի աննշան քերծվածքներից թափանցում են օրգանիզմ (ճզմվելուց, սանրվելու ժամանակ):

Պետք է հիշել, որ ոջլի արյուն ծծելու պրոցեսում ինֆեկցիան չի թափանցում օրգանիզմ: Հիվանդության առաջացման և տարածման գործում կարևոր դեր են խաղում մի շարք սոցիալական գործոններ՝ բնակավայրի անբավարար սանիտարահիգիենիկ պայմանները, ոջլոտությունը, մասայական տեղահանումները, պատերազմը, սովը, բնական աղետները:

Հիվանդության հանդեպ մարդու օրգանիզմն ունի մեծ ընկալունակություն՝ անկախ տարիքից և սեռից:

Հիվանդությունից հետո ձևավորվում է կայուն իմունիտետ:

Պաթոգենեզ

Ռիկետոսիաները օրգանիզմ են թափանցում վնասված մաշկի միջոցով, ընկնում արյուն և ներդրվում արյունատար անոթների էնդոթելային բջիջների մեջ, որտեղ էլ բազմանում են և կուտակվում: Էնդոթելային բջիջները քայքայվում են, իսկ ռիկետոսիաները ընկնում են արյան մեջ և արտադրում էնդոտոքսին (ռիկետոսեմիա և տոքսեմիա), ինչն էլ համընկնում է հիվանդության ինտոքսիկացիայի և տենդի առաջացման հետ: Ախտահարվում են անոթները, առաջանում՝ վասկուլիտներ և թրոմբովասկուլիտներ: Անոթների շուրջը ձևավորվում է օջախային բջջային ինֆիլտրացիա գրանուլայի տեսքով (Պոպովի հանգույց): Իսկ ներթույնն առաջացնում է մազանոթների լայնացում և միկրոցիրկուլյացիայի խանգարում: Այսպիսի ախտահարումներ տեղի են ունենում հատկապես ուղեղում, մակերիկամներում, սրտամկանում և մաշկի մեջ:

Հիվանդությունն ավարտվում է անընկալության առաջացումով (ձևավորվում է իմունիտետ): Սակայն պետք է հիշել, որ հիվանդացածների մոտ ռիկետոսիաները կարող են

երկար ժամանակ նիրհած ձևով պահպանվել ավշային հանգույցներում և դրանով նպաստել ռեցիդիվի առաջացմանը (Բրիլի հիվանդություն):

Կլինիկա

Ինկուբացիոն շրջանը 6-25 օր է: Կլինիկական պատկերը բաժանվում է 3 շրջանի՝

1. սկզբնական
2. ծաղկման
3. ապաքինման (ռեկոնվալեսցենցիա):

Սկզբնական շրջանը տևում է 4-5 օր և ավարտվում ցանի (էկզանթեմա) առաջացումով: Հիվանդությունն ունի սուր սկիզբ: Առաջանում են գլխացավ (հատկապես ուժեղանում է գիշերային ժամերին), քնի խանգարում, ջերմության բարձրացում մինչև 39-40°C: Անքնության պատճառով հիվանդները դյուրագրգիռ են դառնում:

Ձննման ժամանակ հայտնաբերվում է դեմքի, պարանոցի և մարմնի վերին մասի հիպերեմիա, կոնյունկտիվիտ («ճագարի աչքեր», «կարմիր աչքեր կարմիր դեմքի վրա»): Հիվանդի դեմքը փքված է, դիմականման (ամիմիկ): Մաշկային ծածկույթները չոր են, շոշափելիս՝ տաք: Հիվանդության 3-4-րդ օրը կոնյունկտիվայի անցման ծալքի վրա առաջանում են մանր կետային արյունազեղումներ (Կիարի-Ավցինի ախտանիշ): Նմանատիպ կետային արյունազեղումներ կարող են առաջանալ բերանի խոռոչում լեզվի հիմքի և փափուկ քիմքի վրա (Ռոզենբերգի ախտանիշ): Ջարկերակային ճնշումն իջած է, լինում է տախիկարդիա: Հիվանդության 3-4-րդ օրը էկզանթեմայի առաջանալուց մեկ օր առաջ սովորաբար մարմնի ջերմությունը 1-2°C-ով իջնում է, որից հետո՝ նորից բարձրանում:

Ծաղկման շրջանը սկսվում է ցանի առաջացումով և ավարտվում ջերմաստիճանի նորմալանալով: Հիվանդության կարևոր ախտանիշներից է ցանը, որն առաջանում է միաժամանակ՝ հիվանդության 4-6-րդ օրը: Այն լինում է առատ, ռոզեոլոզ-պետեխիալ բնույթի, տեղակայվում է կրծքի, թիկունքի, իրանի՝ կողմնային, վերջույթների ծալվող մակերեսներին, շատ հազվադեպ ընդգրկում ափերը և ներբանները, դեմքը: Ցանը պահպանվում է 3-5 օր: Հիվանդի մազանոթները դառնում են փխրուն («ժգուտի», «կսմթելու» ախտանիշ): Այս շրջանում աճում են բոլոր կլինիկական նշանները՝ պահպանվում է բարձր ջերմաստիճանը, ուժեղ գլխացավը, գլխապտույտը, անքնությունը, գրգռվածությունը, նկատվում է զգայունության բարձրացում արտաքին տարբեր ազդակների նկատմամբ: Գլխուղեղի ախտահարման նշան է Գովորով-Գոդելյեի ախտանիշը, որի ժամանակ հիվանդը չի կարողանում հանել լեզուն ատամների սահմանից դուրս: Այս շրջանում կարող են առաջանալ գիտակցության խանգարում, նյարդահոգեկան գրգռված վիճակ, կողմնորոշման խանգարում, զառանցանք, հալյուցինացիա, փսիխոզ:

Մենինգոտենցեֆալիտի զարգացման ժամանակ առաջանում են մենինգեալ նշաններ (ծոծրակի մկանների կարկանդակություն, Կեռնիգի ախտանիշ):

Ծանր ընթացքի դեպքում զարգանում է տիֆային ստատուս: Հիվանդի մոտ առաջանում են հալյուցինացիա, վատ է կողմնորոշվում շրջապատում և ժամանակի հարցում, ցանկանում է փախչել, հակառակվում է բուժանձնակազմին, խոսքն անկապ է:

Հիվանդության երկրորդ շաբաթվանից մեծանում են լյարդը և փայծաղը, լեզուն պատված է մոխրա-շագանակագույն փառով, միզապարկի սֆինկտորը ենթարկվում է սպազմի, որն էլ հանգեցնում է միզակապության:

Հիվանդության 12-14-րդ օրվանից մարմնի ջերմաստիճանն իջնում է կրիտիկ ձևով, և սկսվում է առողջացումը:

Ապաքինման շրջանում օրգանիզմի բոլոր ֆունկցիաներն աստիճանաբար սկսում են վերականգնվել: Երկար ժամանակ (մոտ 1 ամիս) հիվանդների մոտ լինում է ասթենիկ համախտանիշը, որը բնութագրվում է թուլությամբ, ապատիայով, արագ հոգնածությամբ, սրտանոթային համակարգի անկայունությամբ:

Բարդություններ

Կարող են առաջանալ ինֆեկցիոն-տոքսիկ շոկ, միոկարդիտ, սուր սրտանոթային անբավարարություն, թրոմբոզներ, թրոմբոէմբոլիա, բացի այդ՝ երկրորդային ինֆեկցիայի զարգացում՝ թոքաբորբ, օտիտ, ստոմատիտ, պիելոնեֆրիտ: Ոչ ճիշտ խնամքի դեպքում կարող են առաջանալ պառլեյախոցեր և նույնիսկ գանգրենա:

Ախտորոշում

Հիմնվում են կլինիկական և էպիդեմիոլոգիական տվյալների վրա: Հեմոգրամայում հայտնաբերվում է չափավոր լեյկոցիտոզ, ԷՆԱ-ի բարձրացում:

Դիագնոզի հաստատման համար կիրառում են շճաբանական հետազոտությունը, արյան շիճուկում հայտնաբերում են հակամարմիններ հիվանդության երկրորդ շաբաթվանից սկսած: Օգտագործում են անուղղակի հեմագլյուտինացիայի և կոմպլեմենտի կապման ռեակցիաները: Կոմպլեմենտի կապման ռեակցիան օգտագործում են նաև այն դեպքում, երբ անհրաժեշտ է հայտնաբերել հակամարմիններ երկար տարիներ առաջ հիվանդացածների մոտ:

Բուժում և խնամք

Բոլոր հիվանդները և կասկածելի դեպքերը պետք է մեկուսացվեն ինֆեկցիոն հիվանդանոցի բոքսային բաժանմունքում: Ստացիոնար ընդունվելիս պետք է ստուգել

ոջլոտությունը և անհրաժեշտության դեպքում՝ ենթարկել սանիտարական մշակման, իսկ հագուստը՝ դեզինսեկցիայի: Հիվանդը պետք է գտնվի անկողնային ռեժիմի պայմաններում մինչև ջերմության նորմանալու 5-6-րդ օրը: Անհրաժեշտ է հաճախակի օդափոխել հիվանդասենյակը՝ պահպանելով 16-19°C-ից ոչ ցածր ջերմաստիճան: Հիվանդի անկողինը պետք է լինի հարմար, փափուկ, հարդարված, առանց ծալքերի, մաքուր և արդուկված սպիտակեղենով: Բուժքույրը պետք է հետևի հիվանդի մաշկային ծածկույթների վիճակին, քանի որ մազանոթների ախտահարումը ստեղծում է նախադրյալներ պառկելախոցերի առաջացման համար: Ամեն օր հիվանդի մաշկը պետք է մաքրել տաք ջրով, հաճախակի փոխել նրա դիրքն անկողնում, մերսել կամֆորայի սպիրտով կամ քացախաթթվով: Օրական 2-3 անգամ ողողել բերանը ջրով կամ 0,5-2%-ոց սոդայի լուծույթով, շրթունքներին քսել վազելին կամ կարագ: Հիվանդի մոտ փսիխոզի առաջացման դեպքում նշանակվում է անհատական հսկողություն: Պետք է հետևել օրական դիուրեզին, քանի որ կարող է զարգանալ միզակապություն (իշուրիա): Անհրաժեշտ է տեղադրել տաք ջեռակ, ներարկել պիտուիտրին, տալ պրոզերինի հաբեր, կատարել կատետերիզացիա: Հիվանդին պետք է տալ կիսահեղուկ, վիտամիններով հարուստ, կալորիական սնունդ, կերակրել հաճախակի, տալ շատ հեղուկ: Փորկապության դեպքում բուժքույրը կատարում է մաքրող հոգնա: Նա պետք է անսխալ կատարի պարենտերալ ներարկումները (հատկապես ներերակային), խուսափի կրկնակի ներարկումներից, որոնք կարող են նպաստել թրոմբոֆլեբիտի առաջացմանը: Խնամքի ժամանակ պետք է պահպանել բոլոր սան.-հիգիենիկ կանոնները և կատարել ընթացիկ դեզինֆեկցիա:

Որպես էթիոտրոպթերապիա նշանակում են տետրացիկլինի խմբի հակաբիոտիկներ՝ 1,2-1,6գ օրական: Կարելի է այն փոխարինել լևոմիցետինով (օրական 2 գ): Հակաբիոտիկներ ընդունում են մինչև ջերմաստիճանի նորմանալուց հետո ևս 3օր:

Պաթոգենետիկ թերապիան իր մեջ ընդգրկում է դեզինտոքսիկացիոն միջոցներ (ներերակային ճանապարհով կրիստալոիդներ և կոլոիդ լուծույթներ), սրտանոթային համակարգի ֆունկցիան կարգավորող (կորդիամին, էֆեդրին), միզամուղ, սեդատիվ և քնաբեր դեղամիջոցներ: Թրոմբոէմբոլիայի պրոֆիլակտիկայի համար օգտագործում են անտիկոագուլյանտներ:

Հիվանդին դուրս են գրում ջերմաստիճանը կայունանալուց 12 օր հետո: Նրանք գտնվում են դիսպանսեր հսկողության տակ 3-6 ամիս:

Կանխարգելում

Անհրաժեշտ է վաղ հայտնաբերել և մեկուսացնել հիվանդներին որպես ինֆեկցիայի աղբյուր և պայքարել ոջլոտության դեմ:

Ինչպես հայտնի է, ոչիլը հիվանդից արյուն ծծելու միայն 4-5 օր անց է դառնում վարակիչ: Հետևաբար, եթե հիվանդը հոսպիտալացվի մինչև 5-րդ օրը, իսկ օջախում կատարվի դեզինսեկցիա և սանիտարական մշակում, ապա տվյալ օջախում բռնկում չի լինի («Չորրորդ օրվա օրենք»), իսկ կոնտակտավորներին հոսպիտալացնել մինչև հիվանդության հինգերորդ օրը և 25օր կատարել ջերմաչափում:

Ըստ էպիդեմիոլոգիական ցուցումների կարող է անցկացվել ակտիվ իմունիզացիա չոր վակցինայով (0,5մլ միանվագ):

ԲՐԻԼԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ (Brillus morbus)

Բրիլի հիվանդությունը կրկնակի, սպորադիկ բժավոր տիֆն է, որն առաջանում է տարիներ առաջ բժավոր տիֆով հիվանդացածների մոտ, ունի համեմատաբար թեթև ընթացք:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչները Պրովաչեկի ռիկետսիաներն են:

Էպիդեմիոլոգիա

Այն էնդոգեն ինֆեկցիա է, այսինքն ինֆեկցիայի աղբյուր է հանդիսանում հենց ինքը՝ հիվանդը, որը տարիներ առաջ բժավոր տիֆ է տարել: Հիվանդը շրջապատի համար վտանգ ներկայացնում է ոչլուտության պայմաններում: Այն սպորադիկ հիվանդություն է, հիվանդանում են միայն մեծահասակները, որոնց անամնեզում կա տարած բժավոր տիֆ:

Պաթոգենեզ

Կրած հիվանդությունից հետո Պրովաչեկի ռիկետսիաները երկար տարիներ պահպանվում են ռեկոնվալեսցենտի օրգանիզմում (ռետիկուլոէնդոթելային համակարգի բջիջներում) և կլինիկորեն չեն արտահայտվում: Սակայն իմունոգենեզը թուլացնող գործոնների ազդեցության տակ (մրսածություն, գրիպ, պնևմոնիա, ստրեսային վիճակ) լինում է ռիկետսիաների ակտիվացում և բժավոր տիֆի ռեցիդիվ:

Պաթոգենեզը նման է բժավոր տիֆի պաթոգենեզին, միայն այն տարբերությամբ, որ սրա ժամանակ ինֆեկցիոն պրոցեսը զարգանում է իմուն օրգանիզմում, որն ունի թեկուզ թույլ, բայց սպեցիֆիկ իմունիտետ ռիկետսիաների հանդեպ: Այս պատճառով հիվանդությունն ընթանում է թեթև ձևով:

Կլիմիկա

Ինկուբացիոն շրջան չի լինում: Հիվանդության ընթացքը բաժանվում է 3 շրջանի՝ սկզբնական, ծաղկման (զարգացման) և առողջացման (ռեկոնվալեսցենցիա):

Հիվանդությունն սկսվում է սուր, 1-3 օրում ջերմությունը բարձրանում է մինչև 38-40°C, պահպանվում մոտ 1 շաբաթ: Հիվանդը գանգատվում է գլխացավից, թուլությունից, դեմքը փքված է, հիպերեմիկ: Նկատվում է սկլերիտ և կոնյուկտիվիտ: Կարևորագույն նշանը ցանն է, որն առաջանում է 4-6-րդ օրը կամ քիչ ուշ: Ցանը առատ չէ, կարճատև, գերակշռում է վարդացանը: Հիվանդի զարկերակային ճնշումն իջած է, կա տախիկարդիա: Ախտահարվում է նյարդային համակարգը, լինում է գրգռվածություն, էյֆորիա, անքնություն: Չեն լինում գիտակցության խանգարումներ, փսիխոզ, Գովորով-Գողեյբի ախտանիշ: Հիվանդների որոշ մասի մոտ կարող է լինել հեպատոլիենալ ախտանիշ:

Բարդություններ

Շատ հազվադեպ են լինում: Կախված հիվանդների մեծ տարիքից՝ կարող են առաջանալ թոքաբորբ, թրոմբոֆլեբիտ, թրոմբոզ:

Ախտորոշում

Նման է բժավոր տիֆի ախտորոշմանը: Հաճախ են կիրառում հետազոտության շճաբանական եղանակը (անուղղակի հեմագլյուտինացիայի և կոմպլեմենտի կապման ռեակցիաները): Այդ հիվանդության առանձնահատկությունը արյան մեջ հակամարմինների բարձր տիտրի առաջացումն է հիվանդության վաղ շրջանում:

Բուժում, խնամք և կանխարգելում

Բոլոր հիվանդները պարտադիր հոսպիտալացվում են: Խնամքը, բուժումը, դուրսգրման կարգը և կանխարգելումը նման են բժավոր տիֆի ժամանակ կիրառվող միջոցառումներին:

ՄԱԼԱՐԻԱ (Malaria)

Մալարիան պարազիտար հիվանդություն է, որը բնորոշվում է տենդի պարբերական նոպաներով, լյարդի և փայծաղի մեծացումով, կրկնվող ընթացքով:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչները պլազմոդիումի ցեղին պատկանող նախակենդանիներ են: Մարդու մոտ մալարիա առաջացնում են 4 տիպի հարուցիչներ՝

1. Plasmodium vivax՝ եռօրյա մալարիայի հարուցիչ
2. Plasmodium ovale՝ օվալե մալարիայի հարուցիչ
3. Plasmodium malariae՝ քառօրյա մալարիայի հարուցիչ
4. Plasmodium falciparum՝ տրոպիկական մալարիայի հարուցիչ:

Պլազմոդիումներն ունեն կյանքի 2 ցիկլ՝

1) Սեռական զարգացում (սպորոգոնիա)՝ կատարվում է մոծակի օրգանիզմում: Մոծակը վարակվում է հիվանդի կամ պարազիտակրի արյունը ծծելիս: Նրա օրգանիզմում պլազմոդիումի արական և իգական սեռական բջիջներն անցնում են զարգացման մի քանի փուլ, ի հայտ են գալիս սպորոգոնիտներ, որոնք ընդունակ են մարդու մոտ առաջացնել մալարիա: Սպորոգոնիտները կուտակվում են մոծակի թքագեղձերում և մարդու օրգանիզմ են ընկնում արյուն ծծելու ժամանակ: Այն տևում է 7-45 օր:

2) Անսեռ զարգացում (շիզոգոնիա)՝ կատարվում է մարդու օրգանիզմում, ընթանում 2 փուլով՝

ա) հյուսվածքային (արտաերիթրոցիտար)՝ տևում է 6-15օր.

