

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ԽՍՀ ՍՈՑ.ՈՂԿՈՄՍՑ

Պրոֆ. Հ. ԳԱԲՐԻԵԼՅԱՆ

Կ Ա Ր Մ Ր ՈՒ Կ

ՀԵՍՀ ՊԵՏՀՐԱՑ 1937 ՅԵՐԵՂԱՆ

31 JAN 2018

ՀԱՅԿԱԿԱՆ ԽՍՀ ԱՌԺՈՂԿՈՄՈՍՏ

616.91.

Պրոֆ. Հ. ԳԱՐԻԻԵԼՅԱՆ

ԿԱՐՄՐՈՒԿ

ՀԽՍՀ ՊԵՏՀՐԱՏ 1937 ՅԵՐԵՎԱՆ

ԿԱՐՄՐՈՒԿԻ ՆՇԱՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ

Գիտնական Յոհաննոն (Johannon 1926 թ.) կարմրուկն անվանել է ամենատարածվելի բժավոր հիվանդությունը:

Կարմրուկը սուր վարակիչ հիվանդություն է: Նա ունի ցիկլիկ ընթացք, տարածվում է մեծ կամ փոքր համաճարակներով:

Վորովհետև կարմրուկով հիվանդանում են զբլխավորապես յերեխաները, ուստի և այդ հիվանդությունը մանկական բժավոր հիվանդություն է կոչվում:

Կարմրուկը գտնել են մյուս բժավոր հիվանդություններից 18-րդ դարի կեսից: Սակայն նա հայտնի է չեղել հին դարերում:

Յեվրոպայում կարմրուկը հայտնի յե դարձել մեր թվադրության 6-րդ դարից: Սարակինոսներն են այդ հիվանդությունը բերել Ասիայից: Կարմրուկի առաջին նկարագրությունը տվել է արաբ բժիշկ Ռաջեն: Ժամանակի ընթացքում կարմրուկը մուտք է գործել յերկրագնդիս ամենահեռավոր տեղերը, խաղաղ ովկիանոսի կղզիները:

Կարմրուկն ավելի շատ գոհեր է տանում, քան բուժեն ռ գիֆտերիան միասին վերցրած:

Պետերբուրգում 1888 թվից մինչև 1904 թվի միջին հաշվով յուրաքանչյուր տարի մահացել են 650



1-37329x

հողի: Վերջին տարիները Հենինգերադը տալիս է ավելի պակաս մահացություն:

Գերմանիայում նախապատերազմական տարիներին մահանում եյին կարմրուկից 40-45,000 չեքեխա:

Վորոշ յերկրներում, ինչպես Անգլիայում, կարմրուկն ըստ մահացության տոկոսի զբաղում է առաջին տեղը տուբերկուլյոզից հետո: Այնտեղ 1917 թվին տուբերկուլյոզից մահացել են 55,934 մ., կարմրուկից՝ 10,538 մարդ: Ինֆեկցիաների շարքում հետզհետե մահացությունը կարմրուկից և կարմրուկի համաճարակներից բռնում է առաջին տեղը:

Մոտավոր հաշվով միայն Յեվրոպայում 1900-1910 թ. թ. մարդկային կորուստը կարմրուկից հաշվվում է մի միլիոնից վոչ պակաս:

Ամերիկայի Միացյալ Նահանգներում 1901-1920 թ. թ. կարմրուկը տվել է մոտ 100,000 զոհ:

Կարմրուկի նշանակությունը չի սպառվում միայն վերոհիշյալով:

Նա վտանգավոր է և նրանով, վոր խիստ թուլացնում է մանկան որգանիզմը, նրան դարձնում է մատչելի, ախտընկալ ուրիշ հիվանդությունների հանդեպ:

Փաստ է, վոր անգամ թեթև կարմրուկից հետո, յեթե անմիջապես յերեխան հիվանդանում ե կապույտ հազով, դիֆթերիայով, մանավանդ տուբերկուլյոզով, ապա այդ հիվանդություններն առանձնապես ծանր են ընթանում, առավելապես վտանգավոր են դառնում:

Բացի այդ, կարմրուկն աղղում է մարդկային

կյանքի միջին տևողություն վրա, կարճացնում և մարդու կյանքը:

Ուրինակ՝ Ֆարերյան կղզիներում, այն ժամանակաշրջանում, յերբ այնտեղ կարմրուկ չի յեղել, ամենամեծ մահացությունը չեղել է 80-90 տարեկաններին մեջ, մինչդեռ հարևան Դանիայում նույն ժամանակ ամենամեծ մահացությունը յեղել է 60-70 տարեկանների մեջ: Տարբերությունը յերկու վայրերի միջև այն է, վոր Դանիայում կարմրուկն անպակաս է յեղել:

Այնուհետև կարմրուկն ունի և մի այլ բացասական կողմ. այդ այն է, վոր կարմրուկը յերեխային դարձնում է զգալուն՝ հանդեպ տուբերկուլյոզի: Այդ վտանգն առավելապես մեծ է լինում այն պատճառով, վոր կարմրուկն ախտահարում է վոքրահասակ չեքեխաներին: Այդ է պատճառը, վոր կարմրուկն ամեն տարի տուբերկուլյոզի համար հարյուր հազարավոր մանուկների յե նախապատրաստում:

ԿԱՐՄՐՈՒԿԸ ՅԵՎ ՀԱՍԱԿԸ

Կարմրուկից հիվանդանում են ամեն հասակի մարդիկ:

Դրան ապացույց կարող են ծառայել հիվանդացումները զորքի շարքերում պատերազմի ժամանակ:

Դրան կարող են ապացույց լինել յերբեմնակի համաճարակները հեռավոր կղզիներում, ուր տասնյակ տարիների ընթացքում հազորդակցության բացակայության պատճառով համաճարակներ չեն լինում: Յեվ յերբ յերկար ընդմիջումից հետո վարակ է մըտնում կղզին, հիվանդանում են և մանուկները և հա-

սակավորները, վերջիններիս թվում և ծերերը:

Այսպես և յեղել, որինակ՝ հիշյալ Ֆարերյան կղզիներում:

Բայց և այնպես կարմրուկի նկատմամբ ամենից ավելի զգալուն և մանկական հասակը:

Մանկական հասակում ամենազգալուն շրջանը 6 ամսից մինչև 5-6 տարին և: Ամենամեծ մահացությունն ընկնում և 6 ամսից մինչև 2 տարեկան հասակին:

Փարիզի վիճակագրությունից տվյալների համաձայն, միջին մահացությունն ըստ հասակի 1904-1913 թ. թ. յուրաքանչյուր 10,000 մարդու նկատմամբ ունեցել և հետևյալ պատկերը:

0 ամսականից—3 ամսական—5,26			
3	«	6	« 22,03
6	«	12	« 78,98
1 տարեկանից	2 տարեկան	75,75	
2	«	3	« 37,61
3	«	4	« 12,67
4	«	5	« 7,07

Փարիզում (L' hôpital Claud Bernard) 1922-1923 թ. թ. մահացությունը կարմրուկից մինչև 1 տարեկան հասակը կազմել և հիվանդացողների 43,3 տոկոսը:

1 տարեկանից	մինչև 2 տար.	36,16 տոկոս,
2 տարեկանից	մինչև 3 տար.	17,11 տոկոս,
3	« 4	« 5,6 տոկոս,
4	« 5	« 0 տոկոս:

Ըստ գերմանական հեղինակ Պֆաունդլերի (Pfaundler) Գերմանիայում մեծագույն մահացությունը

կարմրուկից չեղել և մինչև 6 տարեկան հասակը, այն և՛ 86,5 տոկոս, 6-14 տար.՝ 13,5 տոկոս:

Ըստ Հենոխի (Henoch) մահացությունը մինչև 2 տարեկան հասակը կազմել և 55 տոկոս:

Ըստ Հոլիդեյի (Holliday) Անգլիայում մինչև 2 տարեկան հասակը մահացությունը տասն անգամ ավելի մեծ և յեղել, քան ավելի բարձր հասակ ունեցողների մեջ:

Ըստ Պրինցինգի (Prinzinger) մանկան յերկրորդ տարին տալիս և ամենամեծ մահացությունը:

Իհնչն և պատճառը, վոր մինչև 6 ամսական հասակը յերեխաներն անախտընկալ են լինում:

Նախ՝ այդ անախտընկալությունը հարարերական և. հայտնի չեն դեպքեր, յերբ կարմրուկով հիվանդացել են անգամ ութ որական յերեխաները: Նորածինները կարող են ծնվել կարմրուկով. դա այն դեպքում և լինում, յերբ պտուղը վարակվում և ներարդանդալին կյանքում իր մորից: Մինչև 3-6 ամսական հասակ ունեցող յերեխաների անախտընկալությունը պիտի համարել մորից ստացած և ստացվող իմունիտետով, վորը սակայն հետզհետե չքանում և վոմանց մեջ շուտ, մյուսների մեջ քիչ ուշ:

Այսպես ուրեմն հասակի ազդեցությունը թե հիվանդացման և թե, վոր ավելի կարևոր և, մահացությունից վրա հսկայական և:

Այդ համաճարակագիտական փաստն ուսուցանում և մեզ առանձին հոգ տանել յերեխաներին նրանց ամենավտանգավոր տարիքում և ըստ կարելույն կանխարգելել հիվանդությունը:

ԱՆՅԿԱՅՐԱԾ ԿԱՄ ՌԻՂԵԿԻՑ ՀԻՎԱՆԴՈՒ- ԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱԶԻԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ

Կարմրուկով հիվանդները հեշտությամբ են յեն-
թարկվում բարդություններ: Այս հանգամանքն
առանձնապես նշելի յե, վորովհետեւ բարդությունները
զաւրս են լրջացնելու հիվանդի կացությունը:

Խիստ կարեւոր է այն առողջական կացությունը,
վորի ժամանակ վրա յե հասնում կարմրուկը:

Յեթե հիվանդը դեռ չի կազդուրվել նախընթաց
հիվանդությունից, այդ դեպքում կարմրուկը նրա
համար ավելի ծանր է լինում:

Ի բնե թուլերը, ռախիտիկները, ժառանգական
սիֆիլիս ունեցողները, գրիպից նոր ապաքինվածնե-
րը միշտ տաւիս են բարձր մահացություն: Այդ շար-
քին են պատկանում նաեւ մարսողական ուղիների
խանգարումներ ունեցողները, մանավանդ արհեստա-
կանորեն սնվողները, տուբերկուլյոզով տառապողնե-
րը և վերջապես նրանք, ովքեր կարմրուկի ժամա-
նակ դիֆթերիա են ստանում:

Վերոհիշյալ ֆակտորների ազդեցության մասին
վկայում են Դեգկվիցի (Degkwity) տվյալները. Համ-
բուրգի մի մանկատանը կային 66 ռախիտիկ, սիֆի-
լիտիկ և տուբերկուլյոզով հիվանդներ—5 մասից
մինչև 2 տարեկան: Դրանց ընդհանուր մահացությու-
նը կարմրուկից յեղել է 37 տոկոս. մի տարեկանից
փոքր մանուկների մեջ՝ 54 տոկոս: 7 տուբերկուլյոզ
ունեցողից մահացել են 5-ը: 14 կարմրուկով հիվանդ-

ները միաժամանակ հիվանդացել են և դիֆտերիա-
յով, նրանցից 13-ը մահացել են:

Այստեղ առանձին հիշատակության արժանի յե մի
շատ կարեւոր հանգամանք, վոր աւտիվ տուբերկու-
լյոզը մանկան կարմրուկի պրոցեսի ազդեցության
ներքո կարող է դառնալ աւտիվ:

ԿԼԻՄԱՆ ՅԵՎ ԿԱՐՄՐՈՒԿԸ

Կարմրուկի համաճարակը պոթվում է և՛ հարավի
և՛ հյուսիսի ժողովուրդների մեջ, բոլոր կլիմայական
գոտիներում:

Սակայն մեծ կապ կա մի կողմից տարվա յեղա-
նակի, մյուս կողմից համաճարակի թույլ կամ սաս-
տիկ թափի միջև: Յուրտ սեզոններին ավելի շատ
հիվանդացումներ են տեղի ունենում:

Ըստ Հիրշի (Hirsch) վիճակագրության, վորը հիմ-
նված է 530 համաճարակի վրա, 339 համաճարակ ընկ-
նում է ձմռան ու գարնան ամիսներին և միայն 191-ը՝
տարվա տաք ամիսներին:

Ըստ նույն հեղինակի՝ 213 համաճարակներն, ըստ
տարվա յեղանակների, հետևյալ պատկերն են ներկա-
յացրել.