բ) էրիթրոցիտար՝ տևում է 48-72 ժամ:

Մոծակի կծելու ժամանակ մարդու օրգանիզմ են ընկնում սպորոգոնիտները, որոնք, թափանցելով լյարդի բջիջներ, այնտեղ բազմանում և առաջացնում են մեծ քանակությամբ հյուսվածքային շիզոնտներ (հյուսվածքային շրջան):

Սպորոգոնիտներից առաջանում են մերոգոնիտներ, որոնք ընկնում են արյան հոսքի մեջ, և սկսվում է էրիթրոցիտար շրջանը: Այս շրջանում պարազիտները տեղակայվում են էրիթրոցիտների մեջ, բազմանում՝ առաջացնելով սեռական և անսեռ ձևեր: Պլազմոդիումի սեռական ձևերը կարող են բազմանալ միայն մոծակի օրգանիզմում: Արդյունքում քայքայվում են էրիթրոցիտները: Այս շրջանը Plasmodium ovale-ի, Plasmodium vivax-ի և Plasmodium falciparum-ի համար 48 ժամ է, իսկ Plasmodium malariae-ի համար՝ 72 ժամ: Այս էրիթրոցիտար շրջանը կրկնվում է, որով էլ պայմանավորված է մալարիայի նոպաների միմյանց հաջորդելը:

Էպիդեմիոլոգիա

Մալարիան անթրոպոնոզ ինֆեկցիա է, որի աղբյուրն է հանդիսանում հիվանդ կամ պարազիտակիր մարդը: Ինֆեկցիան փոխանցվում է տրանսմիսիվ ճանապարհով: Վարակը փոխանցում են Անոֆելես ցեղի էգ մոծակները: Ինֆեկցիան կարող է փոխանցվել ուղղահայաց (տրանսպլացենտար ճանապարհով ծննդաբերության ժամանակ), ինչպես նաև արհեստական ճանապարհով՝ վարակված արյան փոխներարկումից և ոչ ստերիլ բժշկական գործիքներով կատարված մանիպուլացիաներից:

Ընկալունակությունը մալարիայի հանդեպ բարձր է: Մալարիան տարածված է տաք կլիմայական գոտիներում, որտեղ կան բարենպաստ պայմաններ մոծակների զարգացման համար (օդի ջերմաստիճանը 5-30°C է մինչև 120 օր):

Պաթոգենեզ

Մալարիայի զարգացման մեխանիզմն անմիջականորեն կապված է մարդու օրգանիզմում ընթացող մալարիայի պլազմոդիումների անսեռ զարգացման հետ: Շիզոգոնիան համապատասխանում է հիվանդության գաղտնի շրջանին: Կլինիկական ախտանիշներն առաջանում են միայն այն ժամանակ, երբ պլազմոդիումները թափանցում են արյան մեջ, և սկսվում է էրիթրոցիտար շրջանը: Մալարիայի նույն առաջանում է էրիթրոցիտար շիզոգոնիայի առաջին ցիկլի ավարտից հետո: Այն պայմանավորված է էրիթրոցիտների քայքայմամբ և արյան մեջ մեծ քանակությամբ պլազմոդիումների և դրանց կենսագործունեության արգասիքների մուտքով: Էրիթրոցիտար շիզոգոնիայի ցիկլի տևողությունը *Plasmodium malariae*-ի համար 72 ժամ է, իսկ մնացածների դեպքում՝ 48 ժամ: Դա էլ հենց պայմանավորում է հիվանդի մոտ տենդի նույն պարբերականությունը: Հիվանդության զարգացման ընթացքում տեղի է ունենում էրիթրոցիտների մասայական քայքայում, որն առաջացնում է անեմիա, միկրոցիրկուլացիայի խանգարում, լյարդի, երիկամների, ԿՆՀ-ի և այլ օրգանների ախտահարում:

Տրոպիկական մալարիան ունի ավելի ծանր ընթացք, ուղեկցվում է բարդություններով: Հիվանդությունից հետո ձևավորված իմունիտետը կայուն չէ:

Կլինիկա

Տարբերում են մալարիայի 4 ձև՝ տրոպիկական, եռօրյա, քառօրյա և օվալե:

Գաղտնի շրջանը եռօրյա, օվալե և տրոպիկականի դեպքում 6-15 օր է, իսկ քառօրյա ձևի ժամանակ՝ 3-6 շաբաթ: Սակայն եռօրյա և օվալե ձևերի դեպքում այն կարող է երկարել մինչև 2 տարի և ավել:

Ուղղահայաց կամ տրանսֆուզիոն վարակի դեպքում գաղտնի շրջանը կարող է կարճանալ մինչև մի քանի օր:

Հիվանդության կլինիկան բաժանում են հետևյալ շրջանների՝

1. սկզբնական տենդի
2. առաջնային արտահայտությունների (պարոքսիզմների)
3. երկրորդային գաղտնի (լատենտ)
4. վաղ ռեցիդիվների
5. ուշ ռեցիդիվների:

Սկզբնական տենդի շրջանը շարունակվում է մի քանի օր, բնորոշվում է տենդով, թուլությամբ, գլխացավով, մարմնի ջարդվածության զգացումով: Ջերմաստիճանի բարձրացումն ուղեկցվում է դողով, տաքության զգացումով, իսկ իջեցումը՝ առատ քրտնարտադրությամբ:

Առաջնային արտահայտությունների շրջանը բնութագրվում է մալարիայի նոպաների զարգացումով: Նոպան սկսվում է դողով (տևում է 20 րոպեից մինչև 1-1,5 ժամ), հետո բարձրանում է մարմնի ջերմաստիճանը մինչև 40-42°C, որը տևում է 2-14 ժամ (տրոպիկականի ժամանակ ավելի երկար): Այն ուղեկցվում է ուժեղ գլխացավով, գլխապտույտով, ծարավի զգացումով, թուլությամբ, ջարդվածությամբ, առաջանում են գոտկատեղի ցավեր, մկանացավեր, ծանր դեպքերում՝ փսխում, գիտակցության խանգարում: Ջննելիս մաշկը չոր է, շոշափումը՝ տաք: Դեմքը հիպերեմիկ է, սկլերաները՝ բորբոքված, զարկերակային ճնշումը՝ ցածր, լինում է տախիկարդիա, օլիգուրիա:

Նոպան ավարտվում է ջերմաստիճանի կրիտիկ անկումով և ուղեկցվում առատ քրտնարտադրությամբ. ստիպված են փոխել հիվանդի հագուստն ու սպիտակեղենը: Հիվանդը զգում է արտահայտված թուլություն և սովորաբար քնում է: Նոպան տևում է 6-12 ժամ (տրոպիկականի ժամանակ՝ օրեր): Նոպայից հետո լինում է ապիռեքսիայի շրջան (նորմալ ջերմաստիճան) 24 ժամից (եռօրյա և օվալե մալարիաների ժամանակ) մինչև 48 ժամ (քառօրյա մալարիայի ժամանակ), հետո նոպան կրկնվում է: Յուրաքանչյուր նոպայի սկիզբը համընկնում է երիթրոցիտար շիզոգոնիայի ավարտին, երիթրոցիտների համատարած հեմոլիզին և արյան մեջ պլազմոդիումների լցվելուն: Մի քանի այսպիսի պարոքսիզմներից հետո հիվանդների մոտ առաջանում են լյարդի և փայծաղի մեծացում (հեպատոսպլենոմեգալիա), անեմիա և դեղնություն:

Եթե առաջնային վարակի դեպքում հիվանդը չի ստանում համապատասխան բուժում, ապա այսպիսի նոպաների քանակը հասնում է 10-14-ի:

Երկրորդային գաղտնի շրջանը հաջորդում է նոպաներին, բնորոշվում է կլինիկական արտահայտությունների բացակայությամբ: Այս շրջանը տևում է 1-3ամիս:

Վաղ ռեցիդիվներ կարող են զարգանալ ոչ լրիվ կամ ընդհանրապես բուժում չստացած հիվանդների մոտ: Բնորոշ են մալարիայի նոպաները, որոնք չունեն ծանր ընթացք:

Ուշ ռեցիդիվների առաջացումը պայմանավորված է արյան մեջ եղած սպորոզոիտների ակտիվացումով, դրանք կլինիկորեն նման են վաղ ռեցիդիվներին:

Բացի ընդհանուր օրինաչափություններից՝ մալարիաներն ունեն նաև առանձնահատկություններ:

Տրոպիկական մալարիան, ի տարբերություն մյուսների, ունի չարորակ ընթացք և բարձր մահացություն: Պատճառը հիվանդության ընթացքի յուրահատկություններն են և ոչ ժամանակին ախտորոշումը: Դրան բնորոշ են անկանոն տիպի տենդը, դողի բացակայությունը, երկարատև պահպանվող բարձր ջերմությունը (մինչև 36 ժամ), բացակայում է քրտնարտադրությունը: Ապիռեքսիայի շրջանը շատ կարճ է (մի քանի ժամ): Հնարավոր է գրանցել մի նոպայի վերջն ու մյուսի սկիզբը: Խիստ արտահայտված են ինտոքսիկացիայի նշանները, լյարդը և փայծաղը ուշ են մեծանում, հիվանդները գրգռված են, գիտակցությունը՝ մթագնած, լորձաթաղանթները և մաշկը՝ գունատ և դեղնած: Զբուժելու դեպքում շատ վաղ (3-5-րդ օրը) առաջանում են բարդություններ:

Ենթոյա մալարիան բնորոշվում է երկարատև, բայց բարորակ ընթացքով: Նոպաները խիստ տիպիկ են: Լինում են ուշ ռեցիդիվներ հիվանդությունից մի քանի ամիս կամ 2 տարի անց: Երեխաների մոտ այն շատ ծանր է ընթանում:

Օվալե մալարիան ունի բարենպաստ ընթացք, քան ենթոյան: Սովորաբար մի քանի նոպաներից հետո (24 ժամ ընդմիջում ունեցող) լինում է առողջացում:

Քառօրյա մալարիան բնորոշվում է կանոնավոր 2 օր ընդմիջումով սկսվող ոչ ծանր նոպաներով, երկարատև (բազմաթիվ տարիներ) ընթացքով: Պլազմոդիումները օրգանիզմում պահպանվում են տասնյակ տարիներ: Արյան փոխներարկման ժամանակ վարակի դեպքերը լինում են հենց քառօրյա մալարիայից, նույնիսկ, եթե դոնորը հիվանդ է եղել շատ տարիներ առաջ:

Բարդություններ

Ամենածանր բարդություններից են մալարիային կոման, հեմոգլոբինուրիային տենդը, սուր երիկամային անբավարարությունը, ինֆեկցիոն-տոքսիկ շոկը, որոնք բնորոշ են տրոպիկական մալարիային, հիպոքրոմ անեմիան, ինչպես նաև փայծաղի պատռվելը:

Ախտորոշում

Այն կատարվում է կլինիկական և էպիդեմիոլոգիական տվյալների հիման վրա: Ախտորոշիչ նշանակություն ունեն արյան քսուկի և հաստ կաթիլի եղանակով կատարված միկրոսկոպիկ հետազոտությունները (ներկում են ըստ Ռոմանովսկի-Գիզմայի):

Հենոգրամայում հայտնաբերվում է էրիթրոցիտների քանակի և հեմոգլոբինի կոնցենտրացիայի պակասում, թրոմբոցիտոպենիա, լեյկոպենիա, էՆԱ-ի արագացում:

Արյան բիոքիմիական հետազոտության ժամանակ հայտնաբերվում են հիպերբիլիռուբինեմիա, ամինոտրանսֆերազաների ակտիվության բարձրացում:

Մեզի քննության ժամանակ հայտնաբերվում է ալբումինուրիա, ցիլինդրուրիա, կարճատև հեմատուրիա:

Կիրառում են նաև շճաբանական ռեակցիաներ՝ անուղղակի իմունոֆլյուորեսցենտային և իմունոֆերմենտային:

Բուժում և խնամք

Հիվանդի հոսպիտալացումը պարտադիր է: Հիվանդասենյակի պատուհանները պետք է ցանցապատել, իսկ ջերմաստիճանը պահպանել 20°C-ի սահմաններում: Պացիենտների համար հարկավոր է ապահովել հեղուկների և կանոնավոր սնման ռեժիմը: Նոպան սկսվելու ժամանակ հիվանդը պետք է գտնվի անկողնում: Նոպայի սկզբում, երբ կա դող, հիվանդին պետք է ծածկել վերմակով, ոտքերի տակ դնել ջեռակ, տաք թեյ տալ: Տենդի ժամանակ հարկավոր է հանել վերմակը, վերցնել ջեռակը, տալ մեծ քանակությամբ հեղուկներ: Գլխին դնել սառցեպարկ: Ջերմաստիճանի կտրուկ իջեցումից հետո հիվանդի մոտ լինում է առատ քրտնարտադրություն, որի ժամանակ անհրաժեշտ է փոխել հիվանդի հագուստը և սպիտակեղենը և թույլ չտալ հիվանդին մրսել:

Երբ հիվանդը մ/ե ճանապարհով ստանում է խիմիոթերապիա, նրա զարկերակային ճնշումը կարող է ընկնել, խանգարվել սրտի աշխատանքը:

Հարկավոր է չափել արտազատվող մեզի քանակը: Բուժքույրը պետք է պահպանի սան.-էպիդեմիոլոգիական ռեժիմը, անցկացնի դեզինֆեկցիոն միջոցառումներ:

Էթիոտրոպ բուժումը պետք է սկսել հնարավորինս շուտ: Նշանակվում են այնպիսի պրեպարատներ, որոնք ընդհատում են էրիթրոցիտար շիզոգոնիան և վերացնում նոպաները: Դրանք կոչվում են հեմատոշիզոնոցիդային դեղանյութեր, որոնցից են մեֆլոխինը, խլորոֆինը, դելագիլը, միվախինը, ամոդիախինը: Դրանք ընդունում են հատուկ սխեմայով: Տրոպիկական մալարիայի բուժման համար օգտագործում են մեֆլոխին 3 հաբ (750մգ) միանգամից, հետո՝ 2 հաբ (500մգ) 6-8 ժամից: Եռօրյա մալարիայի ժամանակ նշանակում են դելագիլ առաջին օրը միանգամից 4 հաբ, 6 ժամ հետո ևս 0,5գ, երկրորդ և երրորդ օրերին՝ 0,25գ-ական օրը 2անգամ: Կան պրեպարատներ, որոնք ազդում են հյուսվածքային շիզոգոնիայի վրա և կոչվում են հիստոշիզոնոցիդային դեղանյութեր. դրանցից են պրիմախինը, խինոցիդը:

Պաթոգենետիկ բուժման նպատակով տարվում է դեզինտոքսիկացիոն և դեհիդրատացիոն թերապիա: Երիկամային անբավարարության զարգացման դեպքում կատարվում է հեմոդիալիզ, իսկ անէմիայի ժամանակ ներարկում են արյուն:

Հիվանդին դուրս են գրում լրիվ առողջանալուց հետո, ինչպես նաև արյան քսուկի հետազոտությունից ստացված բացասական պատասխանի հիման վրա:

Կանխարգելում

Մալարիայի դեմ ուղղված միջոցառումները բաժանում են 3 մասի՝

1. հիվանդի և պարազիտակրի վաղ հայտնաբերում և բուժում
2. պայքար մոծակների դեմ
3. քիմիոպրոֆիլակտիկա:

Անհատական պրոֆիլակտիկայի համար կարևոր է քիմիոպրոֆիլակտիկան և պաշտպանությունը մոծակներից: Քիմիոպրոֆիլակտիկան կատարվում է էնդեմիկ օջախներ գնացող անձանց: Պրեպարատների ընդունումը սկսվում են էնդեմիկ տեղամաս հասնելուց 2 շաբաթ առաջ, շարունակում օջախում մնալու ընթացքում, ինչպես նաև այնտեղից վերադառնալուց 4-6 շաբաթվա ընթացքում: Այդ նպատակով օգտագործում են դելագիլ (0,25գ շաբաթը 2անգամ), խլորիդին (0,25գ շաբաթը 1 անգամ) և այլն: Մոծակներից պաշտպանվելու համար անհրաժեշտ են պաշտպանիչ հագուստներ, դեզինսեկցիոն պրեպարատներ, պատուհանների և դռների ցանցապատում:

Օդա-կաթիլային ինֆեկցիաներ

ԳՐԻՊ (Grippe, Influenza)

Գրիպը վիրուսային սուր ինֆեկցիոն հիվանդություն է, որը բնորոշվում է ինտոքսիկացիայով և վերին շնչուղիների լորձաթաղանթների ախտահարմամբ:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչը ՌՆԹ պարունակող վիրուսն է, որը դասվում է օրթոմիքսովիրուսների ընտանիքին: Տարբերում են վիրուսի երեք տիպ՝ A, B և C: Վիրուսի արտաքին թաղանթը պարունակում է երկու անտիգեն՝ հեմագլյուտինին (H) և նեյրամինիդազա (N), որոնք ընդունակ են փոխելու իրենց հատկությունները, որոնց շնորհիվ էլ առաջանում են վիրուսի տարբեր ենթատիպեր:

Գրիպի A տիպի վիրուսը խիստ փոփոխական է: Հետևաբար գոյանում են վիրուսի նոր տեսակներ, որոնք էլ առաջացնում են համաճարակներ:

Գրիպի B և C տիպի վիրուսներն ունեն համեմատաբար կայուն անտիգենային կառուցվածք:

Գրիպի վիրուսն անկայուն է արտաքին միջավայրում: Երկար է պահպանվում ցածր ջերմաստիճանում: Սենյակային ջերմաստիճանում այն ոչնչանում է մի քանի ժամից, իսկ 50-60° C տաքացնելիս՝ մի քանի րոպեից: Ոչնչանում է նաև դեզինֆեկցող նյութերից (սպիրտ, ֆորմալին, սուլենա, թթուներ, հիմքեր) և ուլտրամանուշակագույն ճառագայթների ազդեցությունից:

Էպիդեմիոլոգիա

Գրիպը դասվում է անտրոպոնոզ ինֆեկցիաների շարքին:

Ինֆեկցիայի աղբյուր է հանդիսանում գրիպով հիվանդ մարդը: Հիվանդը վիրուս է արտազատում դեպի արտաքին միջավայր միայն հիվանդության առաջին 4-7 օրվա ընթացքում: Վիրուսն արտադրվում է խոսելիս, հազալիս և փռչալիս, թքի և լորձի կաթիլների հետ 2-3մ հեռավորության վրա: Ինֆեկցիան փոխանցվում է օդակաթիլային ճանապարհով: Հնարավոր է վարակվել նաև իրերի՝ սրբիչի, ամանեղենի և այլնի միջոցով:

Գրիպի նկատմամբ բնակչության ընկալունակությունը խիստ բարձր է: Հիվանդանում են բոլոր տարիքային խմբերը, բացառությամբ մինչև 6 ամսական երեխաները, որոնք օժտված են պասիվ իմունիտետով (մորից ծեռք բերված): Հիվանդությունը հաճախակի է գրանցվում տարվա ցուրտ եղանակներին, հատկապես ձմեռվա ամիսներին:

A խմբի վիրուսն ունի էպիդեմիկ բնույթ և ախտահարում է բնակչության մինչև 50-60%-ը, վիրուս B-ն տարածվում է ավելի դանդաղ և ընդգրկում է բնակչության մինչև 25%-ը, իսկ C խմբի վիրուսն առաջացնում է հիվանդության սպորադիկ դեպքեր:

Գրիպի A տիպի վիրուսով հիվանդանալուց հետո ձևավորվում է պոստինֆեկցիոն իմունիտետ 1-3 տարի տևողությամբ, B տիպի վիրուսից հետո՝ 3-6 տարի, իսկ C վիրուսից հետո՝ մինչև կյանքի վերջ: Սակայն չպետք է մոռանալ, որ վիրուսի անտիգենային փոփոխությունները կարող են առաջացնել հիվանդության կրկնակի դեպքեր:

Պաթոգենեզ

Գրիպի վիրուսը մարդու օրգանիզմ է թափանցում ներշնչված օդի հետ միասին և տղա-կայվում վերին շնչուղիների էպիթելային բջիջներում: Այնտեղ վիրուսները բազմանում են՝ միա-ժամանակ ախտահարելով էպիթելային բջիջները արդեն 4-6 ժամվա ընթացքում: Ազատված վիրու-սային մասնիկները ներդրվում են նոր, առողջ բջիջների մեջ և նորից քայքայում դրանք: Այսպիսի ցիկլի կրկնության արդյունքում գոյանում են մեծ քանակությամբ վիրուսային մասնիկներ, որոնք, հաղթահարելով քայքայված էպիթելային պատնեշը, անցնում են արյուն՝ առաջացնելով վիրու-սեմիա: Առաջանում է շնչուղիների լորձաթաղանթի բորբոքում: Արյան հունում գտնվող վիրուսը և նրա տոքսինը ախտահարում են արյունատար անոթների էնդոթելը, որից էլ անոթների պատի թափանցելիությունը բարձրացնում է տարբեր օրգան համակարգերում (ԿՆՅ, թոքեր, սիրտ-անոթային և այլն), խանգարվում է միկրոցիրկուլյացիան: Սրա արդյունքում կարող է զարգանալ ինտոքսիկացիա և հեմոռագիկ համախտանիշ՝ արյունազեղումներ, մաշկի, լորձաթաղանթների հեմոռագիկ ցան և քթային արյունահոսություն:

Ընկնում է օրգանիզմի իմուն ռեակտիվությունը, որն էլ իր հերթին նպաստում է երկրորդային բակտերիալ ինֆեկցիայի ակտիվացմանը և քրոնիկ հիվանդությունների ()առաջացմանը:

Կլինիկա

Գաղտնի շրջանը մի քանի ժամից 3-օր է: Տարբերում են հիվանդության հետևյալ կլինիկա-կան ձևերը՝

1. տիպիկ ձև. այն լինում է բարդացած և չբարդացած ընթացքով,
2. ատիպիկ ձև. այն լինում է աֆերիլ, ակատառալ, կայծակնային ընթացքով:

Ըստ ծանրության աստիճանի լինում է՝

1. թեթև,
2. միջին ծանրության,
3. ծանր:

Տիպիկ ընթացքով գրիպն ունի սուր սկիզբ: Հիվանդությունը սկսվում է դողով, ջերմությունը մի քանի ժամում բարձրանում է մինչև 38.5-40°C: Արագ զարգանում են ինտոքսիկացիոն երևույթ-ները, որոնք արտահայտվում են ընդհանուր թուլությամբ, գլխացավով՝ հատկապես վերինքային աղեղների և ակնակապիճների շրջանում: Լինում է լուսավախություն, ցավ մկաններում, հոդերում, ախորժակի բացակայություն, երբեմն գլխապտույտներ, ստրիառնոց և քթային արյունահոսություն: Հիվանդը նշում է չորություն և քերծման զգացողություն քթնապանում, կրծոսկրի ետևում, հարբուխ և չոր հազ: Հիվանդի զննման ժամանակ մաշկային ծածկույթները խոնավ են, դեմքը հիպերեմիկ է և այտուցված, սկլերաները՝ արյունալցված, բերանի և բկանցքի լորձաթաղանթը հիպերեմիկ է և կան կետային արյունազեղումներ: Շուրթերի վրա կա հերպետիկ ցան:

Սիրտ-անոթային համակարգի կողմից նկատվում է արյան ճնշման իջեցում, տախիկարդիա և սրտի տոների խլացում: Շնչառությունը կոշտացած է, լինում է չոր հազ և ձայնի խռպոտություն, որոնք անցնում են մի քանի օրից:

Բարձր ջերմությունը պահպանվում է 2-5 օր:

Ապաքինման շրջանը տևում է 1-2 շաբաթ՝ ուղեկցվելով ասթենովեգետատիվ համախտանիշով (զերհոգնածություն, դրդված վիճակ, քրտնարտադրություն և քնի խանգարում):

Ծանր ընթացքի դեպքում զարգանում են մենինգեալ ախտանիշներ, երեխաների մոտ նկատվում են ցնցումներ, զառանցանք, հալյուցիմացիա, մաշկի վրա կետային արյունազեղումներ և քթային արյունահոսություն:

Թեթև ընթացքի դեպքում ջերմությունը պահպանվում է 2-3 օր, լինում է թույլ ինտոքսիկացիա:

Կայծակնային (հիպերտոքսիկ) ձևի դեպքում զարգանում են սուր շնչառական, սիրտ-անոթային անբավարարություններ, ուղեղի այտուց, հաճախ՝ մահացու ելքով:

Ատիպիկ ձևերը կարող են ընթանալ առանց ջերմության բարձրացման կամ առանց շնչուղիների ախտահարման:

Բարդություններ

Առավել հաճախ հանդիպում են թոքաբորբը և բրոնխիտը: Լինում են նաև քիթ-կոկորդականջ օրգանների բորբոքումներ, որոնցից են օտիտը, հայմորիտը, ֆրոնտիտը, անգինան: Հազվադեպ են մենինգոենցեֆալիտի, ռադիկուլիտի և պիելոնեֆրիտի դեպքերը:

Գրիպը կարող է առաջացնել բրոնխի հիվանդությունների սրացում (սիրտ-անոթային, շնչառական, միզային, նյարդային համակարգերի ախտահարում ունեցող հիվանդների մոտ): Ռիսկի խմբի մեջ են մտնում երեխաներն ու ծերերը:

Լաբորատոր ախտորոշում

Ախտորոշումը հիմնվում է գրիպի կլինիկա-էպիդեմիոլոգիական տվյալների վրա: Հեմոգրամայում դիտվում է լեյկոպենիա, ԷՆԱ-ն նորմալ է կամ իջած:

Հիվանդության վաղ շրջաններում էքսպրես-ախտորոշման համար կիրառում են իմունոֆլուորեսցենտային եղանակը: Հետազոտման համար վերցնում են քթի լորձաթաղանթից քսուկ-դրոշմվածքը: Այն կատարվում է 70-80մմ երկարությամբ, 5-6մմ լայնությամբ, 2-2.5մմ հաստությամբ հղկված եզրերով ապակյա կամ պլաստմասե փթեղի օգնությամբ: Այն մտցնում են քթանցքի մեջ 2-3սմ խորությամբ և հպում քթի միջնապատին: Քսուկն ուղարկում են լաբորատորիա հետազոտման:

Այս եղանակով կարելի է հետազոտել նաև քթնմայանի լվացուկը: Այն ստանալու համար հիվանդին առաջարկվում է ողողել կոկորդը ստերիլ ֆիզիոլոգիական լուծույթով: Պրոցեդուրան կրկնում են 3 անգամ՝ ամեն անգամ օգտագործելով 10-15մլ լուծույթ: Լուծույթը հավաքում են ստերիլ տարայի մեջ: Ստերիլ բամբակով չորացնում են ընկալի հետին պատը և քթանցքերը: Բամբակյա տամպոնները դնում են լուծույթով տարայի մեջ և ուղարկում հետազոտության:

Կարելի է կատարել նաև վիրուսոլոգիական հետազոտություն, վիրուսը աճեցնել հավի էմբրիոնի վրա: Սակայն այս եղանակը պահանջում է երկար ժամանակ և գործնականում չի կիրառվում:

Վաղ շրջանում կատարում են քթի լորձաթաղանթից վերցված քսուկի դրոշմվածք լյումինեսցենտային հետազոտությունը: Քսուկը մշակում են հատուկ ֆլուորեսցենտային շիճուկով, որը հնարավորություն է տալիս հայտնաբերել անտիգենը:

Հիվանդության ավելի ուշ շրջաններում գրիպի ախտորոշումը հաստատելու համար կիրառում են շճաբանական հետազոտությունը: Այս եղանակով հիվանդի արյան մեջ հայտնաբերում են

հակամարմիններ: Կիրառվում են կոմպլեքսների կապման, հեմոգլյուտինացիայի արգելակման, չեզոքացման ռեակցիաները:

Յոսպիտալիզացիա

Հիվանդին կարելի է բուժել տնային պայմաններում: Յոսպիտալացվում են միայն էպիդեմիոլոգիական (ինտերնատ, մանկատուն, հանրակացարան) և կլինիկական ցոցումներով (բարդացած ձև, ուղեկցող քրոնիկ հիվանդություններով):

Խնամք

Հիվանդին անհրաժեշտ է տեղավորել տաք, լավ օդափոխվող սենյակում՝ նշանակելով անկողնային ռեժիմ: Հարկավոր է նաև հաճախակի փոխել սպիտակեղենը: Հիվանդին հատկացվում են անհատական օգտագործման սրբիչ և սպասք: Խնամողը պետք է անպայման կրի դիմակ:

Էթիոտրոպ թերապիան հարկավոր է սկսել հնարավորինս շուտ: Նշանակում են հակավիրուսային դեղամիջոցներ՝ ռեմանտադին, արբիդոլ, դեյտիֆորին, 0.25% օքսոլինային քսուկ: Ռեմանտադինը նշանակում են 1-ին օրը 100մգ-ից 3 անգամ, 2-րդ օրը 100մգ-ից 2 անգամ՝ ուտելուց հետո: Արդյունավետ է նաև լեյկոցիտար ինտերֆերոնի կիրառումը ինհալացիայի ձևով (3000 ED): Կիրառում են նաև հակազրիպային իմունոգլոբուլին 3-6մլ մ/մ:

Լայնորեն կիրառվում են պաթոգենետիկ և սիմպտոմատիկ դեղամիջոցներ: Բարձր ջերմության, գլխացավի, հոդացավի դեպքում նշանակում են ջերմիջեցնող և ցավազրկող դեղամիջոցներ՝ Անալգին, Ասպիրին, Ամիդոպիրին և Անտիզրիպին:

Կոկորդում չորության և քերոցի զգացումը վերացնելու համար հիվանդին տալիս են տաք կաթ սոդայով կամ հիմնային հանքային ջրով, ինչպես նաև նշանակում են ֆարինգոսեպտ կամ ֆալիմինո: Հազը թեթևացնելու համար նշանակում են Գլաուվենո, Տուսուպրես, Լիբեկսին և ինհալացիաներ: Ռինիտի դեպքում նշանակում են Նաֆթիզին, Գալազոլին և Սանորին:

Արտահայտված ինտոքսիկացիայի դեպքում նշանակում են հակազրիպային գամմա-գլոբուլին (միջնկանային 5.0մլ, 3-5 օր), դեզինտոքսիկացիոն ինֆուզիոն թերապիա, սրտային գլիկոզիդներ, միզամուղներ:

Հակաբիոտիկներ և սուլֆանիլամիդային պրեպարատներ նշանակում են միայն բակտերիալ ինֆեկցիաներով բարդությունների առկայության դեպքում:

Հիվանդը դուրս է գրվում կլինիկական առողջացումից հետո: Գրիպի ծանր և բարդացած ձևերով ռեկոնվալեսցենտները գտնվում են դիսպանսեր հսկողության տակ 3-6 ամիս: Նրանց խորհուրդ է տրվում խուսափել ծանր ֆիզիկական աշխատանքներից, գիշերային հերթապահություններից, ապահովել աշխատանքի և հանգստի ռացիոնալ ռեժիմ:

Կանխարգելում

Անհրաժեշտ կանխարգելիչ միջոցառումներից են հիվանդի վաղ հայտնաբերումը և մեկուսացումը: Հիվանդասենյակը հաճախակի օդափոխում են և կատարում տարածքի խոնավ մաքրում 1%-ոց քլորամինի լուծույթով: Կիրառում են ուլտրամանուշակագույն ճառագայթման լամպեր՝ օդը ախտահանելու համար: Հիվանդի անձնական օգտագործման իրերը, սպիտակեղենը անպայման եռացնել: Բուժ. անձնակազմը պետք է կրի քառաշերտ թանզիֆե դիմակ: Պրոֆիլակտիկ

նպատակով կիրառում են օքսոլինային քսուկ (ինտրանազալ օրը 2-3 անգամ), ինտերֆերոն (աերոզոլ, 2 անգամ օրը) կամ ռեմանտադին (0.05գ հաբեր, օրը 2 անգամ):

Ակտիվ իմունիզացիայի նպատակով կիրառում են կենդանի և սպանված պոլիվալենտ վակցինաներ: Այն կատարվում է 65 տարեկանից բարձր քրոնիկ հիվանդություններով անձանց և 3 տարեկանից բարձր երեխաներին:

ՀԱՐԱԳՐԻՊ (Paragrippe)

Պարագրիպը սուր վիրուսային հիվանդություն է, որը բնորոշվում է թույլ արտահայտված ինտոքսիկացիոն երևույթներով և վերին շնչուղիների՝ առավելապես ըմպանի և բրոնխների ախտահարումով:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչը ՌՆԹ պարունակող վիրուսն է, ունի կայուն անտիգենային կառուցվածք: Հայտնի են վիրուսի 5 սերոտիպեր:

Վիրուսն անկայուն է արտաքին միջավայրում, ոչնչանում է ուլտրամանուշակագույն ճառագայթներից, եռացնելիս և դեզինֆեկցող լուծույթների ազդեցությունից: Այն պահպանվում է սառը պայմաններում:

Էպիդեմիոլոգիա

Պարագրիպը դասվում է անտրոպոնոզ ինֆեկցիաների շարքին: Ինֆեկցիայի աղբյուր է հանդիսանում հիվանդ մարդը, որը հարուցիչներ է արտադրում հիվանդության առաջին շաբաթվա ընթացքում: Հիվանդությունը փոխանցվում է օդա-կաթիլային ճանապարհով: Հիվանդության նկատմամբ ընկալունակ են մախադպրոցական տարիքի երեխաները (70%-ը կազմում են մինչև 1 տարեկան երեխաները): Հիվանդության սպորադիկ դեպքերը հանդիպում են ողջ տարին, ավելի հաճախ՝ աշնանն ու ձմռանը:

Պաթոգենեզ

Հարուցչի համար մուտքի դուռ է հանդիսանում քթնայանի լորձաթաղանթը, որտեղ վիրուսը բազմանում է և առաջացնում բորբոքային պրոցես՝ այտուց և հիպերեմիա: Բորբոքային պրոցեսը տեղակայված է ըմպանում, որն առաջ է բերում կեղծ կրուպ: Վիրուսէմիան շատ կարճատև է և չի ուղեկցվում արտահայտված ինտոքսիկացիայով:

Կլինիկա

Գաղտնի շրջանը տևում է 1-7 օր: Ըստ ծանրության աստիճանի լինում է՝

5. թեթև,
6. միջին ծանրության,
7. ծանր ընթացքով:

Հիվանդությունն ունի աստիճանական սկիզբ: Հիվանդը նշում է ընդհանուր թուլություն, գլխացավ, դող, սարսուռ, հարբուխ, սուբֆերիլ ջերմություն: Երբեմն լինում է չոր հազ, որը «հաչոցանման» է, պահպանվում է 6-10 օր: Հետո մեղմանում է և անցնում 1-2 շաբաթից: Ձայնը դառնում է խռպոտ: Քթից գալիս է սերոզ կամ սերոզ-թարախային արտադրություն:

Հետազոտելիս քթի լորձաթաղանթը այտուցված և հիպերեմիկ է լինում, նկատվում է փափուկ քիմքի, ըմպանի հետին պատի թույլ հիպերեմիա:

Երեխաների համար պարագրիպը հանդիսանում է «կեղծ կրուպի» առաջացման վտանգ, որը զարգանում է գիշերը, հանկարծակի և տևում մի քանի ժամ:

Բարդություններ

Պարագրիպի բարդություններից են համարվում ըմպանի ստենոզը, թոքաբորբը, անգինան, օտիտը և սինուսիտը:

Լաբորատոր ախտորոշում

Հեմոգրամայում դիտվում է լեյկոպենիա, ԷՆԱ-ն անփոփոխ է: Ախտորոշումը հիմնվում է կլինիկական ախտանշանների վրա:

Էքսպրես դիագնոստիկայի նպատակով կիրառվում է իմունոֆլուորեսցենտային եղանակը, քիթըմպանից վերցված վճարաջրերում հայտնաբերվում են հակամարմինները: Հատարվում է շճաբանական հետազոտություն:

Բուժում և խնամք

Հիվանդին կարելի է բուժել տնային պայմաններում: Հոսպիտալացվում են միայն ծանր ինտոքսիկացիայով և բարդություններով երեխաները: Խնամքը նման է գրիպի խնամքին: Հիվանդության առաջին օրերին նշանակում են օքսոլինային և տեբրոֆենային քսուկներ, ինտրանազալ, ծանր դեպքերում՝ իմունոգլոբուլին:

Պաթոգենետիկ և սիմպտոմատիկ թերապիան իր մեջ ընդգրկում է ջերմիջեցնող (Անալգին, Պարացետամոլ), ինտրանազալ անոթասեղմիչներ (Էֆեդրին, Հալազոլին, Նաֆթիզին), ինհալյացիա գոլորշու վրա, աերոզոլներ խոտաբույսերից պատրաստված (երիցուկով, շալֆեյով), խորխաբերներ, մանանեխի ծեփուկներ, ուտքերի վանմաներ և վիտամիններ:

Հակաբիոտիկները նշանակվում են միայն բակտերիալ ինֆեկցիայով բարդանալու դեպքում: Ըմպանի ստենոզի դեպքում նշանակում են սեդատիվ, սպազմոլիտիկ, հակահիստամինային, գլյուկոկորտիկոստերոիդ պրեպարատներ:

Կանխարգելում

Անհրաժեշտ է հիվանդին մեկուսացնել, հիվանդասենյակն օդափոխել, կատարել խոնավ մաքրում, իսկ անձնական իրերն ու հագուստը եռացնել:

Բուժ. անձնակազմը պետք է կրի դիմակ, որը հարկավոր է փոխել 4-5 ժամը մեկ անգամ:

Ակտիվ իմունիզացիայի նպատակով կիրառվում է կենդանի վակցինացիա:

Անհատական պրոֆիլակտիկայի նպատակով կիրառվում է լեյկոցիտար ինտերֆերոն և օքսոլինային քսուկ:

ԱՂԵՆՈՎԻՐՈՒՄԱՅԻՆ ԻՆՖԵԿՑԻԱ (Adenovirosis)

Աղենովիրուսային ինֆեկցիան վիրուսային սուր ինֆեկցիա է, որը կլինիկորեն արտահայտվում է շնչառական օրգանների, աչքերի և ավշային հյուսվածքի, աղիների ախտահարումով:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչները ՂՆԹ պարունակող վիրուսներ են: Ներկայումս հայտնի են աղենովիրուսների շուրջ 50 սերոտիպեր: Դրանց մի խումբն առաջացնում է շնչուղիների ախտահարումներ, մյուս մասը՝ կոնյունկտիվիտ, իսկ երրորդը՝ գաստրոէնտերիտ: Աղենովիրուսներն անկայուն են արտաքին միջավայրում, սենյակային ջերմաստիճանում պահպանվում են 2 շաբաթ, կայուն են ցածր ջերմաստիճանային պայմաններում, ոչնչանում են եռացնելիս և դեզինֆեկցող լուծույթների ազդեցությամբ: Աղենովիրուսներին բնորոշ է իմուն համակարգի վրա ճնշող ազդեցությունը:

Էպիդեմիոլոգիա

Անտրոպոնոզ ինֆեկցիա է, որի աղբյուր է հանդիսանում հիվանդ մարդը: Նա հարուցիչներ է արտազատում հիվանդության սուր շրջանում (շուրջ 2-3 շաբաթ): Վիրուսն արտաքին միջավայր է արտազատվում վերին շնչուղիների սեկրետի հետ: Վարակը փոխանցվում է օդակաթիլային ճանապարհով: Հնարավոր է վարակվել նաև կենցաղային առարկաների միջոցով:

Հիվանդությունը տարածվում է աշնան և ծմռան ամիսներին: Հաճախ են հիվանդանում 6 ամսականից մինչև 5 տարեկան երեխաները, ինչպես նաև երիտասարդները նոր կազմավորված կոլեկտիվներում (օր.՝ զինվորականները):

Հիվանդությունից հետո ձևավորվում է կայուն իմունիտետ, որով էլ պայմանավորված են հիվանդության հազվադեպ դեպքերը մեծահասակների մոտ:

Պաթոգենեզ

Աղենովիրուսները մարդու օրգանիզմ են թափանցում վերին շնչուղիների լորձաթաղանթով, հազվադեպ՝ կոնյունկտիվայով: Վիրուսները բազմանում են ճիկներում, ադենոիդներում, ավշային հանգույցներում, աղիներում, լորձաթաղանթներում՝ թողնելով տեղային բորբոքային և ընդհանուր տոքսիկ ազդեցություն: Թափանցելով արյան մեջ՝ դրանք ախտահարում են ավշային հյուսվածքները, ճնշում իմուն համակարգը, որն էլ առաջ է բերում բակտերիալ բնույթի բարդություններ:

Կլինիկա

Ինկուբացիոն շրջանը 5-7 օր է: Տարբերում են հիվանդության հետևյալ կլինիկական ձևերը՝

1. սուր ռեսպիրատոր հիվանդություններ (ԿՀԻ)

- ռինոֆարինգիտ
- ռինոֆարինգոտոնզիլիտ
- ռինոֆարինգոբրոնխիտ,

2. ֆարինգոկոնյունկտիվային տենդ

3. կոնյունկտիվիտ և կերատոկոնյունկտիվիտ

4. աղենովիրուսային ատիպիկ պնևմոնիա:

Սուր ռեսպիրատոր հիվանդություններն ունեն սուր սկիզբ: Լինում են կատառալ երևույթներ և թույլ ինտոքսիկացիա՝ գլխացավ, հոդացավ, մկանացավ, ախորժակի պակասեցում: Ջերմությունը բարձրանում է 38-39⁰ C, որը շարունակվում է 8-14 օր: Հիվանդության սկզբում լինում են հարբուխ՝ առատ սեռոզ արտադրությամբ (հետագայում՝ սեռոզ-թարախային), ցավ կոկորդում, ձայնի խռպոտացում: Կոնյունկտիվաները բորբոքված են, պարանոցային ավշային հանգույցները՝ մեծացած: Ըմպանի լորձաթաղանթը հիպերեմիկ է, նշիկները՝ մեծացած, սպիտակ փառով ծածկված: Հազի ժամանակ լինում է խորխարտադրություն: Երբեմն լյարդը և փայծաղը մեծացած են, լինում են ցավ որովայնում և լուծ:

Ֆարինգոկոնյունկտիվային տենդր խիստ բնորոշ ձևերից է: Լինում է շնչուղիների և աչքերի համատեղ ախտահարում: Մարմնի ջերմաստիճանը բարձր է, լինում են ցավ կոկորդում (ֆարինգիտ), պարանոցային ավշային հանգույցների մեծացում և կոնյունկտիվիտ: Աչքերի լորձաթաղանթն արյունալեցված է, այտուցված, աչքերում «ավազի առկայության» զգացում, արցունքա-հոսություն, կոպերն այտուցված են: Մի քանի օրից աչքի լորձաթաղանթին կարող են առաջանալ նուրբ սարդոստայնի տեսքով փառ, սեռոզ արտադրություն:

Կերատոկոնյունկտիվիտի դեպքում ախտահարվում է եղջերաթաղանթը, որը պղտորվում է:

Ադենովիրուսային ատիպիկ պնևմոնիան ծանր է ընթանում, հաջորդում է կատառալ երևույթներին: Ջերմությունը պահպանվում է մոտ 3 շաբաթ: Լինում է հազ, հևոց: Ռենտգենյան հետազոտության ժամանակ հայտնաբերվում է օջախային թոքաբորբ:

Բարդություններ

Պայմանավորված են բակտերիալ ինֆեկցիայի միացման հետ: Ձարգանում են օտիտ, սինուսիտ, թոքաբորբ:

Ախտորոշում

Վաղ ախտորոշման նպատակով կատարում են իմունոֆլուորեսցենտային քննություն՝ քթնյային լորձաթաղանթից վերցրած քուկ-դաջվածքում հակամարմիններ հայտնաբերելու նպատակով:

Շճաբանական հետազոտության նպատակով դրվում է կոմպլեմենտի կապման ռեակցիա:

Բուժում և խնամք

Հոսպիտալացման են ենթարկվում միայն ծանր և բարդություններով ուղեկցվող հիվանդները:

Հիվանդության առաջին օրերին անհրաժեշտ է պահպանել անկողնային ռեժիմ: Հիվանդա-սենյակը հարկավոր է պարբերաբար օդափոխել, կատարել խոնավ մաքրում: Կոնյունկտիվիտի դեպքում հարկավոր է անջատել ուժեղ լուսավորությունը:

Սնունդը պետք է լինի լիարժեք, վիտամիններով հարուստ, հարկավոր են առատ հեղուկներ: Կոկորդում ցավի դեպքում սնունդը պետք է լինի հեղուկ, կիսահեղուկ վիճակում:

Բուժքույրը պետք է հետևի հիվանդի բերանի խոռոչի մաքրությանը (հարկավոր է ողողել տաք ջրով, ֆուրացիլինի 1:5000 լուծույթով), ինչպես նաև աչքերի վիճակին (մաքրել 2%-ոց բորաթթվի լուծույթով, կաթեցնել 20%-ոց սուլֆացիլ-նատրիումի լուծույթով):

Տեղային ձևով կիրառում են դեզօքսիդիզոնուկլեազի լուծույթ (աչքի և քթի կաթիլների ձևով): Օգտագործում են նաև օքսոլինային և տեբրոֆենային քսուքներ: Քթի մեջ կաթեցնում են ինտերֆերոն: Ծանր դեպքերում նշանակում են իմունոգլոբուլին:

Պաթոգենետիկ թերապիան ընդգրկում է դեզինտոքսիկացիոն ինֆուզիոն թերապիան: Նշանակում են նաև ջերմիջեցնող, դեսենսիբիլիզացնող դեղանյութեր, վիտամիններ (վիտամին B₁, B₂, ասկորբինաթթու):

Քթային շնչառությունը կարգավորելու համար օգտագործում են անոթասեղմիչներ՝ նաֆթիզին, էֆեդրին, գալազոլին, ըմպանի բորբոքման դեպքում՝ ֆարինգոսեպտ:

Հակաբիոտիկներ կիրառվում են միայն բակտերիալ ինֆեկցիայով բարդանալու դեպքում:

Կանխարգելում

Անհրաժեշտ է վաղ հայտնաբերել և մեկուսացնել հիվանդին, անցկացնել ընթացիկ դեզինֆեկցիա, հիվանդի հետ շփվելիս կրել դիմակ, օգտագործել օքսոլինային քսուք:

ՄԵՆԻՆԳՈԿՈԿԱՅԻՆ ԻՆՖԵԿՑԻԱՆԵՐ

Մենինգոկոկային ինֆեկցիան սուր ինֆեկցիոն հիվանդություն է, որը բնորոշվում է քթնայանի լորձաթաղանթի ախտահարումով (նազոֆարինգիտ), ուղեղի թաղանթների բորբոքումով (թարախային մենինգիտ) և սեպտիցեմիայով (մենինգոկոկեմիա):

Էթիոլոգիա

Հարուցիչը մենինգոկոկն է (*Neisseria meningitidis*), որը դիպլոկոկ է, նման «սուրճի հատիկի», անշարժ, գրամ-բացասական, սպոր և պատիճ չի առաջացնում: Տարբերում են հարուցչի հետևյալ սերոտիպերը՝ A, B, C, D, N, X, Y, Z, որոնցից մարդու համար պաթոգեն են A և B սերոտիպերը: Անբարենպաստ պայմանների առկայության դեպքում մակրոօրգանիզմում առաջանում են հարուցչի L ձևերը, որոնք ամբողջությամբ ուսումնասիրված չեն: Հարուցիչները կարող են տեղակայվել և՛ բջջի ներսում, և՛ դրսում, արտադրում են էնդոտոքսին, խիստ անկայուն են արտաքին միջավայրում՝ 55°C-ում ոչնչանում են 5րոպեից, դեզինֆեկցող նյութերից՝ 1-2 րոպեում, զգայուն են մի շարք հակաբիոտիկների հանդեպ:

Էպիդեմիոլոգիա

Անթրոպոնոզ ինֆեկցիա է, որի աղբյուրն է հանդիսանում հիվանդ մարդը (հատկապես մենինգոկոկային նազոֆարինգիտով հիվանդ) կամ բակտերիակիրը: Ինֆեկցիան փոխանցվում է օդակաթիլային ճանապարհով. հազալիս, փռշտալիս, խոսելիս մենինգոկոկները լորձի կաթիլների ձևով արտազատվում են արտաքին միջավայր:

Ինֆեկցիան չի կարող փոխանցվել խնամքի առարկաների միջոցով, քանի որ հարուցիչը շատ անկայուն է արտաքին միջավայրում: Հիվանդների 70%-ը կազմում են մինչև 5 տարեկան երեխաները: Հիվանդությունն ավելի հաճախ է հանդիպում ծնռան-զարնան ամիսներին: Մենինգոկոկային ինֆեկցիան տարածված է ամենուրեք: Յուրաքանչյուր 10-15 տարին մեկ նկատվում է հիվանդության վերելք:

Պաթոգենեզ

Հարուցիչն օրգանիզմ է ընկնում վերին շնչուղիների լորձաթաղանթով՝ առաջացնելով տեղային բորբոքում (նազոֆարինգիտ): Հազվադեպ է մենինգոկոկը կարողանում հաղթահարել տեղային պատնեշը, անցնելով արյան մեջ՝ առաջացնում է հիվանդության գեներալիզացված ձև (մենինգոկոկեմիա և մենինգիտ): Մենինգոկոկեմիային բնորոշ է արտահայտված բակտերեմիան, որն ուղեկցվում է մանրէների մասայական քայքայումով և էնդոտոքսինի անջատումով, որն էլ ախտահարում է արյունատար անոթների էնդոթելը, առաջանում են մաշկի, լորձաթաղանթի և ներքին օրգանների արյունազեղումներ: Ջարգանում է ինֆեկցիոն-տոքսիկ շոկ: Մենինգոկոկը կարող է հաղթահարել նաև հեմատոէնցեֆալիկ (արյուն-ուղեղային) պատնեշը, ախտահարել ուղեղի թաղանթները (մենինգիտ): Շատ հազվադեպ, հարուցիչների հեմատոգեն դեսիմինացիայի արդյունքում, կարող են զարգանալ բորբոքային պրոցեսներ թոքերում, էնդոկարդում, հոդերում, աչքի ցանցաթաղանթում և այլն: Մահվան պատճառ են դառնում սուր սրտանոթային անբավարարությունը, ուղեղի և թոքերի այտուցը: Հիվանդությունից հետո ձևավորվում է կայուն իմունիտետ:

Կլինիկա

Ինկուբացիոն շրջանը 2-10 օր է:

Տարբերում են հիվանդության հետևյալ կլինիկական ձևերը՝

I. Լոկալիզացված ձև, որին են պատկանում.

1. մենինգոկոկակրությունը
2. մենինգոկոկային նազոֆարինգիտը

II. Գեներալիզացված ձև, որին են պատկանում.

1. մենինգոկոկցեմիան
2. մենինգիտը
3. մենինգոէնցեֆալիտը
4. խառը (մենինգիտ+մենինգոկոկցեմիա)

III. Հազվադեպ ձևեր՝

1. Էնդոկարդիտ
2. պոլիարթրիտ
3. պնևմոնիա
4. իրիդոցիկլիտ:

Մենինգոկոկակրությունը ամենահաճախ հանդիպող ձևն է: Կլինիկորեն այն ոչ մի ձևով չի արտահայտվում: Այդպիսի հիվանդներին կարելի է հայտնաբերել միայն քթնմպանի լորձը հետազոտելիս: Այս ձևը տևում է 2-3 շաբաթ: Ավելի երկարատև մենինգոկոկակրությունը պայմանավորված է վերին շնչուղիների լորձաթաղանթի խրոնիկ բորբոքումով:

Մենինգոկոկային նազոֆարինգիտը բնութագրվում է ջերմության բարձրացումով մինչև $38,5^{\circ}\text{C}$, գլխացավով, կոկորդում չորությամբ, չոր հագով, հարբուխով: Ընպանի հետին պատը հիպերեմիկ է, այտուցված, հատիկավոր և թարախային լորձով պատված: Նշված բորբոքային երևույթները չեն տարբերվում այլ ծագման սուր շնչառական հիվանդություններից, ուստի ախտորոշումը կատարվում է բակտերիոլոգիական կամ սերոլոգիական հետազոտության հիման վրա: Հիվանդությունը տևում է 3-5 օր, ավարտվում՝ առողջացումով: Այս ձևը կարող է հանդես գալ ինչպես ինքնուրույն ձևով, այնպես էլ՝ նախորդել ինֆեկցիայի գեներալիզացված ձևին:

Մենինգոկոկցեմիան անվանում են նաև մենինգոկոկային սեպսիս, քանի որ լինում է արտահայտված բակտերեմիա: Ունի սուր սկիզբ, մի քանի ժամում մարմնի ջերմաստիճանը բարձրանում է մինչև $39-40^{\circ}\text{C}$ և ավել, որն ուղեկցվում է դողով և սարսուռով: Հիվանդն ունենում է թուլություն, գլխապտույտ, գլխացավ, մարմնի կոտրտվածության զգացում, կարող են լինել փսխում, ուշագնացություն: Շատ արագ մարմնի վրա առաջանում է բնորոշ ցան, որն ունի կարևոր դիագնոստիկ նշանակություն: Ցանն ունի հեմոռագիկ բնույթ (պետեխիալ ցան), սովորաբար տեղակայված է նստատեղին, ազդրերին, սրունքներին և ոտնաթաթերին: Ցանի տեղակայումը մարմնի այլ մասերում (հատկապես դեմքին) վկայում է հիվանդության ծանրության մասին: Հեմոռագիկ էլեմենտների եզրերը հարթ չեն, նմանվում են «աստղիկների», մուգ կարմիր են, որոնք կարող են միաձուլվել և առաջացնել արյունազեղման օջախներ (էկսիմոզներ): Եթե տարածուն արյունազեղումները տեղակայված են մարմնի ծայրամասերում (մատների ծայրեր, ականջախեցի, քիթ), ապա ձևավորվում է հատվածի չոր նեկրոզ, որի լավանալուց հետո մնում է արտահայտված դեֆեկտ: Հիվանդի մաշկային ծածկույթը գունատ է, ցիանոտիկ երանգով: Լինում է տախիկարդիա, զարկերակային ճնշման իջեցում, հաճախ նաև օլիգուրիա: Կարող է զարգանալ ինֆեկցիոն-տոքսիկ շոկ: Հազվադեպ մենինգոկոկցեմիան ձեռք է բերում գերսուր (կայծակնային) ընթացք, որի դեպքում մի քանի ժամից զարգանում է ինֆեկցիոն-տոքսիկ շոկ:

Մենինգոհիտը նույնպես ունի սուր սկիզբ, մարմնի ջերմաստիճանը արագ բարձրանում է: Հիվանդի ընդհանուր վիճակը ծանրանում է: Ինտոքսիկացիայի ֆոնի վրա առաջանում են նյարդային համակարգի ախտահարման նշաններ՝ գլխացավ, ցավ ականակապիճների շրջանում, փսխում, տարբեր ազդակների (լույսի, բարձր ձայնի, մաշկի զգացողության) հանդեպ զգացողության բարձրացում: Առաջին օրվա վերջում աճում են ուղեղի թաղանթների ախտահարման նշաններ՝ ծոծրակի մկանների ռիգիդություն (հիվանդը չի կարողանում գլուխը առաջ ծալել դեպի կրծքավանդակ), Կեռնիգի (կոնք-ազդրային հոդում ուղիղ անկյան տակ ծալած ոտքը հնարավոր չէ ուղղել ծնկան հոդի շրջանում), Բրուձինսկու (գլուխը առաջ ծալելիս ոտքերը ռեֆլեքսորեն ծալվում են ծնկան հոդերում, կոնք-ազդրային հոդում ծալված ոտքն ուղղելիս մյուս ոտքը նույնպես ռեֆլեքսորեն ծալվում է ծնկան հոդում) ախտանիշներ: Լինում են գիտակցության խանգարում, դրդված վիճակ, շարժողական անհամագստություն, ցնցումներ: Ախտորոշման համար կարևոր նշանակություն ունի ողնուղեղային հեղուկի քննությունը:

Մենինգոէնցեֆալիտը զարգանում է, երբ հիվանդի մոտ առաջ են գալիս կայուն օջախային նյարդային ախտանիշներ պարեզների և պարալիչների տեսքով, հոգեկան խանգարումներ, քնկոտություն:

Հիվանդի մոտ լինում են նաև Բաբինսկու, Օպենհեյմի, Ռոսոլիմոյի պաթոլոգիական ռեֆլեքսները, որոնք վկայում են ուղեղի ախտահարման մասին:

Բարդություններ

Առավել ծանր բարդություններից են ինֆեկցիոն-տոքսիկ շոկը և ուղեղի այտուցը: Մենինգոկոկցեմիան կարող է բարդանալ միոկարդիտով, էնդոկարդիտով, պնևմոնիայով:

Ախտորոշում

Այն կախված է հիվանդության կլինիկական ձևից: Մենինգոկոկային նազոֆարինգիտը և մենինգոկոկակրությունն ախտորոշվում են բակտերիոլոգիական և սերոլոգիական հետազոտությունների միջոցով: Գեներալիզացված ձևերի դեպքում կատարում են արյան ընդհանուր քննություն, որտեղ լինում է արտահայտված լեյկոցիտոզ: Մենինգիտի ախտորոշման համար կատարում են ողնուղեղային պունկցիա, հետազոտում ողնուղեղային հեղուկը (այն պլոտոր է, դուրս է գալիս շիթով, մեծ է լեյկոցիտների քանակը, սպիտը): Միկրոսկոպիկ հետազոտության ժամանակ ողնուղեղային հեղուկում հայտնաբերում են մենինգոկոկեր, որոնք տեղակայված են բջիջների ներսում և դրսում՝ դիպլոկոկի տեսքով:

Բակտերիոլոգիական հետազոտության համար վերցնում են քթմպանի լորձ, արյուն, ողնուղեղային հեղուկ: Քթմպանից քսուկը վերցնում են միայն հետին պատից ստերիլ տամպոնի օգնությամբ, անմիջապես ցանքս են կատարում շճային ագարի վրա:

Շճաբանական հետազոտությունը կատարվում է լրացուցիչ նպատակով:

Խնամք և բուժում

Բուլոր հիվանդներին պարտադիր հոսպիտալացնում են բոքսային բաժանմունքում: Քանի որ ինֆեկցիան փոխանցվում է օդակաթիլային ճանապարհով, ուստի խնամող բուժքույրը պետք է դիմակ կրի: Գեներալիզացված ձևով հիվանդները պետք է գտնվեն հատուկ ուշադրության պայմաններում և պահպանեն խիստ անկողնային ռեժիմ: Մենինգոկոկցեմիայի դեպքում դիտվում են մաշկի սնուցման խանգարումներ, որոնք նպաստում են պառելեխոցերի արագ առաջացմանը: Բուժքույրը պետք է պարբերաբար փոխի հիվանդի դիրքն անկողնում, մաշկը հաճախակի մաքրի գոլ ջրի և սպիրտի խառնուրդով: Մաշկի վրա նեկրոտիկ օջախներ առաջանալիս անհրաժեշտ է վրան դնել ստերիլ չոր վիրակապ: Մաշկի կարմրած մասերը հարկավոր է մշակել կամֆորայի սպիրտով: Անհրաժեշտ է նաև հետևել բերանի խոռոչի վիճակին: Հիվանդասենյակն անհրաժեշտ է զերծ պահել արտաքին գրգռիչների առկայությունից:

Բուժքույրը պետք է հետևի օրվա դիուրեզին: Հիվանդին ներմուծվող հեղուկի (դեզինտոքսիկացիայի նպատակով) քանակը պետք է համապատասխանի դիուրեզին: Միզակապության դեպքում օգտագործում են կատետր: Բարդությունների կասկածի դեպքում հարկավոր է տեղյակ պահել բժշկին: Խնամքի ընթացքում հարկավոր է խստորեն պահպանել սանիտարահիգիենիկ կանոնները և կատարել ընթացիկ դեզինֆեկցիա:

Որպես էթիոտրոպ թերապիա բուլոր հիվանդներին նշանակում են հակաբիոտիկներ: Նազոֆարինգիտի դեպքում հակաբիոտիկները նշանակում են per oral 3-5 օր (ամպիցիլին, էրիթրոմիցին, լևոմիցետին):

Հիվանդը պարտադիր պետք է ողողի բերանի խոռոչը դեզինֆեկցող լուծույթներով (0,1%-ոց կալիումի պերմանգանատի, 0,2%-ոց ֆուրացիլինի, 2%-ոց նատրիումի հիդրոկարբոնատի)՝ օրը 4-6 անգամ:

Գեներալիզացված ձևերի դեպքում հակաբիոտիկներն անհրաժեշտ է ստանալ պարենտերալ և մեծ դոզաներով, որպեսզի թափանցեն ողնուղեղային հեղուկ: Նշանակում են պենիցիլին՝ 200.000-500.000մ 1կգ քաշին, օրը 6 անգամ, 6-7 օր տևողությամբ: Եթե օրգանիզմը պենիցիլին չի ընդունում, ապա տալիս են լևոմիցետինի սուկցինատ 50-100մգ 1կգ քաշին հաշվարկով, միջնկանային 6 ժամը 1 անգամ (օրը 4 անգամ):

Դեզինտոքսիկացիոն թերապիան ներառում է հեղուկների ներմուծում (5%-ոց գլյուկոզային լուծույթ, պոլիիոն լուծույթներ, հեմոդեզ, ռեոպոլիգլյուկին, ալբումին, պլազմա) պարենտերալ եղանակով, միզամուղների հետ (դիակարբ, լազիքս) համակցված:

Հիվանդներին դուրս են գրում միայն լրիվ կլինիկական առողջացումից հետո, ինչպես նաև քթնապանի լորձի երկակի բակտերիոլոգիական հետազոտությունից ստացված բացասական պատասխանի հիման վրա, ոչ շուտ, քան հակաբիոտիկաթերապիան վերջանալուց 3 օր հետո:

Կանխարգելում

Անհրաժեշտ է հիվանդների և բակտերիակիրների վաղ հայտնաբերում և մեկուսացում: Հիվանդների հետ շփված մարդիկ 10 օր մնում են հսկողության տակ, նրանց քթնապանի լորձը ենթարկում են բակտերիոլոգիական հետազոտության: Էպիդեմիոլոգիական ցուցմունքով կատարվում է սպեցիֆիկ իմունիզացիա:

Ինֆեկցիայի օջախում կատարվում է դեզինֆեկցիա 1%-ոց քլորակրի լուծույթով, ամանեղենը եռացնում են, օդը վարակազերծում ուլտրամանուշակագույն ճառագայթման լամպով: Ընկալունակ կոլեկտիվի շրջապատում անցկացնում են միջոցառումներ՝ կոփում, վերին և ստորին շնչուղիների բորբոքումների վաղ բուժում:

ԲՆԱԿԱՆ ԾԱՂԻԿ (Variola vera)

Բնական ծաղիկը սուր ինֆեկցիոն կարանտինային ինֆեկցիա է, որը բնորոշվում է ընդհանուր ինտոքսիկացիայով, տենդով, պուստուլո-պապուլային ցանով:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչը ԴՆԹ պարունակող դերմատոտրոպ վիրուս է, որը ներբջջային պարագիտ է, բայց հայտնաբերվում է նաև պուստուլայի թարախում և ծաղկի կեղևի մեջ: Հարուցիչները կայուն են ցածր ջերմաստիճանում, չորացման և սառեցման դեպքում:

Էպիդեմիոլոգիա

Կոմպլեքս հակաէպիդեմիկ միջոցառումները և համատարած կատարվող պատվաստումները թույլ են տվել վերացնել այդ հիվանդությունը:

Ինֆեկցիայի աղբյուրը հիվանդ մարդն է, որը վարակիչ է ինկուբացիոն շրջանի վերջից մինչև մաշկի կեղևների անջատվելը: Ինֆեկցիան փոխանցվում է օդակաթիլային ճանապարհով և թափված կեղևների միջոցով: Որոշակի դեր ունեն նաև խնամքի առարկաները, խաղալիքները, իրերը:

Ընկալունակությունը հիվանդության հանդեպ համատարած է: Հաճախ հիվանդանում են 6 ամսականից մինչև 7 տարեկան երեխաները:

Պաթոգենեզ

Հարուցիչներն օրգանիզմ են թափանցում շնչուղիներով: Վիրուսները տեղակայվում են լորձաթաղանթների էպիթելային բջիջներում, հետո թափանցում արյան մեջ, տեղակայվում մաշկի մեջ, առաջացնելով պաթոլոգիական պրոցես՝ մազանոթների լայնացում (բիծ), շճային այտուց (պապուլա), վերնամաշկի անջատում (վեզիկուլա):

Վիրուսը բարձրացնում է օրգանիզմի ընկալունակությունը այլ ինֆեկցիաների հանդեպ:

Հիվանդությունից հետո ձևավորվում է կայուն իմունիտետ:

Կլինիկա

Ինկուբացիոն շրջանը 9-15 օր է: Հիվանդությունն ունի սուր սկիզբ, առաջանում են դող, ջերմության բարձրացում մինչև 39,5-40,5°C, ցավեր գոտկատեղում և սրբոսկրի շրջանում: Պրոդրոմալ շրջանը տևում է 3-4 օր: Լինում է գլխացավ, գլխապտույտ, ախորժակի անկում, փորկապություն, պուլսը հաճախանում է, առաջանում է հևոց: Հիվանդության ծանր դեպքերում կարող են առաջանալ գիտակցության կորուստ, զառանցանք: Հիվանդության 2-3-րդ օրը մաշկի վրա առաջանում է ցան, որը պրոդրոմալ ցան է և 2-3 օրից անհետանում է: Պրոդրոմալ շրջանի վերջում ջերմությունն ընկնում է, հիվանդի ընդհանուր վիճակը լավանում է: Այդ ժամանակ ճակատին, գլխի մազածածկություն, դեմքին, այնուհետև երկրորդ օրվանից՝ մարմնի և վերջույթների վրա առաջանում է ծաղկի նման մանր բծավոր առատ ցան, որը մաշկից բարձր է, 2-4մմ տրամագծով: Բծերը մի քանի ժամից վերածվում են մուգ կարմիր պապուլայի, իսկ հետո թափանցիկ հեղուկ պարունակող վեզիկուլայի, որը կարմրավուն պսակով է շրջապատված: Հիվանդության 9-րդ օրը վեզիկուլաները վերածվում են թարախային պարունակությամբ պուստուլաների: Էկզանթեմայի հետ միաժամանակ առաջանում է էմանթեմա, որտեղ վեզիկուլաները արագ վերածվում են էռոզիաների և դեղնա-մոխրագույն հատակով խոցերի, որի պատճառով լինում են ցավեր ծամելիս, կուլ տալիս, միզելիս: Ցան կարող է առաջանալ նաև եղջրաթաղանթի վրա: Հիվանդության 10-13-րդ օրը պուստուլաները սկսում են պատռվել, հոսող թարախը չորանում է՝ գոյացնելով դեղնավուն կեղև, որը վերածվում է մուգ շագանակագույն կեղևի: Հիվանդության 20-30-րդ օրվանից չորացած կեղևները թափվում են՝ տեղում թողնելով խոր սպիներ: Հիվանդի պուլսը հաճախացած է, սրտի տոները՝ խլացած, զարկերակային ճնշումը՝ ընկած, լինում է հևոց, բերանից տհաճ հոտ: Լյարդը և փայծաղը մեծացած են: Լինում է մաշկի քոր: Խանգարվում է քունը, իսկ ծանր դեպքերում կարող են առաջանալ գիտակցության խանգարումներ:

Բարդություններ

Կարող են առաջանալ էնցեֆալիտ, մենինգոէնցեֆալիտ, միոկարդիտ, աբսցես, պնևմոնիա, ցեֆրիտ, լիմֆադենիտ, կեղծ կրուպ, մաշկի նեկրոզ, պերիտոնիտ, կուրություն:

Ախտորոշում

Հիմնվում են կլինիկական նշանների և էպիդեմիոլոգիական անամնեզի վրա: Հետազոտության համար վերցնում են վեզիկուլայի և պուստուլայի պարունակությունը, լուսային

մանրադիտակի տակ հայտնաբերում վիրուսը (Արագանի մարմնիկներ): Կիրառվում է նաև իմունոֆլուորեսցենտային հետազոտությունը:

Բուժում և խնամք

Հիվանդին հոսպիտալացնում են, մեկուսացնում, նշանակում անկողնային ռեժիմ: Բուժքույրը պետք է հետևի հագուստի և սպիտակեղենի, ինչպես նաև ձեռքերի մաքրությանը (թարախային բարդությունների պրոֆիլակտիկա): Խնամող անձնակազմը պետք է կրի դիմակ, ռետինե ձեռնոցներ: Հիվանդի օգտագործած վիրակապերը պետք է այրել: Ցանը հարկավոր է այրել 5%-ոց կալիումի պերմանգանատի լուծույթով թրջված տամպոնով կամ 1%-ոց բրիլիանտ կանաչի լուծույթով: Քորի ժամանակ օգտագործում են 1%-ոց մեթիլեն կապույտ: Հարկավոր է խորհուրդ տալ հիվանդին չպոկել կեղևները: Հիվանդի բերանի խոռոչը հարկավոր է մաքրել բորաթթվի և գլիցերինի խառնուրդով թրջված տամպոնով կամ ողողել 1%-ոց նատրիումի հիդրոկարբոնատի լուծույթով, իսկ ուտելուց առաջ՝ 0,1-0,2գ անեսթեզիկով: Կոպերը հարկավոր է մաքրել 2%-ոց բորաթթվի լուծույթով, իսկ աչքերի մեջ կաթեցնել 15-20%-ոց սուլֆացիլ-նատրիումի (ալբուցիդ) լուծույթ: Կատարել ընթացիկ դեզինֆեկցիա:

Ծանր դեպքերում ներմուծում են իմունոգլոբուլին (3-6մլ միջմկանային), ներերակային գլյուկոզայի, պլազմայի, արյան փոխարինող լուծույթներ: Երկրորդային թարախային ինֆեկցիաների պրոֆիլակտիկայի և բուժման նպատակով հիվանդին տալիս են հակաբիոտիկներ (էրիթրոմիցին, տետրացիկլին, մեթիցիլին):

Կանխարգելում

Հարկավոր է հայտնաբերել հիվանդին, մեկուսացնել: Օջախում և հիվանդի անկողնու մոտ կատարել խոնավ դեզինֆեկցիա: 17 օր սահմանել հսկողություն կոնտակտավորների նկատմամբ: Հարկավոր է կատարել մասսայական պատվաստումներ ծաղկի վակցինայով:

ԱՐՏԱՔԻՆ ԾԱԾԿՈՒՅԹՆԵՐԻ ԵՎ ՀԵՄՈԿՈՆՏԱԿՏԱՅԻՆ ՄԵԽԱՆԻԶՄՈՎ ՓՈԽԱՆՑՎՈՂ ԻՆՖԵԿՑԻԱՆԵՐ

ՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՀԵՊԱՏԻՏ «B» (Hepatitis virosa B)