59	— —	ձմրանը
76	— —	գարնանը
30	— —	ամրանը
48	— —	աշնանը:

ՍՈՅԻԱԼ—ՀԻԳԻԵՆԻԿ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՆ ՌԻ ԿԱՐՄՐՈՒԿԸ

Բնակարանային անապատ պայմանները (նեղ-
վածք և այլն), վատ ոդափոխությունը, լույսի ա-

Ղրտուկթյունը, վատթար սանիտարական պայմանները, կեղտը, անբավարար սնունդը, ցրտից վատ պաշտպանվող շենքերը, անբավարար հաղուստը—այս ամենը հանդիսանում են կարմրուկի լավագույն դաշնակիցները:

Այդ և պատճառը, վոր կարմրուկից քաղաքն ավելի մեծ մահացությունն է տալիս, քան գյուղը:

Ամերիկյան տվյալները հաստատում են այդ պերճախոս կերպով: Նույնը հաստատում են և ֆրանսիական տվյալները:

Ըստ Գեբրեյի Փարիզում մահացությունը 3 անգամ ավելի յե մեծ, քան բնակչության այնպիսի վայրերում, ուր մարդկանց թիվը 5000-ից ավելի չէ:

Այդ հեղինակի տվյալներով՝ ինչքան ավելի մեծ է բնակչիչների թիվը, այնքան ավելի բարձր է մահացության տոկոսը:

Որինակ՝ 1906—1913 թվերին Փարիզում կարմրուկից մահացել է 235 հոգի (1,000,000 բնակչությունից), իսկ այն քաղաքներում, ուր բնակչության թիվը 30,000-ից ավելի չէ—164 հոգի, այն քաղաքներում, ուր բնակչությունը 5000-ից 30,000 է, մահացողների թիվը կազմել է 104 մարդ, իսկ գյուղերում, ուր բնակչության թիվը 5000-ից պակաս է՝ 66 մարդ:

Նույն որինաչափությունն ստացվում է և տարեկան մահացության գործակցի նկատմամբ:

Մահացության գործակիցը

Քաղաքներ 30,000

բնակչությամբ

0—1 —31,4

1—19 —6,5

Բոլոր հասակները 21,5

0—1 —176,1

1—19 —27

Բոլոր հասակներից 11,9

0—1 —150,7

1—19 —13,8

Բոլոր հասակներից 7,7

Բնակչության թիվը
5000-30,000

Բնակչության թիվը
5000-ից պակաս

ՆՅՈՒԹԱԿԱՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԸ ՅԵՎ ԿԱՐՄՐՈՒԿԸ

Բերտիցոնն ուսումնասիրել է այդ հարցը Բերլինի, Վիեննայի և Փարիզի բնակչության վերաբերմամբ ('86-1807 թ. թ.) և ստացել այնպիսի արդյունքներ, վորոնք հաստատում են նյութական պայմանների ազդեցությունը կարմրուկից առաջացող մահացության վրա:

Բերտիցոնն ստացել է տարեկան միջին մահացության հետևյալ թվերը՝ յուրաքանչյուր 100,000 բնակչության նկատմամբ:

	Խիստ ջքավոր	Ունեվոր	Հարուստ	Շատ հարուստ
Փարիզ—66,7	55,5	37,1	23,9	9,2
Բերլին—32,0	27,1	24,4	14,9	6,9
Վիեննա—112,0	73,9	85,8	63,9	2,7

Դերերն վորոշակի հաստատել է, վոր ունեվորների թաղամասերում, ուր անհամեմատ ավելի քիչ մարդիկ ունեն վատ բնակարան, մահացությունը թե տանը և թե հիվանդանոցում զգալիորեն պակաս է, քան ջքավորների մեջ:

ՆԵՂՎԱԾՔԸ ՄԱՆԿԱՏՆԵՐՈՒՄ ՈՒ ՀԻՎԱՆԴԱ- ՆՈՑՆԵՐՈՒՄ ՆՈՒՅՆՊԵՍ ԱՆԴՐԱԴԱՌՆՈՒՄ Ե ԿԱՐՄՐՈՒԿԻ ՄԱՀԱՅՈՒԹՅԱՆ ԶԱՓԻ ՎՐԱ.

Ըստ Դեգելվիցի՝ մինչ Գերմանիայում ընդհանուր մահացությունը կարմրուկից 6-7 տոկոս է, մսուր-ներում և մանկատներում հասել է 27 տոկոսի, իսկ հիվանդանոցներում, մի քանի համաճարակների ժա-մանակ հասել է 50 տոկոսի:

Փարիզում 1880-86թ. թ. հիվանդանոցներում մա-հացությունը հասել է 46 տոկոսի:

Ստրասբուրգի կլինիկայում 1911 թվին մահացու-թյունը յեղել է 58 տոկոս, Համբուրգի վորբանոցում ծծկերների մահացությունը կազմել է 50 տոկոս, յերկու տարեկաններինը՝ 33 տոկոս:

Այդ առեւելի մահացությունը հիվանդանոցներում, բացի բնակարանի նեղվածքը բացատրվում է և մի ուրիշ հանգամանքով, այն է՝ խառը վարակումներով, վո-րոնք անպայմանորեն առաջանում են հիվանդների համար մեկուսարաններ չլինելու հետևանքով:

Փարիզի հիվանդանոցների այդ ահագին մահա-ցությունը պակասել է միայն այն ժամանակից, յերբ բացել են մեկուսարաններ, բոքսեր:

Ռուսաստանի հիվանդանոցներում ևս շնորհիվ խտության, վատ սանիտարական պայմանների, մա-հացությունը նույնպես յեղել է բարձր: 1896 թ. Պետերբուրգի Բոտկինյան հիվանդանոցում նա յեղել է 15,5 տոկոս, Ուդենբուրգի հիվանդանոցում՝ 18 տո-կոս, Մոսկվայի Ռուսակովյան հիվանդանոցում՝ 27 տոկոս:

Ուրեմն մի շարք սոցիալ—հիգիենիկ պայմանների ազդեցությունը կարմրուկի վրա անվիճելի է:

Պրինցիպի լիարժեք վիճակագրական աղյուսակը, վոր ընդգրկում է կարմրուկի մահացության դինա-միկան յեվրոպական յերկրներում, 50 տարուց ավելի մի ժամանակաշրջանի նկատմամբ, ցույց է տալիս, վոր այն դաժան մահացությունը. վոր յեղել է 50 տարի առաջ, հետզհետե նվազում է: Այդ տեսակետից մենք ամեն հիմք ունենք սպասելու, վոր մեր Միու-թյան սահմաններում, ուր անախընթաց սոցիալա-կան տեղաշարժ է կատարվում, ուր աշխատավոր մասսաների բարեկեցությունն արագորեն աճում է, մահացությունը կարմրուկից նվազագույն, մինիմալ չափերի հասնի:

ԱՆՏՐՆԿԱԼՈՒԹՅՈՒՆԸ ԿԱՐՄՐՈՒԿԻ ՆԿԱՏՄԱՄԲ

Մարդկային ցեղը խիստ ախտընկալ է կարմրուկի նկատմամբ: Կարմրուկով վարակվելու ընդունակ մար-դիկ կազմում են բնակչության խոշորագույն մասը՝ 98-99,6 տոկոսը:

Նրան յենթակա յեն բոլոր հասկները՝ և փոքրե-րը և մեծերը, ինչպես վերը հիշել ենք: Սովորաբար նորմալ պայմաններում, նորմալ միջավայրում մեծե-րը չեն հիվանդանում, վորովհետև նրանք, նախքան մեծանալը, բազմիցս յենթարկվել են վերուսին ու հի-վանդացել:

Հետաֆնաց և հեռավոր վայրերում, ուր յերթե-կություն չկա, յերբ վարակ է առաջանում, փոքրե-րի հետ, միաժամանակ հիվանդանում են և մեծերը: Այդպես է յեղել 1846 թվին:

Ֆարերյան կղզիներում 60 տարվա ընթացքում կարմրուկ չի յեղել։ Բայց բնակչության 90 տոկոսը հիվանդացել է, հենց վոր վարակ է յերեվացել։

Նորմալ պայմաններում յերեխաներն են դերապանցորեն ախտահարվում։

Մինչև 6 ամսական հասակը հիվանդացման դեպքեր քիչ են լինում։

Շատերի կարծիքով մինչև 2 ամսական ծծկերները բացարձակ իմունիտետ ունեն։ ալդ իմունիտետը նրանք ստանում են մորից՝ նրա արյան միջոցով։ իմունիտետը պահպանվում է վորոշ ժամանակ, վորից հետո հետզհետե վերանում է։

ՎԱՐԱԿՎԵԼՈՒ ՁԵՎԸ

Կարմրուկն անցնում է հիվանդից առողջին համարյա բացառապես մանր մասնիկների միջոցով, վորոնք ցնդուն են, արագաշարժ և ողի հոսանքով ցրվում են։ Շատ հեղինակներ հաստատում են, վոր կարմրուկի վիրուսը մի հարկից մյուս հարկը կարող է անցնել ողափոխության (վինտիլացիայի) անցքերով։ վիրուսը կարող է և հեռու տարածվել, յեթե ողը շարժուն է։

Իրերի կամ յերրորդ անձնավորության միջոցով վարակի փոխանցում ընդհարապես չի լինում։ Յեթե անգամ լինում են այդպիսի դեպքեր, ապա դրանք էլ ծայրահեղորեն բացառիկ են։

Կարմրուկը կարող է հղի կնոջից անցնել յերեխային արգանդի միջոցով, յեթե մայրը ծննդից առաջ կարմրուկով հիվանդանում է։

Հաստատապես վորոշ է, վոր կարմրուկը վարակիչ

է հենց սկզբից, նախանիշների շրջանից սկսած։ Նրամանապես անվիճելի յե համարվում այն, վոր կարմրուկը դադարում է վարակիչ լինել ցանից 6 որ հետո։

ԿԱՐՄՐՈՒԿԻ ԿԼԻՆԻԿԱՆ

Նորմալ կերպով ընթացող, տիպիկ կարմրուկն ունի զարգացման չորս շրջան։

1) Ինկուբացիոն,

2) Նախանիշների շրջան,

3) Ցանի շրջան,

4) Ապաքինման կամ թեփոսման, կամ թեպիզման շրջան։

Ինկուբացիոն շրջանն առհասարակ լինում է կայուն և ունի վորոշ տևողություն։ Ինկուբացիոն շրջանն սկսվում է վարակման մոմենտից և վերջանում է հիվանդության առաջին սիմպտոմները յերևան գալով։ Ամենից հաճախ, դեպքերի ճնշող մեծամասնության դեպքում այդ տևողությունը հավասար է 13 որվա։ Լինում են նաև վարիանտներ՝ 12—14 որ բացառիկ դեպքերում ինկուբացիոն շրջանը կարող է յերկարաձգվել մինչև 24—28 որ։