Վիրուսային հեպատիտ «B»-ն հեմոկոնտակտային վարակման մեխանիզմով վիրուսային ինֆեկցիա է, որն առավելապես ախտահարում է լյարդը, ընթանում է վիրուսակրությունից մինչև սուր լյարդային անբավարարություն, ցիռոզ, և լյարդի ուռուցք: Այն անվանում են շիճուկային հեպատիտ: Ամեն տարի այս հիվանդությունից մահանում է մոտ 2 մլն մարդ:

Էթիոլոգիա

Վիրուսային հեպատիտ «B»-ի հարուցիչը ԴՆԹ պարունակող վիրուսն է: Նրա վիրիոնը նույնացնում են Դեյնի մասնիկի հետ, որն օրինաչափորեն հայտնաբերվում է վիրուսային «B» հեպատիտով հիվանդի և վիրուսակրի արյան շիճուկում: Դեյնի մասնիկը պարունակում է ԴՆԹ-ի երկու շղթա, ունի 3 վիրուսասպեցիֆիկ անտիգեն՝

- մակերեսային HBsAg (superficially՝ մակերեսային), որը կոչվում է նաև «ավստրալիական», քանի որ առաջին անգամ հայտնաբերվել է Ավստրալիայում
- ներքին թաղանթը պարունակում է HBcAg (Hepatitis B core՝ սիրտ, միջուկ) և HBeAg:

Վիրուսը բնութագրվում է մեծ կայունությամբ, արտաքին միջավայրում կայուն է տարբեր ֆիզիկական և քիմիական գործոնների հանդեպ: Սենյակային ջերմաստիճանում վիրուսը պահպանվում է բժշկական գործիքների և արտաքին միջավայրի այլ օբյեկտների վրա (եթե կեղտոտված է արյունով) մի քանի ամիս, իսկ արյան պրեպարատների մեջ՝ տարիներ: Վիրուսը ենթարկվում է ինակտիվացիայի ավտոկլավում 120° C-ում 5 րոպեից, չոր գոլորշիներով ստերիլիզացնելիս՝ 160° C-ում 45րոպեից, եռացնելիս՝ 30 րոպեում, 1-2%-ոց քլորամինի լուծույթից՝ 2 ժամում, 1,5%-ոց ֆորմալինից՝ 7 օր հետո:

Էպիդեմիոլոգիա

Վիրուսային հեպատիտ «B»-ն անտրոպոնոզ ինֆեկցիա է: Ինֆեկցիայի միակ աղբյուրն են հիվանդ մարդը և առողջ վիրուսակիրը: Ամեն տարի վարակվում է մոտ 50 մլն մարդ: Վիրուսային հեպատիտ «B»-ն հանդիսանում է արյունային ինֆեկցիա, քանի որ վիրուսը հայտնաբերվում է արյան մեջ, սպերմայում, պլերար, պերիտոնեալ հեղուկների մեջ, ինչպես նաև կրծքի կաթում և մեզում: Վարակի համար բավական է վիրուսի փոքր քանակ՝ 0,0001 մլ արյուն:

Ինֆեկցիան փոխանցվում է պարենտերալ (հեմոկոնտակտային) ճանապարհով:

Ինֆեկցիայի փոխանցման ուղիները բաժանվում են 2 մասի՝

1. բնական ճանապարհ՝ վարակը փոխանցվում է շփման միջոցով, սեռական ճանապարհով (ինֆեկցված հիվանդի հետ սեռական կոնտակտի դեպքում), ինչպես նաև ուղղահայաց ճանապարհով՝ մորից պտղին (առավելապես ծննդաբերության ժամանակ, 5% դեպքերում՝ ներարգանդային կյանքում):

2. արհեստական ճանապարհ (արտիֆիցիալ)՝ վարակը տեղի է ունենում լորձաթաղանթի և մաշկի վնասվածքի դեպքում: Այն տեղի է ունենում արյան և նրա կոմպոնենտների փոխներարկման, վիրահատության պրոցեսում, ստոմատոլոգիական և գինեկոլոգիական միջամտությունների, գործիքային բուժ-պրոֆիլակտիկ մանիպուլյացիաների, տարատեսակ պարէնտերալ պրոցեդուրաների, էնդոսկոպիկ գործիքային միջամտությունների ընթացքում, որոնք իրականացվել են ոչ լիարժեք վնասագերծված գործիքների օգնությամբ:

Ինֆեկցիան հնարավոր է փոխանցել մանիկյուրի, ասեղնաբուժման, սափրելու, ականջի ծակման, տատուաժի ժամանակ:

Ինֆեկցիայի նկատմամբ բնակչության ընկալունակությունը բարձր է: Վարակման ռիսկի խմբի մեջ են մտնում՝

- դոնորական արյան ռեցիպիենտները (հեմոֆիլիայով, հեմատոլոգիական հիվանդությամբ հիվանդներ)
- հեմոդիալիզի կենտրոնի մշտական պացիենտները
- ինֆեկցված մայրերից ծնված երեխաները կյանքի առաջին տարում
- պարէնտերալ ճանապարհով նարկոտիկներ օգտագործողները
- բազմակի ախտորոշիչ և գործիքային միջամտությունների ենթարկվող պացիենտները
- բուժ. անձնակազմը, որն ուղղակի կոնտակտի մեջ է գտնվում հիվանդի և նրա արյան հետ (վիրաբույժ, մանկաբարձ, ատամնաբույժ, հեմոդիալիզի և արյան փոխներարկման բաժանմունքների բուժ. աշխատողներ, լաբորատոր և պրոցեդուրային քույրեր, հիվանդների հետ անմիջական շփում ունեցողներ): Բուժ. աշխատողները բնակչության համեմատ 3-5 անգամ հաճախ են հիվանդանում
- անկանոն սեռական կյանք վարողներ, մարմնավաճառներ:

Տարած ինֆեկցիայից հետո ձևավորվում է կայուն երկարատև իմունիտետ:

Հիվանդությունը չունի սեզոնային բնույթ, հանդիպում է ողջ տարվա ընթացքում:

Պաթոգենեզ

Վիրուսային հեպատիտ «B»-ի հարուցիչն օրգանիզմ է թափանցում վնասված մաշկի և լորձաթաղանթի միջոցով, ապա արյան հոսքով տեղափոխվում է լյարդ: Վիրուսն ազդում է հեպատոցիտների վրա և առաջացնում նեկրոզ:

Ի տարբերություն վիրուսային հեպատիտ «A»-ի՝ հեպատիտ «B»-ն օրգանիզմում մնում է ավելի երկար, ձևավորելով վիրուսակրություն, խրոնիկ հեպատիտ:

Կլինիկական ձևերը

Կլինիկական բաժանում են հետևյալ շրջանների՝

1. Ինկուբացիոն շրջան- տևում է 50-180 օր:

2. Նախադեղնուկային շրջան- տևում է 1 շաբաթից մինչև 1 ամիս: Հիվանդությունը սկսվում է աստիճանաբար, առանց ջերմության բարձրացման և ինտոքսիկացիայի:

Ընթանում է հետևյալ նշաններով՝

- *դիսպեպտիկ երևույթներ*՝ սրա ժամանակ լինում է ախորժակի վատացում, սրտխառնոց, փսխում, բուք ցավ էպիգաստրալ շրջանում
- *ասթենովեգետատիվ երևույթներ*՝ սրա ժամանակ լինում է աշխատունակության անկում, թուլություն, գլխացավ, քնի խանգարում, հոգնածություն, քնկոտություն, գլխապտույտ
- *արթրալգիկ երևույթներ*՝ հանդիպում է 20-30 % դեպքերում, որի ժամանակ լինում է ցավ խոշոր հոդերի շրջանում, ոսկրերում, մկաններում, որն ուժեղանում է առավոտյան ժամերին:

Հիվանդների 10%-ի մոտ հանդիպում է կարճատև ուրտիկար ցանավորում, որն ուղեկցվում է քորով:

Հիվանդների 5-7%-ի մոտ նախադեղնուկային շրջանը չի արտահայտվում:

Այս շրջանի վերջում մեզի գույնը մգանում է, իսկ կղանքը՝ անգունանում: Հիվանդի լյարդը մեծացած է:

3. Դեղնուկային շրջան- տևում է 3-4 շաբաթ: Սկզբում դեղնում են սկլերաները և տեսանելի լորձաթաղանթները, հետո՝ մաշկը: Հիվանդի վիճակն էլ ավելի է վատանում, ուժեղանում են տկարությունը, թուլությունը, խանգարվում է քունը, բացակայում է ախորժակը (նույնիսկ սննդի նկատմամբ զգվանքի զգացում), լինում է սրտխառնոց, փսխում: Դեղնության առաջացումից հետո հոդացավերն անցնում են: Շատանում է մաշկի քորը (խուլեստագ): Հիվանդին անհամգստացնում է աջ թուլակողի շրջանում ծանրության զգացումը: Օբյեկտիվ քննության ժամանակ հայտնաբերում են բրադիկարդիա, զարկերակային հիպոտենզիա: Լեզուն պատված է գորշադեղնավուն փառով: Որովայնի շոշափումը ցավոտ է աջ թուլակողի շրջանում, լյարդը մեծացած է, եզրերը՝ հարթ:

Հիվանդի մեզը մուգ է, իսկ կղանքը՝ անգույն: Հաճախ ներարկման տեղում առաջանում է արյունազեղում, իսկ ծանր ընթացքի դեպքում՝ արյունահոսություն, որը վկայում է լյարդի ֆունկցիայի խոր խանգարումների մասին:

4. Ռեկոնվալեսցենցիայի (ապարքինման) շրջան- տևում է 6 ամիս, որի ժամանակ օրգանիզմը սկսում է վերականգնել իր նախկին վիճակը: Այս շրջանում տեղի է ունենում ախտանիշների աստիճանական պակասում:

Խրոնիկական հեպատիտի առաջացման հաճախականությունը կազմում է 10%: Վիրուսային հեպատիտ «B»-ի խրոնիկական ձևը ախտորոշվում է կլինիկալաբորատոր տվյալների հիման վրա:

Բարդություններ

Վիրուսային հեպատիտ «B»-ի ժամանակ առաջացած բարդություններից են՝ սուր լյարդային էնցեֆալոպատիան և լյարդային կոման:

Էնցեֆալոպատիայի հիմքում ընկած է հեպատոցիտների ցիտոլիզը: Հիվանդի մոտ նկատվում է ինտոքսիկացիայի աճ, վիճակի արագ վատացում: Խանգարվում է քունը (գիշերը՝ անքուն, ցերեկը՝ քնկոտ): Առաջանում է հիշողության կորուստ, տարածության մեջ կողմնորոշվելու անկարողություն: Խոսքը դանդաղում է: Լյարդի մասիվ նեկրոզը հանգեցնում է դրա չափերի փոքրացման և լյարդի շրջանում ցավերի առաջացման: Զարգանում է գիտակցության կորուստ: Այս ամենը բերում է կոմայի առաջացման, որն ավարտվում է մահով:

Լաբորատոր ախտորոշում

Վիրուսային հեպատիտ «B»-ի ախտորոշումը հիմնված է արյան շիճուկում սպեցիֆիկ հակամարմինների (HBsAg, HBeAg) հայտնաբերման վրա իմունոֆերմենտային անալիզի և անուղղակի հեմագլյուտինացիայի ռեակցիայի միջոցով: HBs անտիգենը արյան մեջ հաստատուն տիտրով 6 ամսից ավել պահպանվելը վկայում է խրոնիկական հեպատիտի զարգացման բարձր հավանականության մասին:

Լյարդի ախտահարման աստիճանը գնահատելու համար օգտագործում են հետազոտման բիոքիմիական մեթոդներ:

Բուժում և խնամք

Վիրուսային հեպատիտ «B»-ի դեպքում բոլոր հիվանդները պետք է հոսպիտալացվեն: Սուր շրջանում հիվանդը պետք է պահպանի անկողնային ռեժիմ, որն ապահովում է պացիենտի էներգածախսերի պակասեցումը և լյարդի արյունամատակարարման լավացումը մարմնի հորիզոնական դիրքի միջոցով: Ծանր դեպքերում սահմանում են խիստ անկողնային ռեժիմ, որի ընթացքում անց են կացնում շնչառական մարմնամարզություն, թեթև մերսում, պառկելախոցերի պրոֆիլակտիկա:

Պարտադիր կերպով անհրաժեշտ է պահպանել ընդհանուր հիգիենայի կանոնները, ուշադրություն դարձնել բերանի խոռոչի խնամքին, մաշկի մաքրության պահպանմանը: Մաշկի քորի դեպքում մաշկը մաքրում են մենթոլի 1%-ոց սպիրտային լուծույթով: Անհրաժեշտ է հաճախակի փոխել հիվանդի սպիտակեղենը և հագուստը: Կարևոր է նաև հսկողություն սահմանել օրվա հեղուկի բալանսի վրա, հետևել աղիների նորմալ գործունեությանը, փորկապության դեպքում հիվանդին տալ լուծողական դեղամիջոցներ (մագնեզիումի սուլֆատ, սննդային սորբիտ), կատարել մաքրող հոգնա:

Վիրուսային հեպատիտների դեպքում սպեցիֆիկ թերապիա չկա: Խիստ կարևոր է դիետայի պահպանումը: Սնունդը պետք է լինի կալորիական, լիարժեք, դյուրամարս: Նշանակում են սեղան N 5-ը, որը չի պարունակում մեխանիկական և քիմիական գրգռիչներ: Սահմանափակում են տապակած, ապխտած, մարինացված և յուղալի կերակրատեսակները, արգելվում է ալկոհոլի օգտագործումը: Հիվանդը պետք է սնվի կոտորակային ձևով՝ օրը 4-5 անգամ: Սնունդը պետք է լինի գուլ, բայց ոչ տաք վիճակում: Հիվանդի կերակրումը բուժքրոջ կողմից չպետք է կրի ստիպողական բնույթ: Ռացիոնը պետք է հարստացնել վիտամիններով՝ ի հաշիվ թարմ մրգերի, բանջարեղենի, հյութերի: Հեղուկի ծավալը (հիմնային ջրեր, թեյ, հյութ, կիսել) պետք է կազմի օրը 2-3լ: Դիետան աստիճանաբար կարելի է ընդլայնել: Դիետայի պահպանումը և ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության սահմանափակումը ռեկոնվալեսցենտներին խորհուրդ է տրվում պահպանել 6 ամսվա ընթացքում:

Հիվանդի մոտ ինտոքսիկացիայի առկայության դեպքում նշանակում են դեզինտոքսիկացիոն միջոցներ՝ էնտերալ (էնտերոդեզ, օրալիտ), և պարենտերալ (Ռինգերի լուծույթ, 5%-ոց գլյուկոզա, կոլոիդ լուծույթներ):

Նյութափոխանակությունը կարգավորելու համար նշանակում են վիտամին C, B խմբի և ճարպալույծ վիտամիններ: Ապաքինման շրջանում կիրառում են հեպատոպրոտեկտորներ՝ Լեգալոն, կարսիլ, էսենցիալե:

Ըստ ցուցումների նշանակում են հակահիստամինային, սպազմոլիտիկ, լեղամուղ պրեպարատներ:

Ծանր դեպքերում հիվանդներին տեղավորում են ինտենսիվ թերապիայի պալատում, կատարում են ինֆուզիոն թերապիա, նշանակում գլյուկոկորտիկոստերոիդներ:

Վիրուսային հեպատիտ «B»-ի ժամանակ կիրառվում են նույն հակավիրուսային պրեպարատներ՝ լամիվուդին, գիդովուդին:

Հիվանդին դուրս են գրում դեղնությունը լրիվ անցնելուց և լյարդի չափերի փոքրացումից հետո, երբ պիգմենտային ցուցանիշները նորմայի սահմաններում են: Ռեկոնվալեսցենտները գտնվում են դիսպանսեր հսկողության տակ՝ 1 տարվա ընթացքում:

Կանխարգելում

Վիրուսային հեպատիտ «B»-ի դեպքում պետք է պայքարել ինֆեկցիայի օջախը վերացնելու և տարածման ուղիները կանխելու ուղղությամբ.

1. Հիվանդության դեպքերը հնարավորինս վաղ հայտնաբերել և բուժել
2. Հիվանդի հետ շփում ունեցող անձանց հանդեպ սահմանել հսկողություն
3. Հարուցչի փոխանցման բնական ուղիների նվազեցման նպատակով անհրաժեշտ է անցկացնել սան-լուս. աշխատանք, տանել անվտանգ սեքսի պրոպագանդա, բարձրացնել բնակչության սանիտարական գրագիտությունը
4. Հարուցչի փոխանցման արհեստական ուղիների խանգարման համար՝
 - լայնորեն կիրառել միանգամյա օգտագործման բժշկական և լաբորատոր գործիքներ
 - բժշկական գործիքների ախտահանման կանոնների պահպանում (ախտորոշման կամ բուժման նպատակով օգտագործվող սարքավորումներ), ստերիլացնել սանիտարահիգիենիկ կանոններին համապատասխան (չոր տաք օդով՝ 180°C-ում 60 րոպե)՝ ղեկավարվելով թիվ 408 հրամանով
 - հսկողություն սահմանել դոնորական արյան և դոնորական օրգանների նկատմամբ
 - պահպանել մանիպուլացիաների կատարման տեխնիկան: Արյան հետ շփվելիս աշխատել միայն ձեռնոցներով:
5. Սպեցիֆիկ պրոֆիլակտիկայի համար կիրառում են վակցինա: Ակտիվ իմունիզացիայի համար առաջին հերթին պատվաստում են բարձր ռիսկի կոնտինգենտին՝
 - վիրուսային հեպատիտ «B»-ով հիվանդ, ինչպես նաև HBsAg կրող մայրերից ծնված երեխաներին
 - հեմոդիալիզի կենտրոնի պացիենտներին
 - բուժ. անձնակազմին
6. Պասիվ իմունիզացիայի համար կիրառում են իմունոգլոբուլին, որը էֆեկտիվ է միայն, երբ այն ներմուծում են հավանական վարակից հետո՝ 48 ժամից ոչ ուշ
7. Վիրուսային հեպատիտ «B»-ի դեմ պատվաստումներն այսօր ընդգրկված են պրոֆիլակտիկ պատվաստումների պլանային վակցինացիայի օրացույցում:

Վակցինացիան կատարում են՝

բարձր ռիսկի նորածիններին՝ կյանքի առաջին 12-24 ժամվա ընթացքում (ԲՑԺ-ից առաջ), իսկ ռեվակցինացիան՝ I-կյանքի առաջին ամսում, II-կյանքի 5-6 ամսում.

ցածր ռիսկի նորածիններին՝ կյանքի 4-5 ամսում, իսկ ռեվակցինացիան՝ I- 5-6 ամսում, II- կյանքի 12-13 ամսում:

Վիրուսային հեպատիտ «B»	Վակցինացիա	Ռեվակցինացիա	
		I	II
բարձր ռիսկի նորածին	կյանքի առաջին 12-24 ժամ (ԲՅԺ-ից առաջ)	կյանքի I ամիս	կյանքի 5-6 ամիս
ցածր ռիսկ	կյանքի 4-5 ամիս	կյանքի 5-6 ամիս	կյանքի 12-13 ամիս

ՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՀԵՊԱՏԻՏ «C» (Hepatitis virosa C)

Վիրուսային հեպատիտ «C»-ն (պոստորանսֆուզիոն հեպատիտ) վարակման հեմոկոն- տակտային մեխանիզմով վիրուսային հիվանդություն է, ունի երկարատև, ախտանիշներով աղքատ խրոնիկական ընթացք՝ լյարդի ցիռոզի ելքով:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչը ՌՆԹ պարունակող վիրուս է, պատկանում է ֆլավիվիրուսների ընտանիքին: Արտաքին միջավայրում անկայուն է, սակայն պահպանում է իր ակտիվությունը 50°C տաքացնելիս, ինակտիվանում է ճարպալույծ լուծույթներում (քլորոֆորմ) և ուլտրամանուշակագույն ճառագայթներից: Հայտնի է հարուցչի 6 գենոտիպ:

Էպիդեմիոլոգիա

Նման է վիրուսային հեպատիտ «B»-ին: Ինֆեկցիայի աղբյուր են հիվանդ (սուր և խրոնիկ ձևեր) և վիրուսակիր մարդիկ: Վտանգ են ներկայացնում նաև հիվանդության անդեղնուկ և սուբկլինիկական ձևերով հիվանդները:

Ինֆեկցիան փոխանցվում է պարենտերալ (հեմոկոնտակտային) ճանապարհով: Ի տար- բերություն վիրուսային հեպատիտ «B»-ի՝ այստեղ վարակիչ դոզան ավելի մեծ պետք է լինի: Ինֆեկցիան փոխանցվում է վարակված արյան և արյան պրեպարատների փոխներարկման ժամանակ: Պոստորանսֆուզիոն հեպատիտները կազմում են վարակի դեպքերի 80-90%-ը: Վիրուսը փոխանցվում է արյունով աղտոտված բժշկական գործիքների միջոցով, զանազան բուժական-դիագնոստիկ մանիպուլյացիաների (էնդոսկոպիա, վիրահատական միջամտություն) դեպքում: Ներարկիչների միջոցով վարակը տարածվում է թմրամոլների շրջանում («թմրամոլների հեպատիտ»):

Ի տարբերություն հեպատիտ «B»-ի՝ այստեղ վարակի փոխանցումը շփման և սեռական ճանապարհներով ավելի հազվադեպ է: Սակայն չպետք է մոռանալ, որ վիրուսը պարունակվում է հիվանդի մեզի, թքի, սպերմայի և ասցիտային հեղուկի մեջ:

Համեմատաբար ավելի քիչ տոկոս է կազմում վարակման պրոֆեսիոնալ ուղին բուժ. անձնակազմի շրջանում: Ավելի ցածր է ծննդաբերության ժամանակ հիվանդ մորից ծնված երեխայի վարակման ռիսկը:

Վարակման ռիսկի խմբի մեջ են մտնում արյան ռեցիպիենտները (հեմոֆիլիայով և արյան հիվանդությամբ հիվանդներ), հեմոդիալիզի ենթակա մարդիկ, օրգանների տրանսպլանտացիայի բաժանմունքի հիվանդները, թմրամոլները:

Բնակչության 10%-ը հիվանդ է հեպատիտ «C»-ով: Հիվանդների մոտ չի ձևավորվում անընկալություն կրկնակի վարակի հանդեպ, այսինքն՝ հնարավոր են ռեինֆեկցիայի դեպքեր:

Պաթոգենեզ

Հարուցիչներն ընկնում են լյարդի և այլ օրգանների հյուսվածքների մեջ և սկսում զարգանալ: Կարևոր նշանակություն ունի ոչ այնքան հարուցչի վնասակար ազդեցությունը հեպատոցիտների վրա, որքան զարգացող աուտոֆուն ռեակցիաները, որոնք 30-50% դեպքերում առաջացնում են խրոնիկ ընթացք: Վիրուսն ունի արագ փոփոխվելու և թույլ իմունոգեն հատկություններ:

Կլինիկական ձևեր

Ինկուբացիոն շրջանը 6-8 շաբաթ է: Հիվանդությունը կարող է ընթանալ սուր (մինչև 6ամիս) և խրոնիկ ձևով:

Սուր հեպատիտ «C»-ն առավելապես (90-95% դեպքերում) ընթանում է սուբկլինիկական և անդեղնուկային ձևերով, որի պատճառով էլ դժվար է ախտորոշվում: Այն բնորոշվում է աղքատ կլինիկական ախտանիշներով և ընթանում է թեթև ձևով, կարճ դեղնուկային շրջանով: Հիվանդությունն ուղեկցվում է ասեբնովեգետատիվ, դիսպեպտիկ, արթալգիկ համախտանիշներով: Հիվանդների 80-85%-ի մոտ պրոցեսն անցնում է խրոնիկական ձևի:

Խրոնիկական հեպատիտ «C»-ն ընթանում է երկու փուլով՝ լատենտ և ռեակտիվացիա:

Լատենտ փուլը համապատասխանում է վիրուսի խրոնիկական «վիրուսակրությանը», տևում է 15-20 տարի (այն կարող է պակասել, եթե կա սուպերինֆեկցիա՝ հեպատիտ «B» կամ «D», խրոնիկ ինտոքսիկացիա՝ ալկոհոլիզմ, թմրամոլություն): Հիվանդի ինքնազգացողությունը նորմալ է: Հետազոտելիս հայտնաբերվում է լյարդի քիչ մեծացում և պնդացում, իսկ արյան բիոքիմիական քննության ժամանակ՝ ALAT-ի ակտիվության բարձրացում:

Ռեակտիվացիայի փուլը համապատասխանում է խրոնիկական ինֆեկցիայի մանիֆեստին, որը հետագայում վերածվում է խրոնիկական հեպատիտ «C»-ի, զարգանում է լյարդի ցիռոզ և ուռուցք (այն հայտնաբերվում է պրոցեսի առաջանալուց տարիներ անց):

Բարդություններ

Հիվանդությանը բնորոշ չեն բարդություններ: Ինֆեկցիայի խրոնիկական ձևի անցումը ցիռոզի համարվում է ոչ թե բարդություն, այլ հիվանդության ելք:

Ախտորոշում

Արյան շիճուկում իմունոֆերմենտային անալիզի միջոցով հայտնաբերվում են սպեցիֆիկ M կարգի իմունոգլոբուլիններ (հակամարմին), իսկ հիվանդության ուշ շրջաններում՝ G կարգի իմունոգլոբուլիններ: Կիրառում են նաև պոլիմերազային շղթայական ռեակցիան, որի ժամանակ արյան շիճուկում հայտնաբերվում է վիրուսային ՌՆԹ:

Բուժում և խնամք

Հիվանդության անբարենպաստ ելքի պատճառով ցանկալի է հիվանդին հոսպիտալացնել: Հիվանդի խնամքը նման է վիրուսային հեպատիտ «A»-ի խնամքին: Բուժման առանձնահատկությունը կայանում է նրանում, որ այստեղ անհրաժեշտ է կիրառել հակավիրուսային թերապիա: Հիվանդության խրոնիկական ընթացքի դեպքում նշանակում են ալֆա-ինտերֆերոն՝ 6-12 ամիս տևողությամբ: Մնացած դեպքերում բուժումը նման է վիրուսային հեպատիտների բուժմանը:

Հիվանդության լատենտ փուլում հարկավոր է առողջ կենսակերպ, լիարժեք հանգիստ, բացառել ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունը և տոքսիկ ազդակների ազդեցությունը օրգանիզմի վրա (ալկոհալ, թմրադեղեր), ճիշտ սնվել: Դուրս գրվելուց հետո հիվանդը գտնվում է դիսպանսեր հսկողության տակ:

Կանխարգելում

Նման է վիրուսային հեպատիտ «B»-ին: Անհրաժեշտ է ստուգել դոնորական արյունը՝ պոստտրանսֆուզիոն վարակը կանխելու նպատակով, տանել սան-լուս. աշխատանք թմրամոլության դեմ, պրոպագանդել միանգամյա ներարկիչների օգտագործում և «պաշտպանված սեքսի» վարում:

ՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՀԵՊԱՏԻՏ «D» (Hepatitis virosa D)

Վիրուսային հեպատիտ «D»-ն (դելտա-ինֆեկցիա) վարակման հեմոկոնտակտային մեխանիզմով վիրուսային ինֆեկցիա է, հանդիպում է միայն կո- կամ սուպերինֆեկցիայի ձևով հեպատիտ «Բ»-ի հետ միասին, ծանր և խրոնիկ ընթացքի հակում ունի:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչը դելտա-վիրուսն է, որը միջանկյալ դիրք է գրավում բույսերի և կենդանիների վիրուսների նկատմամբ, չունի թաղանթ, պարունակում է ՌՆԹ-ի մեկ շղթա: Այն ընդունակ է մարդու օրգանիզմում բազմանալ միայն վիրուսային հեպատիտ «B»-ի վիրուսի առկայությամբ, որի արտաքին թաղանթի վրա էլ տեղակայվում է (HBsAg): «D» վիրուսը կայուն է տաքացման և ուլտրամանուշակագույն ճառագայթների նկատմամբ, չի ոչնչանում թթուների և որոշ ֆերմենտների ազդեցությունից:

Էպիդեմիոլոգիա

Անթրոպոնոզ ինֆեկցիա է, որի աղբյուրն է հիվանդ մարդը կամ դելտա-վիրուսակիրը: Քանի որ դելտա-վիրուսը գործում է հեպատիտ «B»-ի վիրուսի առկայությամբ, ապա դրա տարածումը կախված է վերջինիս տարածումից: Ինֆեկցիայի փոխանցումը կատարվում է հեմոտրանսֆուզիայի, արյունով աղտոտված գործիքների միջոցով: Վարակման դրզան շատ ավելի քիչ է, քան հեպատիտ «B»-ի դեպքում: Հնարավոր է վարակվել նաև սեռական ճանապարհով, ուղղահայաց (վարակված մորից պտղին), որոնք ավելի հազվադեպ են, քան հեպատիտ «B»-ի ժամանակ: Մարդը կարող է վարակվել միաժամանակ հեպատիտ «B»-ի և «D»-ի վիրուսներով (կո-ինֆեկցիա), կամ էլ հեպատիտ «Բ»-ով ինֆեկցվածը կարող է վարակվել դելտա-վիրուսով (սուպերինֆեկցիա):

Դելտա-վիրուսի հանդեպ ընկալունակ են հեպատիտ «B»-ով հիվանդ բոլոր հիվանդները կամ վիրուսակիրները: Վարակման բարձր ռիսկի խմբի մեջ են մտնում հեմատոլոգիական բաժանմունքի պացիենտները, թմրամոլները, HBsAg-ակիրները: Հիվանդանալուց հետո ձևավորվում է անկայուն իմունիտետ, հնարավոր են ռեցիդիվներ:

Պաթոգենեզ

Ընկնելով օրգանիզմ՝ դելտա-վիրուսն առաջացնում է հիվանդության ընթացքի բարդացում, որի հետևանքով կարող է զարգանալ լյարդի սուր անբավարարություն:

Կլինիկական ձևեր

Ինկուբացիոն շրջանը 20-40 օր է: Կո-ինֆեկցիայի դեպքում զարգանում է սուր հեպատիտ, որն ունի ավելի ծանր ընթացք: Սուպերինֆեկցիայի դեպքում առավել հաճախ է պատահում հիվանդության անցումը խրոնիկ ձևի, ինչպես նաև ցիռոզի զարգացումը:

Հեպատիտի նախադեղնուկային շրջանն ընթանում է հեպատիտ «B»-ի նախադեղնուկային շրջանի նման (թուլություն, հոգնածություն, ախորժակի վատացում, սրտխառնոց, արթալգիա), բայց բնորոշ են նաև տենդը և աջ թուլակողի շրջանում ցավերը: Այս շրջանն ավելի կարճ է (5-6 օր),

քան հեպատիտ «В»-ի ժամանակ: Դեղնուկի առաջացման հետ աճում են ինտոքսիկացիայի ախտանիշները: Արյան մեջ ֆերմենտների ակտիվությունը բարձր է:

Բարդություններ

Նման են վիրուսային հեպատիտ «В»-ի բարդություններին:

Ախտորոշում

Արյան շիճուկում հայտնաբերվում են սպեցիֆիկ M կարգի իմունոգլոբուլիններ (հակամարմին) դելտա-վիրուսի անտիգենի նկատմամբ (հակա-HDVlgM), որոնք ավելի ուշ փոխարինվում են G կարգի իմունոգլոբուլիններով: Կիրառվում է նաև պոլիմերազային շղթայական ռեակցիան: Կատարվում է լյարդի բիոպսիա:

Բուժում, խնամք և կանխարգելում

Նման են վիրուսային հեպատիտ «В»-ի ժամանակ կատարվող միջոցառումներին:

ՄԻԱՎ ԻՆՖԵԿՑԻԱ

Միավ ինֆեկցիան պատկանում է դանդաղ ինֆեկցիաների շարքին, բնորոշվում է իմունոդեֆիցիտի զարգացումով, որի ֆոնի վրա առաջանում են երկրորդային ինֆեկցիաներ և օնկոլոգիական հիվանդություններ՝ մահացու ելքով:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչները ռետրովիրուսների ընտանիքին պատկանող ՌՆԹ պարունակող վիրուսներ են: Ներկայումս հայտնի է հարուցիչների 2 տիպ՝ ՄԻԱՎ-1 (մարդու իմունային անբավարարության վիրուս - ԹԼՃ) և ՄԻԱՎ-2, որոնք իրարից տարբերվում են մակերեսային գլիկոպրոտեինների կառուցվածքով: Դրանց խիստ բնորոշ է անտիգենային արագ փոփոխությունը, որն էլ դժվարացնում է վակցինայի մշակումը:

Վիրուսն անկայուն է արտաքին միջավայրում, արագ ոչնչանում է եռացնելիս, 70-80°C-ում ոչնչանում է 10 րոպեում: 70%-ոց էթիլ սպիրտը, թթուները, հիմքերը, քլոր պարունակող նյութերը, 0,5%-ոց նատրիումի հիպոքլորիդը, 3%-ոց ջրածնի պերօքսիդը ինակտիվացնում են վիրուսը 1-5 րոպեում:

Միաժամանակ վիրուսը կայուն է ուլտրամանուշակագույն և իոնիզացնող ճառագայթների, չորացման և սառեցման հանդեպ:

Վիրուսի համար թիրախ են համարվում մարդու այն բջիջները, որոնց թաղանթի վրա CD-4 տիպի պրոտեիններ են (T-լիմֆոցիտ-հեմաթերներ կամ T4-լիմֆոցիտներ, մակրոֆագեր, նեյրոգլիալ բջիջներ), որոնք փոխազդում են վիրուսի գլիկոպրոտեինների հետ:

Էպիդեմիոլոգիա

Անթրոպոմոլոգ ինֆեկցիա է, որի միակ աղբյուրը հիվանդ մարդն է, որը մնում է վարակիչ ողջ կյանքի ընթացքում: Օրգանիզմը վիրուսից չի ազատվում: Վիրուսը գտնվում է արյան և օրգանիզմի այն կենսաբանական հեղուկներում, որոնք պարունակում են արյան բաղադրիչ մասեր (սպերմա, վազինալ և ցերվիկալ սեկրետներ, ողնուղեղային և հյուսվածքային հեղուկ):

Ինֆեկցիան փոխանցվում է կոնտակտային (շփման) միջոցով, երբ վիրուս պարունակող արյունը կամ կենսաբանական սեկրետներն ընկնում են վնասված մաշկի կամ լորձաթաղանթի վրա: Ինֆեկցիայի փոխանցման ուղիներից է սեռական (հոմո- և հետերոսեքսուալ) ճանապարհը: Ինֆեկցիան փոխանցվում է նաև ուղղահայաց (տրանսպլացենտար) մեխանիզմով անտե-, պերի- և պոստ-նատալ շրջաններում, ինչպես նաև արհեստական ճանապարհով՝ հեմոտրանսֆուզիայի, օրգանների և հյուսվածքների տրանսպլանտացիայի, էնդոսկոպիկ և պարենտերալ մանիպուլյացիաների, կենցաղային կտրող-ծակող գործիքների միջոցով (մանիկյուր, մկրատ, ասեղ, սանր, սափրիչ և այլն):

Ինֆեկցիայի փոխանցման ֆեկալ-օրալ, օդակաթիլային, տրանսմիսիվ մեխանիզմները և կոնտակտակենցաղային ուղին հայտնաբերված չեն:

Առողջ և չվնասված մաշկը վիրուսի համար անթափանց է համարվում:

Վիրուսի հանդեպ ընկալունակությունը համատարած է: Բարձր ռիսկի խմբի մեջ են մտնում թմրամոլները, անկանոն սեռական կյանք վարողները (մարմնավաճառներ, հոմոսեքսուալիստներ), ռեցիպիենտները (արյան փոխներարկման դեպքում), հեմոֆիլիայով հիվանդները, հեմոդիալիզի կենտրոնի պացիենտները, ՄԻԱՎ-դրական մայրերից ծնված նորածինները, բուժ. աշխատողները (վիրաբույժ, մանկաբարձ-գինեկոլոգ, ատամնաբույժ, պրոցեդուրային քույրեր, արյան հետ շփվող անձնակազմ):