Հիվանդության այդ շրջանն արտաքուստ չի արտահայտվում, թեև նա ևս որդանիղմի և կարմրուկի վիրուսի (վարակի) միջև տեղի ունեցող փոխազդեցության մի ակտիվ փուլ է հանդիսանում։ Այդ ներքին ակտիվությունը արտահայտվում է, որինակ, հետեվյալ յերևույթներով։ հիվանդի արյան մակարդումը դանդաղում է. արյան սպիտակ գնդիկները—լեյկոցիտները մի շարք փոփոխությունների յեն յենթարկ-

վում. յերեխայի քաշը փոխվում ե:

Նախանիշներն շրջանը (պրոդրոմալ) հաջորդում ե ինկուբացիոն շրջանին. յերբեմնի աշխույժ, առողջ յերեխան փոխվում, թուլանում ե, գանգատվում ե գլխացավից. նրա տաքությունը արագ բարձրանում ե մինչև 39-39,5: Սկսվում ե հարբուխ, փռշտոց, չոր հազ, քթից առատորեն պարզ հեղուկ և արտաթորվում: Առավոտյան տաքությունը բավականաչափ իջնում ե, յերբեմն հասնում ե նորմալին, սակայն կատառալ յերեվոլյութիները շատանում են: Յերկրորդ որվա վերջում աչքի յե բնկնում աչքերի բորբոքում:

Աչքից արցունք կամ թարախախառն արտաթորանք ե հոսում. սկսվում ե նաև լուսավախություն: Յերբորդ որը տաքությունը նորից բարձրանում ե, կատառալ նշաններն ել ավելի յեն ուժեղանում. չոր, հաճախակի հազը յերբեմն հանգիստ չի տալիս մանկան, նրա ձայնը կորցնում ե իր բնական հատկությունը, դառնում ե խզված, խռպոտ, վորն արտահայտություն ե ձայնալարերի ախտահարման: Յերբեմն շնչառությունը դառնում ե աղմկոտ, յեթե յերեխան նեվրոպատիկ ե, այդ դեպքում կարմրուկին հատուկ սովորական լ ա Ր ի ն գ ի տ ը կարող ե փոխվել ծանր ձևի. կարող ե առաջ գալ, այսպես կոչված, կեղծ կրուպ, վորի ժամանակ մերթ ընդմերթ յերեխան շնչահեղձվում ե:

Այդ ժամանակ բերնի լորձաթաղանթի վրա յերևան են գալիս յերկու ախտանիշ (սիմպտոմ), վորոնք յուրահատուկ են և բնորոշ կարմրուկի համար:

Մեկն այդ ախտանիշներից կրում ե այն յերկու հեղինակների անունները, վորոնք միաժամանակ նը-

կատել են այդ ախտանիշը և նկարագրել այն: Այդ ախտանիշը կոչվում ե Կոպլիկ—Ֆիլատովի ախտանիշ:

Դրանք՝ մանր, սպիտակավուն, քիչ կապտավուն կետեր են՝ կարմիր պսակով ողակված և առաջանում են ալտերի լորձաթաղանթի, շրթունքների, լնդերի վրա, մնում են 4-6 որ և ապա չքանում: Այդ կետերը նման են թեփի: Դրանք արտահայտություն են լորձաթաղանթի վրա առաջացած ցանի, վորի հետևանքով լորձաթաղանթը ճարպային կազմափոխման ե յենթարկվում և թեփոտվում ե:

Ֆիլատով—Կոպլիկի բծեր առաջանալու հետ միաժամանակ կամ քիչ հետո արտաքին մակերեսներին առաջացող ցանից առաջ, կարծր կամ փափուկ քիմքի վրա, կամարների, նշագեղձերի և ըմպանի յետևի պատի վրա յերեվան են գալիս խոշոր, անկանոն ձևի կարմիր բծեր, վորոնք ենանթեմա (ներքին ցան, ներցան) են կոչվում:

Գուլիերի ժամանակ ևս կարող ե ենանթեմաներցան լինել: Միայն այս դեպքում նա ուրիշ տեսք ե ունենում և նման ե մանրադուլյն կանոնավոր տպագիր կետերի, վորոնք դասավորված են լինում փափուկ քիմքի միայն կենտրոնում:

Կարմրուկային ենանթեմայի շրջանում կարող ե քթից յերկարատև և սաստիկ արյունահոսություն առաջանալ: Յերբեմն արյունահոսությունը վաղաժամ ե սկսվում, այն ե՝ պրոդրոմի շրջանում, լինում ե յերկարատև (մի քանի որ) և առատ արյան մեծ կորուստը կարող ե վտանգավոր սակավարյունություն (անեմիա) առաջացնել:

Ի վերջո պրոդերոմալ շրջանում յերբեմն կարող և լուծ պատահել. դա ավելի հաճախ նկատվում է փոքրահասակ յերեխաների, առանձնապես արհեստակա- նորեն սնվողների մեջ:

Այդ լուծը հետևանք է կարմրուկի վարակից ա- ռաջացող թուլյաների ազդեցության, թուլյաներ, վորոնք ֆլասում են մարսողական ուղիների լորձաթաղանթը:

Յանի առաջացման շրջանն սկսվում է չորրորդ ո- րը: Յերեվան են գալիս բաց գուլնի բծեր, պապուլա- ներ, վորոնք նախ և առաջ յերեվում են ականջների յետեվում, մազերի տակ, ալոերի վրա, քունքերին, քթի ու մեջքի վրա:

Այդ ժամանակ մնացած բոլոր ախտանշանները զար- գանում են. չոր հազը դառնում է ավելի հաճախակի, տանջող. աչքերի կոպերն ալրվում են, կաշում են ի- րար՝ թանձր թարախային հեղուկով. լեզուն փառա- կալում է. նշագեղձերը, ըմպանի յետեվի պատն ալ կարմիր են դառնում. տաքությունը 40 և ավելի է. ախորժակ չի լինում, հիվանդը սաստիկ ծարավ է զգում, շրթունքները չորանում են և յերբեմն ճաք- ճքում:

Յանը զարգանում է վորոշ հետեվողականությամբ. առաջին որն առատ ցան է նկատվում դեմքին, գըլ- խալորապես դեմքի կենտրոնում, քթի, շրթունքների, կզակի վրա, ալոինքն ալն տեղերում, վորոնք խը- նալված են լինում քութեղի ժամանակ. յերեսի ալո մասը քութեղի ժամանակ գունատ է լինում և կոշ- վում է քութեղային յեռանկյունի:

Յերկրորդ որը թանձր ցանը ծածկում է ամբողջ իրանը և մասամբ ստորին ծայրանդամները. 40-40,5

մ. հիվանդի դեմքը խիստ բնորոշ է՝ կարմիր յերես, փքված և ալոլած կոպեր, լալն քիթ, հաստ շրթունք- ներ:

Յերրորդ որը ցանը դալկանում է դեմքին, փարթամ է լինում իրանի վրա և առատ՝ ծայրանդամների վրա: Այսպիսով ցանի ամբողջ շրջանը ընդհանրապես տեվում է 3 որ:

Յերրորդ որվա վերջին ցանը հասնում է առավե- լագույն զարգացման և ապա սկսում է թողնել ցանի թողնումի հետ գուգընթաց սկսում են նվազել նաև մյուս ախտանշանները:

Չորրորդ շրջանը ամոքման, թեփոսման, պիգմեն- տացիայի շրջանն է: Յեթե կարմրուկը բարընթաց է, յեթե չկան բարդություններ, ցանի դուբս գալուց յերեք որ անց տաքությունն իջնում է, կատառալ յերեվությունները, կոպերի կատառը, հարբուխը, ըմպա- նի կարմրությունը, հաղն սկսում են մեղմանալ: Հի- վանդն սկսում է թարմանալ, աշխուժանալ, ախոր- ժակը բացվում է, հիվանդն սկսում է հետաքրքրվել իր շրջապատով, մաշկն սկսում է թեփոսել (մանրիկ թեփով):

ԿԱՐՄՐՈՒԿԻ ԸՆԹԱՑՔԸ

Կարմրուկի ցանն ունի բժավոր, պապուլեոզ բը- նույթ. կարմրուկալին բիծը յուրատեսակ զարգացում է ունենում. բիծն սկզբից մանր է լինում, ասեղի դնդի չափ. ապա նա արագորեն մեծանում է, հաս- նում է վոսպի մեծության. ծայրերն անհավասար ու կտրտված են լինում. բժի մակերեսն սկզբում հարթ է լինում հետո նրա կենտրոնը բարձրանում է, բիծը

դառնում ե պապուլա. բիծն առաջ վարդագուլն ե լինում, հետո դառնում ե կարմիր, ինքը, բիծը քիչ բարձրանում ե նորմալ մաշկի մակերեսից, այդ բարձրացումը հեշտ ե նկատել նաև շոշափելի:

Յերբեմն պապուլաները շատ պարզորոշ արտահայտված են լինում. առատ քրտնաթորության ժամանակ պապուլաների կենտրոնում լցրելան են դալիս փամփուշտիկներ թափանցիկ պարունակով յամբ, այդպիսի ցանը կոչվում ե կորեկանման ցան: Յեթե բծերը խիտ են դասավորված, ապա նրանք միաձուլվում են, և այդպիսի կարմրուկը կոչվում ե միաձուլ կարմրուկ:

Յերբեմն արյունազեղում ե առաջանում: Ցանն ստանում ե կապտակարմրագույն տեսք: Սեղմելուց արյունազեղումը չի չքանում, այդպիսի ցանը կոչվում ե պետեխիալ ցան:

Հեմոռալիկ կարմրուկը տարբերվում ե պետեխիալից նրանով, վոր առաջինի ժամանակ արյունազեղում լինում ե վոչ միայն բծերում, այլև նրանցից դուրս, մաշկի վրա: Բացի այդ, հեմորագիկ կարմրուկի ժամանակ արյունազեղումներ կարող են առաջանալ նաև լորձաթաղանթներից: Վերջին տեսակի կարմրուկը ծանրագույնն ե և համարվում ե մահացու:

Ցանը՝ հասնելով իր զարգացման գագաթնակետին, մնում ե աչդ դրության մեջ սովորաբար մի ուր կամ ավելի և ապա սկսում ե թոշնել: Թոշնումը տեղի յե ունենում նույն հետեղականությամբ, ինչ կարգով ցանը դուրս ե տվել—առաջ դեմքին, հետո՝ իրանի վրա և ապա ծալրանդամների վրա: Վառ կարմիր բը-

ձերը դառնում են բաց դեղնագույն: Այդ ժամանակ ցանը սեղմելուց չի անհետանում. առաջանում ե պիգմենտացիա, վորը մնում ե նկատելի մի շաբաթից մինչև լերկու շաբաթ:

Այդ պիգմենտացիան այնպիսի մի բնորոշ ախտանիշ ե կարմրուկի համար, վոր նրա հիման վրա ճշտիվ կարելի յե կարմրուկի հետագարձ դիագնոզ դընել:

Թոշնումի հետ միաժամանակ կամ քիչ հետո թեփոտում ե սկսվում. թեփոտումն այնքան ավելի առատ և սաստիկ ե լինում, վորքան ավելի խիտ ե լցրել ցանը. այդ յերեվույթն առանձնապես խիտ ե արտահայտվում դեմքի վրա:

Կարմրուկի թեփոտման ժամանակ վերնամաշկը յերբեք չի իջնում լաթերով, ինչպես այդ լինում ե քուրթեշի ժամանակ, այլ մանր-մանր պատռիկներով:

ՏԱՔՈՒԹՅՈՒՆ

Սովորական, միջին ծանրության կարմրուկի ժամանակ տաքության կորագիծը տիպիկ ե լինում: Այդ տիպիկությունն արտահայտվում ե նրանով, վոր նա ունի յերկու վերելք. առաջինը պրոդրոմալ շրջանում, յերկրորդը ցանոտման շրջանում: Այդ յերկու վերելքի միջև լինում ե կարճ, յերկու-չերեքուրյա փոքր տաքության շրջան:

Յերկրորդ վերելքը լինում ե ավելի բարձր՝ 40° և ավելի. այդպիսի բարձր տաքությունը մնում ե 3-4 օր, իսկ հետո, լերը ցանը կատարում ե իր ամբողջ զարգացումը, ապա նա միանգամից կամ աստիճանաբար իջնում ե:

Յեթե ցանի չորրորդ ուրը տաքությունը չի իջնում, նշանակում ե, վոր սկսվել ե կամ արդեն գոյություն ունի ինչ վոր բարդություն՝ թոքերի կամ ականջների բորբոքում:

ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՎԻՃԱԿԸ

Ցանի զարգացման ժամանակ հիվանդը դանդաղում ե գլխացավից, յերբեմն ընկնում ե կիսամոռաց դրության մեջ, զառանցում ե, կոպերի բորբոքումն ընդունում ե լորձաթարախային բնույթ. կոպերն ուռչում, կպչում են իրար, այդ պատճառով հիվանդն առավոտյան դժվարությամբ ե բացում աչքերը. քթի լորձաթաղանթը նույնպես այտում ե. հարբուխը սաստկանում ե. լորձաթարախային հեղուկը թրջում ե վերին շուրթը, ճեղքվածքներ ե առաջանում, վորոնք արյունաղեղում են առաջացնում, յերբ հիվանդը բերանը բաց ե անում: Ցավից հիվանդը խուսափում ե բերանը բաց անել, հրաժարվում ե սննդից, լեզուն փառակալում ե, բերանից վատ հոտ ե գալիս, փափուկ քիմքը, ըմպանը կասկարմիր են, լնդերքը ծածկված ե լինում ճերմակավուն փառով:

Փսխում քիչ ե նկատվում. կարմրուկի հենց ըսկզբում հաճախ կարող ե լուծ լինել. լուծ լինում ե ե փոքրահասակ ե մեծահասակ յերեխաների մեջ: Մինչև 5 տարեկան հասակը, լուծը առանձնապես հաճախակի յե լինում: Սովորաբար այդ լուծը ցանի շրջանի վերջը սկսում ե մեղմանալ ե դադարել: Փոքրահասակ յերեխաների մոտ լուծը կարող ե դառնալ յերկարատև ե փոխվել լուծը բարդության:

Այդպիսի լուծ կարելի յե հաճախ հանդիպել այն յերեխաների մոտ, վորոնք առաջ տառապել են լուծով:

Թոքերում բացի սուլիչ, խոշոր բշտիկային խղզողոցներից, այլ նշաններ չեն նկատվում:

Կարմրուկի վիրուսը քիչ ե ազդում սրտանոթային ապարատի վրա: Յերբեմն նա առաջ ե բերում պուլսի դանդաղում, պրոգրոսալ շրջանում արյան ճնշման անկում: Արյունը վորոշ փոփոխություններ ե կրում: Մեղի քանակը պակասում ե. նրա տեսակարար կշիռը աճում ե: Կարող ե թեթեւ ալբումինուրիա առաջանալ, իսկ ցանի սկզբին դիագորեակցիա յե նկատվում:

Ներվային սխտեմում արտահայտված են լինում ընդհանուր ինտոկսիկացիայի նշաններ:

ՊԱԹՈԳԵՆԵԶԸ

Անվիճելի յե, վոր կարմրուկի վիրուսը մուտք ե դործում որդանիզմ բերանի ե շնչական ուղիների լորձաթաղանթի միջով ե ապա անցնում ե արյան մեջ, ուր ե մնում ե պրոգրոսի ե ցանոտման շրջանում: Վիրուսն ունի ընտրական մղումն դեպի մաշկը՝ շնչական ե մարսողական ուղիների լորձաթաղանթը: Այդ տեսակետից կարմրուկի վարակը տարբերվում ե քութեղի վարակից. վերջինս առանձին մղում ունի դեպի սրտանոթային սխտեմը ե սերող թաղանթները:

Կարմրուկի վիրուսը փոփոխում ե որդանիզմի նորմալ զգայնությունը, զանազան անտիգենների նկատմամբ պակասեցնում ե այդ զգայնությունը ե

աներգիա ե առաջ բերում: Այդ մի կողմից. այնուհետև այն որդանները, դեպի վորոնց կարմրուկի վաբակը մղում ունի, այսինքն՝ թոքերը, աղիքները, մաշկը, դառնում են ախտընկալ հանդեպ յերկրորդային ինֆեկցիաների:

Պիրքեն առաջինն էր, վոր առաջադրել է կարմրուկի պրոցեսը բացատրելու անաֆիլաքտիկ թորիայով: Մի շարք յերկույթյներ, նրա կարծիքով, կարմրուկի ժամանակ անաֆիլակսիայի կատարյալ համանմանություն են ներկայացնում (որ. լեյկոպոնիա, լիմֆոցիտոզ):

Բացի դրանից, կլինիկ յերկույթյները, քրոնաթորությունը, թքահոսությունը, ցանը նման են այն սինդրոմին, վորը շիճուկային հիվանդություն է կոչվում:

Ըստ Պիրքեյի ինկուբացիոն շրջանում վիրուսը հարկադրում է որդանիմին հակամարմիններ մշակել: Դրանք տեղավորվում են նախ և առաջ մաշկի և լորձաթաղանթների այն մասերում, վորոնք լավ վոռոգվում են զարկերակային արյունով: Այն մազանոթները, ուր առկա չեն հակամարմինները, վիրուսը ազդիտինացիայի է չենթարկվում և կանգ ե առնում: Վիրուսի և հակամարմինների միացումը ցան է առաջ բերում: Վորքան այդ պրոցեսն ավելի մոտ է սրտին, այնքան նա ավելի արագ է կատարվում: Կարմրուկի ժամանակ տեղի ունեցող եներգիան Պիրքեն բացատրում է հակամարմինների և անտիգենների փոխհարաբերությամբ:

Տուբերկուլինի ուակցիան վոչ այլ ինչ է, չեթե վոչ փոխազդեցություն՝ տուբերկուլինի և առտնձին

հակամարմինների միջև, վորոնք միաձուլված են բջիջների հետ (երգիներ): Կարմրուկի ժամանակ երգիները կլանվում են, շարքից դուրս են գալիս. այսպիսով ուրեմն կարմրուկի վիրուսը մեծապես լանդարում է որդանիմի զանազան հակամարմիններ մշակելու ունակությանը:

ԻՄՈՒՆԻՏԵՏ ՀԱՆԴԵՊ ԿԱՐՄՐՈՒԿԻ

Վերը հիշել ենք, վոր մարդու ախտընկալությունը կարմրուկի հանդեպ խիստ մեծ է: Ըստ Դոտշտեյնի, այդ իմունիտետն արտահայտվում է շուրջ 95 տոկոսի սահմաններում: Այդ տեսակետից նրա հետ կարող են մրցել զրիպը և տուբերկուլյոզը:

Ըստ հասակի իմունիտետն աճում է, վորովհետև մարդու մեջ նա մշակվում է ախտահարման միջոցին:

Մինչև 6 ամսական հասակ ունեցողների իմունիտետն այլ ծագում ունի: Նա մասամբ պայմանավորվում է կարմրուկով հիվանդացած մոր արյունով, վորն անցել է մորից մանկան. մասամբ մոր իմունիտետն անցնում է կաթի միջոցով և ապա այն պատճառով, վոր յերեխան անկարող է, վորոշ ֆերմենտների բացակայության պատճառով, յուրացնել ինֆեկցիան: Վերջապես կա և իմունիտետ բնական:

Ի բնե անախտընկալների թիվը, ըստ Եվանսի, հասնում է 4 տոկոսի, ըստ Յիրմանի 2-3 տոկոսի, ըստ ամերիկացի հեղինակների՝ նրանց թիվը անգամ կարող է հասնել մինչև 11 տոկոսի:

Դերեն ու Յիրմանն ապացուցում են, վոր 3-5 ամսական մանուկները թեև անախտընկալ են, սակայն

յերբ պատահում են թարմ կարմրուկի՝ իմունիտետ են ձեռք բերում, աննկատելի անցկացնելով կարմրուկի ինֆեկցիան:

Հիշյալ հեղինակները մինչև 3 ամսական հասակ ունեցող յերեխաներին համարում են անախտընկալ, անընդունակ անգամ արորտիվ ձեվերով հիվանդանալու. 3-ից 5 ամսական հասակը համարում են համեմատորեն իմուն:

Սակայն հայտնի են հիվանդացումներ և մինչև 3 ամսական հասակը: Պատահում է նաև, վոր կարմրուկով հիվանդացածները, տարիներ անցնելուց հետո, կրկին հիվանդանում են կարմրուկով: Վորովհետև կարմրուկի իմունիտետը խիստ կայուն է, ուստի և կրկնական հիվանդացումներին միշտ պետք է վերաբերվել առանձնապես կրիտիկորեն, վորովհետև նման դեպքերում հաճախ կարմրուկը շփոթում են կարմրախտի հետ: Բայց և ահապես պետք է իմանալ, վոր իրապես լինում են կրկնական հիվանդացման սակավաթիվ դեպքեր:

Ըստ Պիրբեյի՝ կարմրուկի ժամանակ ինֆեկցիան որդանիզմի մեջ մուտք գործելուց 8-10 օր անց՝ առաջացնում են լիզիններ, վորոնք լուծվում են ինֆեկտը, անտիգենը: Այդ լուծման հետևանքն են լորձաթաղանթների և մաշկի ախտահարումները: Իսկ այդպիսի փոխադրեցությունն անտիգենի և հակամարմնի միջև՝ առաջ է բերում յերկարատև իմունիտետ:

Բացի լիզինից, կարմրուկով հիվանդն արտադրում է և ագլյուտինիններ, վորոնք միկրոբները կպցնում են իրար և լեցնում մազանոթները. ցանն այդ յերկվուլթի արտահայտությունն է:

Բացի լիզինից, պետք է լենթադրել, վոր կա նաև մի ուրիշ հակամարմին—անտիտոքսին: Ըստ Նիկոլի, Դեբերյի, Գեկզվիցի ցանոտումից հետո նրանք հետըզհետև կուտակվում են: Տաքություն իջնելուց հետո 7-8 օր անց, նրանց քանակությունը լինում է մաքսիմալ:

Այդ է պատճառը, վոր կարմրուկից ապաքինվողի շիճուկն ամենամեծ կանխարգելիչ հատկություններն է ունենում այդ մոմենտում: 9 օրից հետո հակամարմինները սպառվում են, 30-րդ օրը նրանց թիվը զգալապես պակասում է:

ԱՆՈՄԱԼ ԿԱՐՄՐՈՒԿ

Բացի տիպիկ կարմրուկից, կա և այնպիսին, վորի ընթացքը ներկայացնում է մի շարք կարևոր խտորումներ. այդպիսի կարմրուկը կոչվում է անոմալ կարմրուկ: Այդպես են կարմրուկի խիստ թեթև տեսակները, աբորտիվ (կրճատ) ձևերը:

Հայտնի են կարմրուկի դեպքեր, առանց մաշկային ցանի, առանց տաքության:

Կան դեպքեր, յերբ կարմրուկի զանազան շրջանները փոփոխված են. մեկը կարճատև է, մյուսը՝ յերկար, որինակ՝ ինկուբացիոն շրջանը յերկարած է, պրոդրոմալ նշանները չնչին են, առկա յե միայն ֆիլատուզ-կոպլիկը: Այլ դեպքերում, ինկուբացիան նորմալ է, բացի աննշան ցանից, ուրիշ նշաններ չկան: Վերջապես լինում են դեպքեր, յերբ միայն բարձր տաքություն է լինում:

Այդպիսի անոմալ ձևվին է պատկանում կարմրուկի այն տեսակը, վորն առաջանում է այն դեպքե-

քում, յերբ հիվանդին կանխարգել նպատակով շիճուկ են սրսկում: Ինկուբացիան չերկարում է, հասնում է մինչև 30 օր: Պրոգրոմալ շրջանի նշանները՝ հազ, հարբուխ, կոնյուկտիվիտ՝ հազիվ են նկատվում. Հոպլիրիկ կամ չի լինում, կամ չնչին է լինում: Տաքությունը հազիվ է հասնում 38-ի, ցանք յերբեմն առաջին արտահայտությունն է. նա աննշան է, տեղ-տեղ է նկատելի: Այսպես փոփոխված կարմրուկի ժամանակ տուբերկուլինի մաշկային ռեակցիան պահպանվում է, մի բան, վերը սովորական տիպիկ կարմրուկի ժամանակ անհետանում է:

Կան և անումալ ծանրագույն տոքսիկ ձևեր, վորոնք միշտ մահացու են լինում: Դրանք յերեք տեսակի յեն լինում՝ ադինամիկ, հեմորրագիկ և դիսպնոյական ձևեր:

Ադինամիկ ձևի դեպքում հիվանդի գիտակցությունը մթազնած է: Նա զառանցում է, քնկոտ է, պոլսը թույլ լիցք ունի և արագ է. տաքությունն անսովոր կերպով բարձր է. լեղուն չոր է. փախումներ և լուծ կա. ցանք սակավ է, դժգույն մանիշակագույն: Հեմոռագիկ ձևի դեպքում անթիվ արյունային կետեր ու բծեր կան մաշկի վրա. արյունահոսություն լորձաթաղանթներից, քթից, աղիքներից, լերիկամներից. 2-4 օրից հետո վերջանում է մահով:

Դիսպնոյական ձևը բնորոշվում է գլխավորապես շնչահեղձությամբ, ցանն ուշանում է և յերեալիս՝ կապտավուն, ցիանոտիկ է լինում:

ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Կարմրուկի վիրուսը նախ և առաջ արտահայտվում է լորձաթաղանթների վրա, ուստի լորձաթաղանթներ-

ըն բորբոքումը կարմրուկի մշտական ուղեկիցն է: Կարմրուկի բարդություններն ելամենից առաջ այդտեղ են նկատվում: Սկզբնական լերիկամներից՝ կոնյուկտիվիտը, արախետը, բրոնխիտը՝ բարդություններ չեն, այլ ախտանշաններ, վորոնք արագ անհետանում են, յերբ ցանոտման վերջին շրջանում տաքություն իջնում է:

Սակայն բավական հաճախ, այս կամ այն որգանի լորձաթաղանթը լուրջ բարդություններ է տալիս. ամենահաճախակի բարդությունները շնչական ուղիներում են լինում՝ բրոնխիտ ու բրոնխոպնեմոնիա:

Վորքան փոքրահասակ է լերիկամն, այնքան ավելի հաճախակի է թոքերի բորբոքումը, այնքան ուրեմն վատանգավոր է կարմրուկը, վորովհետև կարմրուկի մահացությունն ամենագլխավոր պատճառը թոքերի բորբոքումն է: Յերբեմն համաճարակների ժամանակ թոքերի բորբոքումն առանձնապես հաճախակի յերեուլթ է և մահացությունը նրանից բավական մեծ տոկոս է կազմում:

Հիգիենիկ պայմաններն ել կարևոր դեր են կատարում այդ հարցում. անմաքուր ոդում թոքերի բորբոքումն ավելի հաճախ է առաջանում: Դրանով պետք է բացատրել այն, վոր բոլոր հիգիենիկների կարծիքով կարմրուկը տանն ավելի լավ է ընթանում, քան հիվանդանոցներում: Ըստ Նոբելուրի՝ մահացությունը տանը հավասար է 10-11 տոկոսի, յերբեմն 20 տոկոսի: Այնինչ ըստ վիճակագրական տվյալների, 1907-1917 թ. թ. Պետրոգրադի մանկական հիմնարկներում մահացությունն տոկոսը հասել է 40-60 տոկոսի, իսկ ըստ Ֆիլատովի, ծանր համաճարակների ժա-

մանակ, հիվանդանոցներում մահացության տոկոսը հասել է 30 տոկոսին:

Կոնստիտուցիոնալ վիճակն ևս անմասն չէ. այն մանուկները, վորոնք ունեն վորոշ կոնստիտուցիոնալ սակավարժեքություն, նրանց մոտ կարմրուկային թոքաբորբը կարող է ակտիվացնել հանդարտ ընթացող տուբերկուլյոզը, թոքերի տուբերկուլյոզ առաջացնել կամ հասցնել մինչև տուբերկուլյոզային մենինգիտի:

Կարմրուկը խիստ վտանգավոր ընթացք է ստանում, յերբ նրան միախառնվում է կապույտ հազը կամ քութեղը:

ԼԱՐԻՆԳԻՏ

Կարմրուկային լարինգիտը սկսվում է սովորաբար դեռ պրոդրոմալ շրջանում. նրա ախտանիշներն են՝ ցավոտ հազ, խոպոտ ձայն. յերբեմն կարող է ստենոզ առաջանալ. կոկորդում ալտուց է առաջանում ձայնալարերի տակ. սակայն այդ բորբոքումը թեթեւ է լինում, կատառալ բնույթի: Ցանք թոշնելուց հետո ձայնը հստականում է, հազը մեղմանում:

Ուրիշ դեպքերում, մանավանդ մինչև 2 տարեկան հասակը, հասարակ կատառալ բորբոքումն ավելի չե բարդանում, լորձաթաղանթը խոցոտվում է, ձայնալարերի վրա կամ կոկորդի լորձաթաղանթի այլ տեղերում առաջանում են խոցիկներ, վորոնք յերկարատև խոպոտություն և անձայնություն պատճառ են դառնում և նուպաներով ընթացող ստենոզ են առաջացնում, վորը շաքաթներ է տեղում:

Պատահում է նաև լարինգիտի մի տեսակ, վորը չորսվում է կեղծ կրուպ. վերջինիս ժամանակ թեև նը-

շանները վորոշ չափով նման են լինում իսկական կրուպին, դիֆթերիկ կրուպին, սակայն դիֆթերիայի բացիլներ չեն լինում: Այդ դեպքում տեղ—տեղ կըղզիանման դորշ սպիտակավուն փառեր են նկատվում, յերբեմն հաստ, յերբեմն բարակ, վորոնք նստում են մակալեզվի տակ, ձայնալարերի վրա, յերբեմն շնչափողում և բրոնքներում:

Այդ խոցերն ու փառերը առաջանում են շնորհիվ ուղեկից մանրենների, վորոնց թվում առանձին դեր են կատարում ստրեպտոկոկները:

Վերջապես կարմրուկը կարող է բարդանալ իսկական դիֆթերիայով. կարմրուկի ժամանակ լորձաթաղանթը դառնում է հեշտ խոցելի՝ առհասարակ դանաղան մանրենների համար, ի թիվս վորոնց և դիֆթերիայի բացիլի: Դիֆթերիան հաճախ անցնում է ըմպանով հետքեր չթողնելով և կանգ է առնում կոկորդում:

Իսկական, դիֆթերիկ կրուպի ախտանիշները հիմնականում նույնն են, ինչ վոր կեղծ կրուպի ժամանակ. հաջացող հազ, խզված ձայն, անձկություն, վորոնք սակայն համառ օրինաչափությունը հետդհետեւ աճում, զարգանում են:

Ուստի սխալներից խուսափելու համար, փորձված բժշկը չպետք է վարանի ալգայիսի դեպքերում, չըսպասի լորձի բակտերիոլոգիկ քննության և ժամանակին հակադիֆթերիկ շիճուկ ներարկի:

ԲՐՈՆԽԻՏ

Կարմրուկի հենց սկզբնական շրջանում նկատվում են շնչական ուղիների վերին մասերի բորբոքման նը-

շաններ՝ հարբուխ, լարինգիտ, արախիտ, Դրանք ինք-
նին բարենպաստ հանգամանքներ են շնչական ու-
ղիների վարի մասերի՝ բրոնքների բորբոքման հա-
մար: Բրոնխիտը բնորոշվում է չոր կամ թաց խոշոր
և միջին ցրված խզզոցներով բրոնքներում: Վորոշ
չափով ալգալիսի բրոնխիտը կարմրուկի ախտանշանե-
րից մեկն է: Նա դառնում է բարդություն, յերբ տա-
քությունը յերկար ժամանակ չի իջնում, յերբ նա դե-
պի մանր բրոնքներն իջնելու հակում է ցույց տալիս,
յերբ նա անցնում է սաղանոթները: Այդ ժամանակ
մանր բրոնքները լցվում են բորբոքման սեկրեցի-
այով և փակվում են, արվեոլները ոգ չի անցնում:
Յերբ բորբոքման պրոցեսը հասնում է արվեոլներին,
այն ժամանակ եպիթելն իջնում է, լորձաթաղանթա-
յին սեկրետ է առաջանում, վորով լեցվում է արվեո-
լը և թոքերի բորբոքում է սկսվում:

ԹՈՔԵՐԻ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄ

Կարմրուկի ամենահաճախակի և ամենավտանգա-
վոր բարդությունը թոքերի բորբոքումն է: Նա այն-
քան ավելի հաճախ է պատահում, ինչքան ավելի փոքր է
յերեխան, ինչքան նա ավելի թույլ է: Այդ բարդու-
թյունն առավելապես ախտահարում է մինչև 4 տա-
րեկան հասակը: Ճծկերների հասակում նրա բացակա-
յությունը բացարձակապես բացառիկ չերեվույթ է:

Թոքերի բորբոքումը թոքային հյուսվածքում
զարգանում է փոքրիկ ակուրներով, բազմաթիվ, դա-
նազան բլթակներում, ուստի ախալիսի բորբոքումը
կոչվում է բլթակային բորբոքում: Այդ ձևի թոքերի
բորբոքումը առաջանում է բրոնքներից, ուստի նա

ունի և մի ուրիշ անուն՝ բրոնխո-թոքերի բորբոքում,
կամ բրոնխոպնեվմոնիա:

Կլինիկորեն նա զարգանում է դանդաղ, աստիճա-
նաբար: Տաքությունը յերկարատե է՝ 2-3 շաբաթ և
ավելի: Ընթացքն անկանոն է, քմահաճ տատանում-
ներով, տաքությունը մերթ իջնում է, մերթ բարձ-
րանում մինչև 39-40°:

Սովորական բրոնխիտի ժամանակ տաքությունը
39°-ից չի անցնում, իսկ թոքերի բորբոքման ժամա-
նակ նա հասնում է 40°-ի և ավելի բարձր է լինում:

Մինչև բլթակային բորբոքման յերևան գալը, նը-
կատվում է կապիլյար բրոնխիտ, շնչահեղձություն,
առաջանում է քթի, շրթունքների խաղ, միջկողային
տարածությունների ներփքում, ցիանոզ, լսվում են
բազմաթիվ մանրարուշտ խզզոցներ: Յերբ թոքերի
բորբոքման ակուրները միանում են իրար՝ բավակա-
նաչափ տարածության վրա, այն ժամանակ թոքի
վրա ստացվում է ձայնի խլացում, բրոնխիալ շնչա-
ռություն և մանր խզզոցներ են լսվում:

Թոքերի բորբոքումը սովորաբար զարգանում է
ցանի թոշնումից հետո, սակայն նա կարող է առաջա-
նալ և պրոգրոմալ շրջանում: Վերջին դեպքում նա
ավելի վտանգավոր է:

Յերբնն թոքերի բորբոքումը զարգանում է արագ,
բռնում է թոքի մի ամբողջ բլթը և ընթանում է
կրուպոզ բորբոքման նման: Հաճախ աջ կողմից է
սկսվում՝ ստորին բլթում: Ջերմությունը հասնում է
40-41°, այդ բարձրության վրա նա մնում է մի շա-
բաթ և 5-7-9-րդ օրը վերջանում է ճգնաժամով, հե-
վոց է սկսվում, ցավ՝ կողքում, կարող է փսխում լի-

ներ. Ընդհանուր վիճակը ծանր ե. չերբեմն լինում են ցնցումներ: Շուտով նկատվում ե բթացում, բրոնխիալ շնչառություն, ձայնի դողոցի ուժեղացում:

Կրուպոզ բորբոքումը կարմրուկի ժամանակ վերջանում ե ավելի հաճախ առողջացմամբ, քան կատառալը:

Ա.ԿԱՆՋԻ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄ

Կարմրուկի ժամանակ ներքին ականջի բորբոքումը, մեկ կամ յերկու կողմից, հաճախակի մի բարդություն ե. ականջի այդ բորբոքումը հատուկ ե ե քութեշին, վորի ժամանակ հաճախակիությունն ավելի մեծ ե, քնթացքն ել ծանրագույն:

Մեծահասակները դանդաղում են ցավից: Ծծկերներն անհանգիստ են լինում, հաճախ նվում են: Ականջի խիռնը սեղմելիս նրանք կնճռոտում են դեմքը, լաց են լինում: Թմրկաթաղանթն ականջի դնընման ժամանակ կարմրած ե լինում ե դուրս ցցված. տաքությունը բարձր ե. յերբեմն թմրկաթաղանթը պատվում ե շճային կամ շճա—թարախային արտադրուկ ե արտահոսում: Վորոշ դեպքերում բժիշկը ինքըն ե հատում թաղանթը ե ուղի բանում թարախի համար:

Ա.ՐՅՈՒՆ Ա. ՀՈՍՈՒՄ

Կարմրուկի ժամանակ շատ հաճախակի յերևույթ ե արյունահոսություն քթից. յեթե արյունահոսությունը միայն այդ ձևով ե տեղի ունենում, այդ դեպքում նա մի առանձին նշանակություն չունի ե բացառիկ դեպքերում ե նա վտանգում հիվանդի կյան-

քը: յերբ նրան արյունաքամ ե առում: Սակայն յեթե քթից առաջացող արյունահոսության հետ միաժամանակ արյունագեղումներ են տեղի ունենում մաշկի ե լորձաթաղանթի վրա, այդ դեպքում արյունահոսությունը դառնում ե սպառնալի, վտանգավոր յերեկույթ:

ԲԵՐԱՆԱՐԻՆՔ ՅԵՎ ՆՈՄԱ

Յերբեմն բերանի խոռոչում խոցիկներ են առաջանում. դրանք գլխավորապես ապաքինման շրջանումն են լինում: Դա ունի յերկու պատճառ. առաջինը, գլխավորը հիվանդի քնդհանուր թուլությունն ե, նրա անդառության խանդարումը, նյութասպառությունը, նրա դիմադրողական քնդունակությունների անկումը, մյուս պատճառը լուրջ ե կանոնավոր խնամքի բացակայությունն ե:

Այդ յերկու պատճառների խաչաձևվումից առաջանում են ամեն տեսակի բերանհարինքներ, այդ թվում հասարակ խոցավոր բերանհարինքը ե վերջինիս ամենածանր տեսակը, վոր երբևէ անունն ե կրում,

Նոման առաջանում ե վոչ թե առողջ, ամբողջ յերեսաների մոտ, այլ նրանց, վորոնք ապրո մ են փակ հիմնարկներում, անառողջ ողում, անբավարար են սնվում, հիվանդություններ են անցկայրե, վորոնցից հյուծվել են: Այդ հիվանդություններից կարեւորագույնը կարմրուկն ե:

Նախ բերանի լորձաթաղանթի վրա խոցային բորբոքում ե առաջանում. խոցը բացվում ե լնդերքի վրա. յեթե անմիջապես հա կավոր միջոցներ ձեռք չեն առնվում, խոցն արագընթաց զարգանում ե, սկը-

առւմ եւ ընդերքի փառումն (զանգրենա)։ Գանգրենան ընդերքից անցնում եւ այտին, վորի վրա սկզբում կապտավուն բիծ եւ նշմարվում, հետո բծի շուրջն ուռչում եւ սկսվում եւ նեխումն և վատ հոտ եւ առաջանում։ Այտի քայքայումն ուժեղանում եւ և այտը ծակվում եւ։

Սովորաբար նոման մահ եւ բերում. մահն առաջանում եւ կամ լուծից, կամ թոքերի բորբոքումից։

Լ Ո Ւ Ծ

Ինչպես վերը նշել ենք, կարմրուկի վիրուսը մըղում ունի վոչ միայն դեպի շնչական ուղիները, այլեւ մարսողական ուղիների լորձաթաղանթները։ Այդ եւ պատճառը, վոր լուծը պատկանում եւ կարմրուկի բարդությունների շարքին։

Վորքան ավելի փոքր եւ յերեխան, այնքան ավելի զգայուն են նրա մարսողական ուղիները, այնքան ավելի հաճախ եւ կարմրուկը լուծ առաջացնում։

Յեթե հիվանդը մինչև կարմրուկն ունեցել եւ լուծ, մանավանդ լորձաարյունային, ապա այդպիսին կրկընվում եւ Բացի այդ, սովորական աննշան լուծը կարմրուկի ժամանակ կարող եւ չերկրորդային ինֆեկցիայի աղդեցության ներքո փոխվել արյունային լուծի։

Կարմրուկը սովորաբար չի ախտահարում յերեկամները։ Ախտահարման դեպքերը բացառիկ են։

ՈՒՂԵՂԻ ԲՈՐԲՈՒՅՈՒՄ (Ենցեֆալիտ)

Վերջին տարիները հաճախակի յեն ներվային սխտեմի բարդությունների դեպքերը։ Այդ տեսակետից

հետաքրքրական եւ նշել, վոր ներվային սխտեմի ախտահարման յերեկոյթներ՝ գիտակցության կորուստ, մթափում, յերկարատե զառանցանք, բազմանվագ ցնցումներ, ուղեղային յերեկոյթներ, կրկնակի փրսխումներ առանձնապես աչքի յեն ընկնում նեվրոպաթիկ յ'րեխաների մոտ։

Բագինակին նկարագրել եւ հիվանդության մի դեպք, վորի ժամանակ նա դիտել եւ վերին ծայրանդամների տետանիկ ցնցումներ, շլություն, ընդհանուր ցնցումներ։

Հենոխը նույնպես նկարագրել եւ մենինգիտի մեկ դեպք և մկանների շանթանման կծկումներ։

Վերջին տարիների գրականության մեջ առանձնապես շեշտվում եւ հետկարմրուկային ենցեֆալիտի դեպքերի աճը։ Որինակ՝ Բոսսեն ի մի յե ժողովել այդ հարցի շուրջը յեղած գրականությունը և նկարագրել եւ հետկարմրուկային ենցեֆալիտի, մենինգո-ենցեֆալիտի վեց դեպք։ Ներվային սխտեմի ախտահարումը տեղի յե ունեցել ցանի թոշնումից հետո, բոլոր հիվանդներն ապաքինվել են։

Մուսսերը և Հաուզերը նկարագրել են հետակարմրուկային ենցեֆալիտի 8 դեպք, վորոնցից 6-ը մահով են վերջացել։ Հերման ժամանակ ուղեղային հյուսվածքում բազմաթիվ կետավոր արյունազեղումներ են նկատվել։

Ըստ Շիրինյանի՝ Բուալիայում ենցեֆալիտի 2 տոկոսը պատկանում եւ կարմրուկին։

Մենք ևս դիտել ենք հետկարմրուկային ենցեֆալիտի մի դեպք Յերեանում։ 1932 թվին մանկական վրինիկայում, ցանի թոշնումից 10 օր անց, նկատվել

ե չափավոր տաքութիւն, փսխւմներ, աչքերի շուշ-
թիւն, բրերի անհավասարութիւն, յերկու կողմերի
իշնում (փթոզ), քնկոտութիւն: Հիվանդն առողջացե-
աւ: Հետագայում բարդութիւններ չեն նկատուել:

ԿԱՐՄՐՈՒԿԻ ՎԱՂԱԺԱՄ ԴԻՍԳՆՈՍՏԻԿԱՅԻ ՆՇԱՆՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ

Կուրմուկի վաղաժամ դիագնոստիկայի նշանակու-
թիւնը միայն կլինիկայի հասար չե. ավելի մեծ է
նրա եպիդեմիոլոգիկ արժեքը: Հիվանդութիւնը ժա-
մանակին ախտորոշելով մենք վաղորոք մեկուսացնում
ենք հիվանդին և կանխում վարակի հետագա տարա-
ծումը:

Այդ ե պատճառը, վոր հնուց արդեն բժիշկները
միտքը վորոնել է աշնայիսի ախտանիշներ, վորոնցով
հնարավոր լիներ կարմրուկի ճիշտ դիագնոզ դնել հի-
վանդութեան պրոգրոմալ շրջանում: Այդպիսի յերկու
ախտանիշ առայժմ վորոշակի հայտաբերված են: Առա-
ջինն է պրոգրոմալ ենանթեմա. սակայն այդ ախտա-
նիշը հաճախ բացակայում է, մանավանդ վորբրահա-
սակների մ. տ. կամ թե, չերեան է գալիս համարչա-
միաժամանակ ցանի հետ:

Ախտանիշը յերեան է գալիս ցանը յերեալուց 24-
36, անպամ 48 ժամ առաջ փափուկ քիմքում: Փափուկ
և կարծր քիմքի նորմալ լորձաթաղանթի վրա յերե-
վում են փոքրիկ կարմիր բծեր՝ գնդասեղի գլխից
մինչև վոսպի մեծութեան: Այլ ձևով նրանք մնում են
մի որ. վորից հետո համատարած կարմրութիւն է
առաջանում:

Յերկրորդն է Ֆիլատով—Կոպլիկի ախտանիշը, 1895
թվին այդ հայտնաբերել է Ֆիլատովը, 1896 թվին

ամերիկացի Կոպլիկը: Դրա համար ել ախտանիշը
կրում է յերկու հեղինակների անունը:

Յերկու—յերեք որ մաշկի ցանից առաջ շրթունք-
ների և ալտերի լորձաթաղանթի վրա եպիթելիումը
մանր կերպով թեփոտում է: Ուշադրութեամբ գնահ-
լիս նկատվում է հետեյալը, ասում է Ֆիլատովը.—
«լորձաթաղանթի վրա ցանված են լինում շատ նուրբ
մանրիկ ճերմակավուն թեփուկներ (շրթունքների, ալ-
տերի, լնդերի վրա): Դրանք թափվող եպիթելիումի
պատառիկներն են»:

Կոպլիկը հետեյալ խոսքերով է նկարագրում. «Այդ
ցանը բաղկացած է անկանոն վառ կարմրագույն բը-
ծերից, յուրաքանչյուր բծի վրա կենտրոնում կարելի
է նշմարել մանրիկ կապտավուն սպիտակ բծիկ: Ըս-
կզում յերեվում են 2-3 կամ 6 փոքրիկ վարդագույն
բծեր՝ կենտրոնում սպիտակ կապտավուն բծիկներով:
Բծերն ունեն կարմիր յեղրեր: Յերեքն ալ ցանն
այնքան սակավաթիվ է և աշնայեա թույլ է գունա-
վորված լինում, վոր կարելի է տեսնել միայն ցերեկ-
վա լույսի տակ:

Այդ ցանն,—ասում է Կոպլիկը,—բացարձակապես
պաթոգնոմիկ է կարմրուկի համար:

Ա. ժամ ամենուրեք ընդունված է, վոր այդ ցանը
անկասկածելիորեն բնորոշում է կարմրուկը՝ պրո-
գրոմալ շրջանում:

Ֆիլատով—Կոպլիկի բծերը յերեան են գալիս մաշ-
կային ցանից 2-3 որ առաջ. նախ նրանք յերեվում
են սեղանատափների կողքին, լորձաթաղանթի վրա,
պա անցնում են շրթունքների վրա: Յանի յերեվան
գալուց հետո բծերն անհետանում են:

Զբարդված կարմրուկը սովորաբար բարենթաց և լինում։ Մահացությունը կախված է բարդություններից։ Բարդությունները կարող են առաջանալ արտաքին ֆակտորների ազդեցությունից՝ ցրտի, բնակչության խտություն, վատառողջ ողի, այլ ինֆեկցիաներից։ Բարդությունները կարող են պայմանավորվել կոնստիտուցիոնալ տվյալներով (ոսիտ, թերասուն, թուլակաղմ մարդիկ, նոր անցկացրած հիվանդություններ, տուբերկուլոզ)։

Պրոգնոզի համար հիմնական պայմանն է հասակը. պրոգնոզն առանձնապես լուրջ է մինչ 2 տարեկան հասակ ունեցողների համար։

Համաճարակի բնույթն էլ կարևոր հանգամանք է պրոգնոզի համար։ Ծանր համաճարակը, բազմաթիվ բարդություններ տվող համաճարակը, մեծ մահացություն տվող համաճարակը պրոգնոզը դարձնում են առավելապես զրուչավոր։ Հարուցիչն աչգ դեպքում ալելի ազդեցությամբ է, ալելի գործոն։

Կարմրուկի միաձուլումն ուրիշ ինֆեկցիաների հետ՝ դիֆթերիայի, քուբեռի, տիֆի, գրիպի՝ զգալիորեն բարդացնում է կարմրուկը և խիստ ավելացնում մահացությունը։

Թ Ե Ր Ա Պ Ի Ա

Բուժման մեջ, լավ խնամքը և հիգիենիկ պայմաններն առաջին տեղն են զբաղում։ Սննդի ռեժիմը խիստ կարևոր նշանակություն ունի։ Այդ տեսակետից անհրաժեշտ է հիվանդին առատորեն ջրով և առ-

հասարակ հեղուկային նյութերով սնել։ Ողի մաքրությունը նմանապես անհրաժեշտ նշանակություն ունի. անհրաժեշտ է հիվանդի սենյակում լավ ոդափոխություն կատարել. միայն պետք է խուսափել հիվանդին հանկարծակի սառեցնելուց։ Սենյակի ողի ջերմությունը պետք է լինի 28°։ Հիվանդը լուսավախ է լինում. պետք է յերեսը դարձնել լուսամուտի հակառակ կողմը։ Լուսամուտը վարագույններով փակալար և Լուծողականից պետք է խուսափել, վորովհետև աղիքների լորձաթաղանթը կարմրուկի ժամանակ արյունալից է (հիպերեմիկ) լինում։

Մաշկի հիգիենան առանձին ուշադրության պիտի արժանանա. մարմինը պետք է ջրով շփել, սպիտակեղենը շուտ-շուտ փոխել։

Բերանի խոռոչի խնամքը նմանապես մեծ ուշադրության է արժանի. փոքրիկների բերանը ամեն անգամ ուտելուց հետո պետք է ջրով, թեյով ողողել. հասակավոր չերեխաները պետք է իրենց ատամները մաքրեն և բերանը ողողեն։

Աչքերը և աղջիկների սեռական որդանները պետք է լվանալ։ Վաննաներ էլ կարելի չէ ոգտագործել, մանավանդ թոքերի բորբոքման ժամանակ։

Կարմրուկն անցնելուց հետո հիվանդը անկողինը կարող չէ թողնել տաքություն իջնելուց 3-4 օր հետո։

Ամառը հիվանդին կարելի չէ մաքուր ողի մեջ գուրս բերել։ Ձմեռը կարելի է հիվանդի սենյակը թարմ ող ներս թողնել, յեթե հազն աննշան է։

Կարմրուկի ժամանակ զեղորայք նշանակում են միայն այն զեղքերում, յերբ բարդություններ կան։

ՊԱՅՔԱՐ ԿԱՐՄՐՈՒԿԻ ԴԵՄ

Կարմրուկը յուրատեսակ ինֆեկցիա է. նրա եպի-
գեմիլոգիան առանձնահատուկ է:

Պայքարի սովորական միջոցները ինֆեկցիաների
դեմ, ինչպիսին են՝ վաղաժամ ախտորոշումը, արագ
մեկուսացումը, լիովին չեն արդարանում:

Կարմրուկն ակտում է վարակել շրջապատողներին
հենց այն ժամանակ, չեբը վաղաժամ դիագնոզի նշան-
ները քիչ են արտահայտված. նրա վիրուսն արագա-
շարժ է. նա միաժամանակ բազմաթիվ անհատների չե
վարակում, վորովհետև յերեխաները կարմրուկով հեշ-
տությամբ են վարակվում:

Այդ է պատճառը, վոր սովորական միջոցներով
կարմրուկի դեմ պայքարելը դժվարություններ են եր-
կայացնում:

Մեզ մնում է ձեռնարկել այնպիսի միջոցներ, վո-
րոնք կանխում են կարմրուկը, կամ վորոնք մեղմա-
ցնում են հիվանդությունը, դարձնում են թեթև:

Յերկու կարգի միջոցներ կան այդ նպատակի հա-
մար՝ հիվանդության լայն տարածումը և ծանր ըն-
թացքն կանխարգելող միջոցներ ու վարակի ակտի-
ները վոչնչացնող միջոցներ:

ԿԱՐՄՐՈՒԿԻ ՏԱՐԱԾՄԱՆԸ ԽԱՆԳԱՐՈՂ ՄԻ- ՋՈՑՆԵՐ

Կարմրուկի վիրուսը գտնվում և պահվում է մար-
դու մեջ, ուստի միայն վորոշ մարդկանց անախտնե-
կալությունն է, վոր պահպանում է նրանց. կարմ-
րուկի հետագա վարակման տարածումը դրանով է
պայմանավորվում:

Պիրքեն առաջարկել է՝ կարմրուկը միանգամից
լիկվիդացիայի յեն թարկելու նպատակով համաշխար-
հային կարանտին նշանակել հիվանդների ու նրանց
շրջապատողների համար, վորովհետև կարմրուկով հի-
վանդը վտանգավոր է իր շրջապատի համար միայն
12 ուր. Այդ միտքը թեև ճշմարիտ է, բայց անիրա-
գործելի յե այն:

Կարանտինը վորձված միջոց է այն քաղաքների
նկատմամբ, վորոնք հեռավոր կղզիների վրա յեն գլու-
նվում: Այդպես է յեղել Նոր Զելանդիայում, Մադա-
գասկարում:

Այն վայրերում, ուր բազմապիսի կենդանի հարա-
բերություններ գոյություն ունեն դրսի աշխարհի
հետ, կարանտինները նպատակին չեն ծառայում: Մնում
է մի ուրիշ միջոց—ստեղծել բնակչության իմունի-
տետ, վորպեսզի ախտը նկալներ չմնան: Դրան կարելի
է հասնել սպեցիֆիկ պրոֆիլակտիկայով, և այդպիսին
այժմ գոյություն ունի. միայն թե նրա ընձեռած
հնարավորությունները սահմանափակ են: Պրոֆիլակ-
տիկան կարելի յե կիրառել սահմանափակ թիվ կազմող
խմբերի մեջ: Այդ է պատճառը, վոր ներկայումս մենք
դեռ չենք կարող յերազել սպեցիֆիկ պրոֆիլակտիկա-
յով իրական պայքար մղել կարմրուկի համաճարակի
դեմ: Մնում է մեզ կենտրոնացնել մեր ուշադրու-
թյունը համաճարակի թափը նվազեցնելու վրա, կոխ
մղելով բնակչության խտության դեմ և ապա՝ ծանր
կարմրուկը թեթեվացնել, դարձնել այն անոմալ մի-
հիվանդություն:

Մի շարք միջոցներ կան, վորոնք մեղմացնում են
կարմրուկի ծանր տեսակները և կանխարգելում են

ը 1918 թվին առաջարկեցին կիրառել պրոֆիլակտիկայի այդ միջոցը: Այդ միջոցը նրանք առանձնապես հանձնարարում էին թույլ լեռնաշղթաների և հիվանդանոցներում գտնվող յերեխաների համար:

Լուսնից և տուբերկուլյոզից ապահովելու համար, նրանք խորհուրդ էին տալիս ներարկվող արյունը ֆիլտրել:

1919 թվին Ամերիկայում Ռիչարդսոնն ու Կոննորը կրկնել են հիշյալ դիտողությունները և ստացել են փայլուն հետևանքներ:

Մյունխենի մանկաբույժ Դեզկվիցն սկսել է իր դիտողությունները կարմրուկի սերոպրոֆիլակտիկայի վերաբերմամբ 1919 թվի հունիսին. նա ահապին յեռանդ և տոկունություն է ցուցաբերել իր պրոպագանդի մեջ, այդ պատճառով էլ նկարագրված մեթոդը ստացել է Դեզկվիցի անունը:

Դեզկվիցը 1920 թվին հանդես է գալիս յերկու ղեկուցումով. 1) Հակակարմրուկային շիճուկի կիրառման 25 դեպք, 2) 172 դեպք. բոլոր այն յերեխաները, վորոնք շիճուկ են ստացել ինկուբացիայի 2-6 րոբրին և չեն հիվանդացել:

Դեզկվիցը հաստատել է, վոր պրոֆիլակտիկայի համար բավական է միանվագ ներարկումը. կանխարգելիչ դոզան Դեզկվիցը համարում է 3cm^3 շիճուկ, յեթե վերջինս վերցված է այն մոմենտին, յերբ առողջացողի որգանիզմում հակամարմինների կուտակումն առավելագույն չափերի յե հասել: Այդպիսի մոմանտ է համարվում տաքության իջնելուց 7-10 րո հետո:

Իմունիտետի տեվողությունն այդպիսի պատվաս-

ից հետո, ըստ զանազան հեղինակների, տարբեր են լինում: Մեծամասնությունը հաշվում է 3-4 շաբաթ: Սակայն կան դիտողություններ այն մասին (Դեզկվից, Դանիլովիչ, Կատո), վոր դեռ 2-2 $\frac{1}{2}$ և նույնիսկ 9 ամիս կարելի յե այդ մեթոդի պրոֆիլակտիկ ևֆեկտը դիտել:

Լիոնը պնդում է, վոր յերբեմն կարելի յե 2-3 տարի իմունիտետ ունենալ: Բերինգը կարծում է, վոր սերոպրոֆիլակտիկայից յերկարատև իմունիտետ է առաջ գալիս այն դեպքում, յերբ ներակվում է հոմանիշ (հոմոլոգ) շիճուկ:

Դեզկվիցի ղեկուցումներից հետո զանազան յերկրներում այդ մեթոդը գործադրել են բազմաթիվ հեղինակներ՝ հազարավոր հիվանդների վերաբերմամբ: Ամենքն էլ միաբերան պնդում են, վոր Դեզկվիցի մեթոդը հիրավի գործոն պրոֆիլակտիկ միջոց է:

Մերոդի կիրառման նեխվամքները կարելի յե բաժանել 4 խմբի:

1-ին խումբ. հետևանքը բացարձակ է. պատվաստածը չի հիվանդանում:

2-րդ խումբ. շիճուկը թուլացնում է հիվանդությունը, նրան տալիս է արոտիվ ձև, յերկարացնում է ինկուբացիան և տալիս է թույլ հիվանդացում:

3-րդ խումբ. շիճուկն ազդեցություն չի գործում:

4-րդ խումբ. շիճուկը բարդություններ է տալիս:

Շիճուկի ազդեցությունը կախված է մի շաբաթամեններից. շիճուկը պետք է ունենա իր մեջ հակամարմինների առավելագույն քանակություն, ուստի արյունը պետք է վերցնել այն ժամանակ, յերբ հակամարմինները ամենամեծ քանակությամբ են լինում:

Ըստ Դերբեյի և Դեկզվիցի՝ այդ մոմենտը վրա չե հասնում տաքութունն իջնելուց 7-10 օրանց, ըստ Նոբեկուրի և Պարաֆի՝ 10-12 օր:

Ավելի լավ է վերցնել շիճուկների խառնուրդ գոնե 3 հիվանդից, վորովհետև զանազան շիճուկներում հակամարմինների քանակութունը տարբեր է լինում:

Յերկրորդ մոմենտը — վաղաժամ ներարկումն է վորքան շուտ է ներարկվում, այնքան հետևանքն աւելի հաջող է լինում:

Մինչև ինկուբացիայի չորրորդ օրը ամենամեծ արդյունքն է ստացվում, 5-րդ կամ 6-րդ օրն արգյունք կարելի չէ ստանալ այն դեպքում, յեթե դոզան ավելացվի, սկսած 7-րդ օրից հետևանքը կասկածելի է:

Յերրորդ մոմենտը՝ ներարկող շիճուկի զոդան է:

Մինչև ինկուբացիայի 4-րդ օրը չորս տարեկան յերեխայի համար պահանջվում է մի դոզա. 5-րդ կամ 6-րդ օրը հարկավոր է 2 դոզա. 7-րդ օրը՝ արդեն 3 դոզա: Մի դոզան հավասար է 3 cm^3 :

Եթե յերեխան 4 տարեկանից մեծ է, ապա շիճուկի քանակութունը 1-1 $\frac{1}{2}$ կամ 2 անգամ ավելացվում է:

Ուժասպառ, ուրիշ ինֆեկցիաներ անցկացրած յերեխաների համար հանձնարարվում է՝ դոզան 3 կամ 4 անգամ ավելացնել:

Այդպիսով ուրեմն սերոպրոֆիլակտիկայի կատարյալ հաջողութունը կախված է շիճուկի ակտիվությունից, գործադրման ժամից և դոզայից:

Յերբ այդ պայմանները չեն պահպանվում, ստաց-

վում է յերկրորդ կարգի հետևանք: Լիակատար կանխարգելում չի լինում, տեղի չէ ունենում թուլլ հիվանդացում, ուշացած պրոգրոմ, կարճատև տաքութուն, թեթև ընթացք:

Ինչ վերաբերում է 4-րդ խմբին, յերբ բարդություններ են ստացվում, ապա դրանք հետևանք են վատ տեխնիկայի կամ շիճուկի հատկութուններով են պայմանավորված լինում:

Շիճուկի վորակը գնահատելիս անհրաժեշտ է, վոր դոնորից վոչ մի ինֆեկցիա ներարկվողին չանցնի: Ուստի արյունը պետք է հավաքել ափս ասպքինվոդներից (բեկոնվալեսցենտներից), վորոնք բարդություններ չունեն, աղատ են սիֆիլիսից և տուբերկուլյոզից:

Հարց է առաջանում, թե վորքան կատարյալ է մի մեթոդ, վորը տալիս է կարճատև իմունիտետ, վորը լավագույն դեպքում տեվում է 9 ամիս:

Ճիշտ է, նա հանգցնում է հրդեհը, սակայն կայուն իմունիտետ չի տալիս:

Դերբեն հարց է տալիս, թե արդյոք ավելի լավ չէ, վոր այն յերեխան, վորին կարմրուկի վտանգ է սպառնում հիվանդանա թեթև կարմրուկով, վորպեսզի այդպիսով նա ինքն իր մեջ իմունիտետ մշակի, վոր նրան ապահովի ամբողջ կյանքում:

Վերոհիշյալից պարզ է, թե ինչպես կարելի չէ այդ նպատակին հասնել. կամ պետք է ներարկել վոչ լըբիվ դոզա՝ մինչև 6-րդ օրը, կամ պետք է ներարկում կատարել 7-րդ կամ 8-րդ օրը:

ՍԵՐՈՊՐՈՑԻԱԿՏԻԿԱՅԻ ԿԻՐԱՌՄԱՆ ՑՈՒՑՄՈՒՆՔՆԵՐԸ

Վորովհետև Դեգլվիցի մեթոդը տալիս է մի իմու-
նիտետ, վորն արագ է և մնում է շարաթների ու ա-
միսների, ուստի նպատակահարմար է այդ մեթոդը
կիրառել, յերբ հարկավոր է, վորպեսզի սպառնալիքի
տակ գտնվող լեռնխան չհիվանդանա:

Իսկ յեթե մենք կամենում ենք պաշտպանել լեռն-
խային հետագա հիվանդացումից, նույն մեթոդը մենք
կարող ենք կիրառել այնպիսի դոզաներով և այնպի-
սի ժամկետով, վոր ստացվի արդարով ձև, վորպեսզի
ինքը հիվանդը մշակի ակտիվ իմունիտետ:

1924 թվին բակտերիոլոգների, եպիդեմիալոգների,
սանիտիկների համառուսական համագումարն ար-
տահայտվել է սերոպրոֆիլակտիկայի մասին հետևյալ
ձևով. «Դա հոստալի պրոֆիլակտիկ միջոց է. նրա կի-
րառումն ունի առանձին նշանակություն».

1) Տուբերկուլոզ և ըախիտ հիվանդություններ
ունեցողների համար.

2) Հիվանդանոցում գտնվող լեռնխանների համար.

3) Մինչև 3 տարեկան հասակ ունեցող մանուկնե-
րի համար, վորոնք տալիս են մահացություն բարձ-
րագույն տոկոս, այդ է պատճառը, վոր Մպենսերը
այդ խումբն անվանում է վտանգավոր խումբ:

Համագումարը հանձնարարել է մանկական հիմ-
նարկներում իմունիտետ առաջացնել հիվանդացման
արդարով ձևերով, իսկ հիվանդանոցներում, ուր առ-
կա են ներքին վարակներ, պետք է մեծ դոզայով
ներարկել՝ վարակն ընդհատելու համար:

Այսպես ուրեմն հանձնարարվում է այս կամ այն
մեթոդն ընտրելիս,—հիվանդացումը կանխելու կամ
արդարով ձև տալու նպատակով, միշտ անհատական
մոտեցում ունենալ:

Կարմրուկի սերոպրոֆիլակտիկան հավանություն է
ստացել դանադան համագումարների, բազմաթիվ հե-
ղինականների կողմից. Այդ միջոցը վորոշ մտքով դա-
ձել է ժողովրդական միջոց:

Մինչև 30 թիվը արդեն 15,000 յերեխաներ ստա-
ցել են այդ շիճուկը:

Սակայն դա ունի մի թերություն և դա այն է,
վոր մասսայական դառնալու համար մեծ քանակու-
թյամբ արյուն է պահանջվում:

ՇԻՃՈՒԿԻ ՀԱՎԱՔՈՒՄԸ

Դեռևս Նիկոլն իր առաջին զեկուցման մեջ, ապա
Դեգլվիցն ավելի սուր կերպով հարց են հարուցել
այն մասին, թե խոշոր կենտրոններում անհրաժեշտ է,
ըստ կարելույն, ամենուրեք կազմակերպել արյան հա-
վաքի և շիճուկի պատրաստման ու պահպանման կա-
յաններ:

Առաջին անգամ այդպիսի կայան բացվել է 1921
թվին Մյունխենում ենտուզիաստ Դեգլվիցի ջանքերով,
ապա՝ ֆարիդում և այնուհետև Գերմանիայի, Ռու-
սիայի, Ամերիկայի բազմաթիվ քաղաքներում:

Այդ կայաններում հավաքում են վոչ միայն ա-
պաքինվողներին (ոեկոնվալե ցենտներին), այլև հասա-
կավորների, դոնորների, հիվանդների ծնողների ա-
րյունը: Գերմանիայում դոնորները վարձատրվում են:

Այդպիսի կայաններ պետք է կազմակերպել բոլոր

վարակիչ և վոչ վարակիչ մանկական հիվանդանոցներում, բակտերիոլոգիկ ինստիտուտներին կից:

Մոսկվայում և Լենինգրադում յուրաքանչյուր մայր, վորն իր յերեխան տեղավորում է հիվանդանոցում, նախորոք իր արյունն և տալիս:

Ամենից նպատակահարմարն և մեծահասակ յերեխաների արյունը կամ կարմրուկից նոր ապաքինվող հասակավոր մարդկանց արյունը:

Մի հասակավոր հիվանդ կարող է տալ 30 անգամ ավելի արյուն, քան փոքրահասակը:

Փարիզի Կլոդ Բերնարի անվան մանկական հիվանդանոցի որինակը ցույց է տալիս, վոր արյան ալբյուսի հավաքումը պետական գործ է հանդիսանում:

1925 թվի առաջին կիսամյակում նա 150 հասակավոր հիվանդից հավաքել է 10 լիտր շիճուկ, մի տարում՝ 8640 cm^3 շիճուկ, վորով ազատել է կարմրուկից 507 յերեխայի: Այնուհետև մի տարում հավաքել է 4357 cm^3 շիճուկ ապաքինվողներից (ռեկոնվալեսցենտներից), վորով իմունացման են յենթարկել 812 յերեխայի:

Ըստ Դեկզվիցի՝ յեթե արյան հավաքատեղիները պլանային կարգով կազմակերպեն, ապա կարելի յե ունենալ արյան շտեմարան, վորտեղից միշտ կարելի յե բաժին հանել ում, յերբ, ինչքան հարկն է:

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

Կարմրուկի նշանակութունը	3
Կարմրուկը և հասակը	5
Անցկացրած կամ ուղեկից հիվանդութունների ազդեցութունը	8
Կլիման և կարմրուկը	9
Սոցիալ—հիգիենիկ պայմանները և կարմրուկը	9
Նյութական պայմաններն ու կարմրուկը	11
Ախտընկալութունը կարմրուկի նկատմամբ	13
Վարակվելու ձևը	14
Կարմրուկի կլինիկան	15
Կարմրուկի ընթացքը	19
Տաքութունը	21
Ընդհանուր վիճակը	22
Պաթոգեննզը	23
Իմունիտետ հանդեպ կարմրուկի	25
Անոմալ կարմրուկ	27
Բարդություններ	28
Լարինգիտ	30
Բրոնխիտ	31
Թոքերի բորբոքում	32

Աղանջի բորբոքում	34
Արյունահոսում	34
Բերանահարինք և նոմա	35
Լուծ	36
Ուղեղի բորբոքում (ենցեֆալիտ)	36
Կարմրուկի վաղաժամ դիագնոստիկայի նշանակութունը	38
Պրոգնոզը	40
Թերապիա	40
Պայքար կարմրուկի դեմ	41
Կարմրուկի տարածմանը խանգարող միջոցներ	42
Հիվանդության կանխարգելումը	44
Կարմրուկի շիճուկային պրոֆիլակտիկան	45
Սերոպրոֆիլակտիկայի կիրառման ցուցմունքները	50
Շիճուկի հավաքումը	51

Պատ. խմբագիր՝ Բժ. Ա. Ղազարյան
Տեխնիկական խմբագիր՝ Հ. Կարապետյան
Սրբագրիչ՝ Ս. Շահբալյան

30

ՀՀ Ազգային գրադարան



NL0937889