Պաթոգենեզ

Անկախ վարակման ճանապարհից վիրուսն ընկնում է արյան մեջ և ախտահարում T-լիմֆոցիտները (T-հելպերներ), որոնք անմիջականորեն մասնակցում են օրգանիզմի իմուն պաշտպանությանը: Վիրուսն ախտահարում է նաև իր մակերեսին CD-4 ռեցեպտորներ պարունակող այլ բջիջներին: Վիրուսի բազմացման հետևանքով իջնում է իմունային բջիջների ակտիվությունը, դրանք ոչնչանում են: Արդյունքում ձևավորվում է իմունիտետի անբավարարություն (իմունոդեֆիցիտ), որն ուղեկցվում է օնկոլոգիական հիվանդությունների և օպորտունիստական ինֆեկցիաների (երբ ինֆեկցիա է զարգանում ոչ միայն պաթոգեն, այլև պայմանական պաթոգեն և սապրոֆիտ հարուցիչներից) զարգացումով և հիվանդի մահով:

Կլինիկա

ՄԻԱՎ ինֆեկցիան պրոգրեսիվող հիվանդություն է: Հիվանդության կլինիկական պատկերը շատ բազմազան է: Ընդունված է Վ.Ի. Պոկրովսկու դասակարգումը (1989թ.), որի համաձայն տարբերում են հիվանդության 4 հիմնական ստադիա՝

I ստադիա՝ ինկուբացիոն շրջան. կարող է տևել մի քանի շաբաթից մինչև 6 ամիս, իսկ երբեմն էլ՝ մի քանի տարի:

II ստադիա՝ առաջնային արտահայտությունների շրջան (տևում է 2-3-ից մինչև 10-15 տարի), որն իր հերթին բաժանվում է՝

ա) սուր տենդային շրջան. ուղեկցվում է տարբեր աստիճանի արտահայտված տենդով, ֆարինգիտով, լիմֆադենոպաթիայով, լյարդի և փայծաղի մեծացումով, փորլուծությամբ, անկայուն և բազմատեսակ մաշկային ցանով (եղնջացան, պապուլոզ և պետեխիալ ցան): Առաջին կլինիկական ախտանիշների առաջացման ժամանակ արյան մեջ վիրուսի դեմ հակամարմիններ կարող են չհայտնաբերվել: Կարող է լինել լիմֆոցիտների քանակի պակասում, որն էլ ուղեկցվում է երկրորդային հիվանդությունների (կանդիդոզ, հերպես) կլինիկական արտահայտությունների զարգացմամբ: Այս շրջանում բուժումն արդյունավետ է: Այս փուլը տևում է մի քանի օրվանից մի քանի ամիս:

բ) անախտանիշ շրջան. լինում է ավշային հանգույցների չափավոր մեծացում: Արյան մեջ հայտնաբերվում են վիրուսի դեմ հակամարմիններ:

գ) զեներալիզացված (համատարած) լիմֆադենոպաթիայի շրջան. լինում է երկուսից ոչ պակաս ավշային հանգույցների մեծացում երկու տարբեր խմբերում: Այս փուլը տևում է 3 ամսից ոչ պակաս:

III ստադիա՝ երկրորդային հիվանդությունների շրջան՝

ա) քաշի կորուստ (10%-ից պակաս), մաշկի և լորձաթաղանթի սնկային, բակտերիալ և վիրուսային ախտահարում, կրկնվող ֆարինգիտներ, սինուսիտներ, գոտեվորող որքին: Ձարգանում է վարակվելուց 3-5 տարի անց:

բ) քաշի կորուստ (10%-ից ավելի), անբացատրելի դիարեա կամ 1 ամսից ավելի տևող տենդ, թոքերի տուբերկուլոզ, ներքին օրգանների ախտահարում բակտերիալ, սնկային, վիրուսային ինֆեկցիաներով և նախակենդանիներով, մաշկի խողոտումներ, տեղային Կապոշի սարկոմա: Շրջանը սկսվում է վարակման պահից 5-7 տարի անց:

գ) համատարած բակտերիալ, վիրուսային, սնկային, մակաբուծական հիվանդություններ, թոքաբորբ, համատարած պալարախտ, գերիյունվածություն, համատարած Կապոշի սարկոմա, ԿՆՅ-ի տարբեր պատճառագիտություն ունեցող ախտահարումներ: Այս շրջանը համարվում է խորը իմունոդեֆիցիտային և նշվում է որպես ՁԻԱՀ (ձեռքբերովի իմունային անբավարարության համախտանիշ): Շրջանը սկսվում է վարակման պահից 7-10 տարի անց:

IV ստադիա՝ տերմինալ (ծայրագույն) շրջան. օրգանների և համակարգերի ախտահարումները անշրջելի, հաջորդող բնույթ են կրում: Երկրորդային հիվանդություններին համապատասխան բուժման արդյունավետությունն աննշան է, և հիվանդը մահանում է մի քանի ամսվա ընթացքում:

Ախտորոշում

Հիմնվում են կլինիկական և էպիդեմիոլոգիական տվյալների վրա: Հարկավոր է ուշադրություն դարձնել որոշակի հիվանդությանը բնորոշ ախտանիշների վրա՝ առանց որոշակի պատճառների քաշի կորուսկ իջեցում, կայուն տենդի և դիարեայի առկայություն 1 ամսից ավել տևողությամբ, պոլիադենոպատիա, ատիպիկ պնևմոնիա, Կապոշի սարկոմա, կերակրափողի կանդիդոզ և այլն:

Լաբորատոր հետազոտությունն իրականացվում է 2 եղանակով՝

1) ուղղակի՝ այն որոշում է օրգանիզմում որոշակի սպիտակուցների և վիրուսային ՌՆԹ-ի առկայությունը, որոնք կազմում են վիրուսի անբաժանելի մասը:

2) անուղղակի՝ այն որոշում է օրգանիզմում ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ հակամարմինների առկայությունը:

Ներկայումս լայնորեն կիրառվում է ԻՖԱ-ն (իմունոֆերմենտային անալիզ), երբ արյան մեջ հայտնաբերում են հակամարմիններ, որոնք արտադրվում են օրգանիզմի կողմից ՄԻԱՎ վարակի դեմ: Հիվանդի երակից վերցնում են 5-7մլ արյուն, անջատում շիճուկը, պահում 8-10°C-ում: Դրական արդյունքների դեպքում հարկավոր է անցկացնել երկրորդ՝ Իմունոբլոտինգ տեսող, պատասխանը հաստատելու համար:

Իմունոբլոտինգի դեպքում նույնպես արյան մեջ հայտնաբերում են ՄԻԱՎ-ի դեմ հակամարմիններ: Այն ավելի թանկարժեք է, բարդ, երկար ժամանակ և որոշ լաբորատոր պայմաններ պահանջող եղանակ է, հետևաբար կիրառվում է դիագնոզի կրկնակի հաստատման ժամանակ:

Պոլիմերազային շղթայական ռեակցիան (ՊՇՌ) հնարավորություն է տալիս որոշել վիրուսային ՌՆԹ-ի առկայությունը արյան մեջ: Այն կիրառվում է զանազան տարբերակների ախտորոշման համար (օրինակ՝ շճադրական մայրեր ունեցող նորածինների մոտ, շճադրական անձանց շճաբացասական սեռական զուգընկերների մոտ):

Օրգանիզմին անհրաժեշտ է որոշ ժամանակ, որպեսզի ի պատասխան ներթափանցած վիրուսի արտադրվեն հակամարմիններ: ՄԻԱՎ-ով վարակված մարդկանց մոտ այդ պրոցեսը տեղի է ունենում վարակումից 3 ամիս անց, շատ դեպքերում՝ 6 ամիս և ավելի: Այդ իսկ պատճառով անհրաժեշտ է անցկացնել կրկնակի հետազոտություն, քանի որ այդ ժամանակահատվածում հակամարմինները կարող են դեռևս սինթեզված չլինել, և ախտորոշումը կլինի խաբուսիկ:

Բուժում և խնամք

Հիվանդը հոսպիտալացվում է ինֆեկցիոն ստացիոնարում ըստ կլինիկաեպիդեմիոլոգիական ցուցումների: ՄԻԱՎ ինֆեկցիայով կասկածելի անձանց հետազոտում են հատուկ կենտրոնների ամբուլատոր պայմաններում: Վիրուսակիրները հոսպիտալացման և մեկուսացման կարիք չունեն: ՁԻԱՀ-ի փուլում հիվանդներին հարկավոր է տեղավորել բոքսային բաժանմունքում, որպեսզի զերծ պահեն այլ ինֆեկցիայի հարուցիչներից:

Կարևոր նշանակություն ունի հիվանդի խնամքը: Հարկավոր է նրա համար ստեղծել խնայող, պաշտպանողական-հոգեբանական ռեժիմ, քանի որ որոշ հիվանդներ, գիտակցելով իրենց վիճակի ծանրությունը, կարող են ընկնել ծանր էմոցիոնալ ռեակցիայի մեջ: Քանի որ խորը իմունոդեֆիցիտի ստադիայում պայմանական պաթոգեն միկրոբները կարող են առաջացնել ծանր տարածված պրոցես, ուստի հիվանդները հատուկ խնամքի կարիք ունեն: Բուժ. անձնակազմը պետք է ցուցաբերի հատուկ զգուշություն և խստորեն պահպանի բոլոր հակաէպիդեմիկ կանոնները: Մասնագիտության հետ կապված պարենտերալ վիրուսային ինֆեկցիներով (ՄԻԱՎ-ինֆեկցիա, վիրուսային հեպատիտ B) վարակման պրոֆիլակտիկայի համար բուժ. անձնակազմը պետք է պահպանի հետևյալ կանոնները.

- Ցանկացած բժշկական մանիպուլյացիա կատարելիս ձեռքերը կարող են կեղտոտվել արյունով, շիճուկով կամ այլ բիոլոգիական հեղուկներով: Հետևաբար, անհրաժեշտ է օգտագործել երկու ձեռի մեծ մեղմոցներ: Օգտագործված ձեռնոցները չի կարելի նորից հագնել: Աշխատանքի ընթացքում ձեռնոցները հարկավոր է մշակել 70%-ոց սպիրտով կամ այլ դեզինֆեկցող նութով:

- Կտրող և ծակող գործիքներով (ասեղ, մկրատ) մանիպուլյացիա կատարելիս կամ էլ ֆլակոն կամ փորձանոթ բացելիս (արյուն կամ շիճուկ պարունակող) պետք է կիրառել բոլոր անհրաժեշտ միջոցները ձեռքերի և ձեռնոցների վնասվելը կանխելու համար:

- Անհրաժեշտության դեպքում հարկավոր է օգտագործել պաշտպանական ակնոցներ և վահանակ:

- Մաշկի պատահական վնասման դեպքում անմիջապես մշակել ձեռնոցները դեզինֆեկցող լուծույթներով և նոր միայն հանել, ապա, սեղմելով վերքը, արյուն հանել, հետո լվանալ հոսող ջրի տակ օճառով, մշակել 70%-ոց սպիրտով և վերքին քսել 5%-ոց յոդի լուծույթ: Ձեռքերը արյունով կեղտոտվելու դեպքում 30վրկ-ի ընթացքում մշակել անտիսեպտիկ նյութով թրջված բամբակե տամպոնով: Այնուհետև երկու անգամ լվանալ տաք հոսող ջրով և օճառով, չորացնել անհատական սրբիչով (անձեռնոցիկով):

- Աչքի լորձաթաղանթի վրա արյուն կամ այլ բիոլոգիական հեղուկ ընկնելու դեպքում անմիջապես այն լվանալ ջրով կամ 1%-ոց բորաթթվի լուծույթով, քթի լորձաթաղանթը՝ 1%-ոց պրոտարգոլի լուծույթով, բերանի խոռոչի լորձաթաղանթը՝ 70%-ոց սպիրտի լուծույթով կամ 0,5%-ոց կազիումի պերմանգանատի կամ էլ 1%-ոց բորաթթվի լուծույթով:

- Օգտագործված բժշկական գործիքները պետք է լվանալ ձեռնոցներով, որոնք նախօրոք ախտահանված են դեզինֆեկցող լուծույթով:

- Աշխատանքային սեղանը կեղտոտվելու դեպքում (արյունով կամ այլ բիոլոգիական հեղուկներով) դրա մակերեսը պետք է 2 անգամ մաքրել դեզինֆեկցող լուծույթով անմիջապես, իսկ հետո ևս 1 անգամ՝ 15 րոպե հետո:

- Արյան կամ շիճուկի այլ կոնտեյների մեջ գտնվող նմուշները պետք է հասցնել լաբորատորիա հերմետիկ փակված տարրայի մեջ, որը չի փչանում դեզինֆեկցիայից:

Բոլոր դժբախտ պատահարների դեպքում կազմվում է H-1 ձևով ակտ 2 օրինակից, իսկ բուժաշխատողի անհատական քարտում գրանցվում է պատահածի և կատարված պրոֆիլակտիկ միջոցառումների մասին:

ՄԻԱՎ ինֆեկցիայով հիվանդների բաժանմունքում գործում է նույն հակաէպիդեմիկ ռեժիմը, ինչ որ վիրուսային հեպատիտ B-ի դեպքում:

Քանի որ մինչ օրս հիվանդության վերջնական բուժում չի մշակվել, ուստի պետք է կիրառել այնպիսի միջոցներ, որոնք կարող են կանխել հիվանդության զարգացումը: Այժմ գոյություն ունեցող հակավիրուսային պրեպարատները թույլ են տալիս միայն դանդաղեցնել օրգանիզմում վիրուսի բազմացման արագությունը:

Որպես էթիոտրոպ թերապիա օգտագործում են նուկլեոզիդների խմբին պատկանող հակավիրուսային պրեպարատներ՝ ազիդոտիմեդին, տիմոզիդ: Նշանակում են ինդինավիր, նորվիր, վիրամուն և այլն: Իմուն համակարգը կարգավորելու նպատակով նշանակում են իմտերլեյկին, ռոնկոլեյկին, նեյպոգեն:

Տարվում է նաև սիմպտոմատիկ թերապիա օպորտունիստական վարակների բուժման նպատակով:

Հիվանդին, հաշվի առնելով նրա վիճակը, դուրս են գրում հետազոտություններից հետո:

Կանխարգելում

Սպեցիֆիկ պրոֆիլակտիկա մշակված չէ: Անհրաժեշտ է անցկացնել սան.-լուս. աշխատանքի կոմպլեքս բնակչության շրջանում՝ սկսած դպրոցական տարիքից: Սեռական ճանապարհով վիրուսի կանխարգելման համար անհրաժեշտ է տանել կրթական աշխատանքներ (նվազեցնել սեռական զուգընկերների քանակը, օգտագործել պահպանակ): Պարենտերալ ճանապարհով վարակը կանխելու համար բուժական օգնության ժամանակ հարկավոր է խստորեն պահպանել անվտանգության կանոնները (միանգամյա ներարկիչների օգտագործում, ներարկվող արյան հետազոտություն): Պերինատալ ճանապարհով վարակի կանխման համար վարակված կնոջը խորհուրդ է տրվում օգտագործել հակաբեղմնավորիչներ՝ հղիությունից խուսափելու համար: Կարևոր նշանակություն ունի ՄԻԱՎ ինֆեկցիայի վիրուսակիրների հայտնաբերումը բարձր ռիսկի խմբից: Հիվանդ մորից ծնված երեխաները պետք է մնան հսկողության տակ և հետազոտվեն 3 տարվա ընթացքում:

Օգտագործված գրականություն

1.	Թ.Ը. ԾՈՍՏՁ	“հայրՅՐՈՒՎԻՍՏա ՊապՏ տՐՈՒՆՎԻԿԱՍՓՈՒՏՎՈԻ ջՈՆՏապՁՈՎՈՒ՛՛”	ԾՏԻՍՁՈ 2002չ., “ԸՍՈՊաՎՈ՛”, 304ԻՅՐ.
2.	Ծ.Ժ. ՇԲԳՍ Ծ.Թ. ԸԻՅՈՒՖաՁՈ Թ.Ծ. ԽՈՐաՅՍՈՎՈ	“ԸՎԻԿԱՍՓՈՒՏՎՈԿ յՏապՁՎՈ՛”, ցԻԿաՊՈՒՍ	ԾՏԻՍՁՈ 2000չ., ԹԼԺ ԹձԺԽԺՁ ԾԻ ՏՂ, 330ԻՅՐ.
3.	Ձ.Թ. ԸՎՅՏՎՏՁՈ Ծ.Ծ. ԸՎՅՏՎՏՁ Ժ.Ը. ԽՈՒՏՁՎՏՁ	“ԸՎԻԿԱՍՓՈՒՏՎՈԿ յՏապՁՎՈ՛”, ցԻԿաՊՈՒՍ Պա՛ ՎաՊ. ցԻՈՒՍՈՒՔ ՈՒՍՏապՊՁաՊ.	ԽՈՎՍՅ-ԿաՅաՐոցՐչ 2000չ., 508ԻՅՐ.
4.	Ը.Կ. ԽՈՁՈՎՓաՁ Թ.Խ. ԾՈՅՍՏՁԻՍՈՒ՛՛	“ԽտՐՈՁՏԻՎՈՒՍ տՏ ՈՒՎԻԿԱՍՓՈՒՏՎՈՎ յՏապՁՎ՛ Վ՛”, 3-ա ՈՒՂՊ.	ԾՏԻՍՁՈ, ԾաՊՈՓՈՎՈ 1986չ., 320ԻՅՐ.

Թարգմանված է՝ Վ.Ա. ՄալոՎի «Քույրական գործը ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ» ուսումնական ձեռնարկի ռուսերեն բնօրինակից
Երևանի պետական հենակետային բժշկական քոլեջի դասախոս՝ Կ.Զ.
Մնացականյանի կողմից:

Համակարգչային շարվածքը և սրբագրումը՝ Լ.Զ. Հարությունյանի