

Գիրքը յուսադատճեհահանվել է
A-PDF DjVu TO PDF DEMO: Purchase from www.A-PDF.com to remove the watermark

"Նամահայկական էլ. Գրադարան"

կայքի՝ www.freebooks.do.am

կողմից եւ ներկայացվում է իր

այցելուների ուշադրությանը:

The book created by "PanArmenian E. Library"



Գիրքը կարող է

օգտագործվել միայն ընթերցանության համար...

For more info: www.freebooks.do.am

Library

ՄԱՅՑՈՒՄ ԿԱՐՆԱԾ ԵՑ ԵՐԱՊՈՒՄՆԵՐԸ ԱՐՎԵՐԱԸ ԼՅՅԱՅԱԾ
ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՏԱՐԱԾՄԱՆ ԳՈՐԾՈՒՄ ԵՎ ԻՆՏԵՐՆԵՏ
ԼՈՒՄԻՆՈՍԿԵՆՆԱԿԱՆԵՆԻ ԳՐԵՐԸ:

ՔՐՈՑԻՆ ԳՐԵՐԻ ՄՏԵՐՈՄԱՆ ՄԱՆԸՄԱՐԱՆԵՐԸ ԿԱՐՆԱԾ ԵՑ
ԻՄՈՒՄԱՆ "ՇԱՄԱԼՅԱՅԱԿԱՆ ԷԼԵԿՏՐՈՆԻՍԵՆ ԳՐԱԿՈՐՄԱՆ" ԿՈՑՔԻՆՑ

www.freebooks.am

ԵՆԴՐՈՒՄԱՆ ԵՎՐ, ՈՐ ԺՐՏՎՈՒՄ ԵՑ ՄՏԵՐ ԿՈՑՔԻՆՑ
ՑԱՆԿՈՒՄ ԵՎՐ ԶՈՒՆԻ ԸՆԹԵՐՏՈՒՆԻՑՈՒՄ:



ԳՐԵՐ ԱՐՎԵՐ՝ freebooks@rambler.ru



Ա. Վ. ՉԻԼԻՆԳԱՐՅԱՆ

ԱՂԻՔԱՅԻՆ ՍՈՒՐ
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ
ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ՄՈՏ

ՀՍՍՀ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՄԻՆԻՍՏՐՈՒԹՅԱՆ
ՀԱՆՐԱՊԵՏԱԿԱՆ ՍԱՆՈՒՍՏՈՒՆ

Ա. Վ. ՉԻԼԻՆԳԱՐՅԱՆ

ԱՂԻՔԱՅԻՆ ՍՈՒՐ
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ
ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ՄՈՏ

Զ $\frac{52400 (3037)}{701 (01) 75}$ 398 75 «S»

Զիլինգարյան Ամալյա Վաղարշակի
Աղիքային սուր հիվանդությունները երեխաների մոտ

*Մասն խմբագիր՝ Ա. Մ. Հաբուսյունյան, հրատ խմբագիր՝ Ա. Ս. Սարգսյան
Գեղ. խմբագիր՝ Մ Մ Բաղդասարյան, տեխ խմբագիր՝ Լ ժ Փիրուզյան
Վերստուգող սրբագրիչ՝ Գ. Գ. Սիմոնյան*

Амаля Вагаршовна Чилингарян
Острые кишечные заболевания у детей
(На армянском языке)
Издательство «Айастан», Теряна 91
Ереван, 1975

*Հանձնված է շարվածքի 17/VII 1975 թ :
Ստորագրված է տպագրության 20/XI 1975 թ.:
Թուղթ՝ տպագր. №2, 84 × 108^{1/32}, տպագր. 1,0 մամ.,
= 1,68 պայմ մամ, հրատ 1,35 մամ : Պատվեր 628:
ՎՖ 08250: Տպաքանակ 10 000: Գինը՝ 4 կ :
«Հայաստան» հրատարակչություն, Երևան-9, Տերյան 91:
ՀՍՍՀ Մինիստրների սովետի հրատարակչությունների,
պոլիգրաֆիայի և գրքի առևտրի գործերի պետական
կոմիտեի Արտաշատի տպարան:*

Арташатакская типография Госкомитета Советов
Министров Арм ССР по делам издательств,
полиграфии и книжной торговли

Քննության մեջ գոյություն ունեն սովորական աչքով անտեսանելի մանրագույն էակներ՝ այսպես կոչվող մանրէներ, որոնք տարածված են ամենուր՝ հողում, ջրում, օդում և այլն և հարուցում են այս կամ այն վարակիչ հիվանդությունը: Սանրվներն իրենց կենսագործունեության ընթացքում արտադրում են թույններ (տոքսիններ), որոնք ներծծվելով արյան մեջ, տարածվում են ամբողջ օրգանիզմով մեկ և առաջ բերում դանազան ախտաբանական երևույթներ՝ ջերմության բարձրացում, գլխացավ, սրտխառնություն, փսխում, փորլույծ և այլն:

Ազդեցություն սուր վարակիչ հիվանդություններ հարուցող մանրէները տարբեր են: Յուրաքանչյուր հիվանդություն ունի մեկ կամ մի քանի հարուցիչ: Օրինակ, որովայնային տիֆը սննդի մեկ հարուցիչ, իսկ դիզենտերիայի, սալմոնելոզների, կոլիկոնտերիտների առաջացումը կարող է կապված լինել մի քանի տեսակ ախտածին մանրէների հետ:

Ազդեցություն հիվանդությունների հարուցիչները միմյանցից տարբերվում են իրենց ձևով, մեծությամբ և շարժունակությամբ: Այսպես, որովայնատիֆի, դիզենտերիայի, սալմոնելոզային հիվանդությունների, կոլիէնտերիտների հարուցիչներն սնունդի մեջ, խոլերայինը՝ ստորակետաձև է, ստաֆիլոկոկային հիվանդությունների հարուցիչները գնդաձև են:

Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ ազդեցություն հիվանդությունները ներկայումս բավականաչափ տարածում ունեն և շատ հաճախ ախտահարում են մանկական հասակի երեխաներին ու դեռահասներին, ուստի ներկա գրքուկի նպատակն է, հատկապես երիտասարդ մայրերին ծանոթացնել

այդ հիվանդութիւնների առաջացման և տարածման պատճառների, նրանց կլինիկական ընթացքի և խնամքի առանձնահատկութիւնների, ինչպես և նրանցից պաշտպանվելու հնարավոր միջոցների հետ:

ՀԱՍԱՐԱԿ ԼՈՒՅԾ

Մանկական հասակի ամենատարածված աղիքային հիվանդութիւններից է հասարակ լույծը, որն առաջանում է երեխաների կյանքի առաջին տարում և սովորաբար կապված է սննդի ռեժիմի խախտման հետ:

Իսկ ի՞նչ է տեղի ունենում երեխայի օրգանիզմում, երբ նա հիվանդանում է հասարակ լույծով: Կերակրման ռեժիմի խախտման հետևանքով, երբ ստամոքս - աղիքային համակարգութիւնը ի վիճակի չի լինում կատարելու իր ֆունկցիան, երեխան պատասխանում է զկրտոցով և փսխումով, որը և իր հերթին հանդիսանում է օրգանիզմի պաշտպանողական պատասխանը, քանի որ փսխման միջոցով օրգանիզմը ազատվում է ընդունած ոչ պիտանի սննդանյութերից: Շատ հաճախ փսխման նյութի մեջ կարելի է տեսնել մինչև հիվանդանալը ընդունած կերակրանյութի մնացորդները, որը խոսում է ստամոքսի շարժողական ֆունկցիայի խանգարման մասին: Շարժողական ֆունկցիայի խանգարման հետևանքով, աղիների ստորին հատվածում եղած մանրէները սովորականից ավելի վեր են բարձրանում, ուստի և մանրէների օգնութեամբ սննդանյութի քայքայումը տեղի է ունենում ոչ միայն հաստ, այլև բարակ աղիքներում: Դրա հետևանքով խանգարվում է նորմալ մարսողութեան պրոցեսը, ընկճվում է մարսողական գեղձերի ֆունկցիան, առաջանում են մեծ քանակութեամբ գազեր, զարգանում է աղիների ուռճեցում և փորի փքվածութիւն:

Այսպիսով, սննդանյութերի ոչ լիարժեք մարսումը, խմորման հետևանքով առաջացած նյութերը, մանրէների բազմացման հետևանքով առաջացած թունավոր արգասիքները գազերի հետ միասին առաջացնում են աղիքների

լորձախնայանքի գրգռում, որի հետևանքով ուժեղանում է ազիների շարժողականությունը և առաջանում է լույծ:

Հասարակ լույծը շատ հաճախ սկսվում է աստիճանաբար: Հիվանդաթխան սկզբում երեխան լինում է անհանգիստ, լաց է լինում, ախորժակը վատանում է, ունենում է զկրտոց, երբեմն փսխում, լեզուն չոր, փառակալված: Հաճախակի լինում է որովայնի փքվածություն, նիհար երեխաների մոտ որովայնի բարակ պատի վրա նշմարվում է ազիների շարժումը:

Երեխայի ստամոքսը օրվա ընթացքում գործում է 5-7 անգամ, արտաթորանքը լինում է ջրիկ, դեղնականաչավուն, ազիտակ կտորներով: Խանգարվում է երեխայի քունը, հաճախ նա հշում է, ոտքերով խփում: Նրան անհանգստացնում են ազիների ուռնացության պատճառով առաջացած ցավերը: Քերմոթիլուներ շատ հաճախ նորմալից չի բարձրանում:

Հասարակ լույծի ժամանակ նշված խանգարումները ժամանակին կիրառվող բուժական միջոցառումներից շատ շուտ անցնում են և երեխան 3-4 օրվա ընթացքում առողջանում է: Հասարակ լույծի ժամանակ բավական է բաց թողնել 2-3 կերակրում և տալ միայն հեղուկներ (նախապես ևուցրած յուր, թեյ, մասուրի թուրմ) այնպիսի քանակներով, որ համապատասխանի երեխայի կերակրաչափին: Օրգանիզմից ազի հնարավոր կորուստը կանխելու նպատակով անհրաժեշտ է տալ նաև աղաչին լուծույթներ: Երեխային հեղուկները սուրում են քիչ քանակով՝ 2-3 թեյի գդալ, յուրաքանչյուր 10 րոպեին մեկ անգամ: Այսպիսի ջրա-թեյային դիետան ազատում է ստամոքսը և աղիքների վերին հատվածը շմարսված սննդամթերքների խմորման և նեխման հետևանքով առաջացած թունավոր արգասիքներից: միաժամանակ ստեղծում անհրաժեշտ հանգիստ ստամոքսի և աղիների համար:

Ջրա-թեյային դիետայից 8-10 ժամ հետո երեխային տրոփում է կրծքի կաթ կամ թթվային խտոնուրդներ (նոսրացված կեֆիր): Առաջին 3 օրը երեխային անհրաժեշտ է կերակրել սահմանափակ քանակով, օրը 2-3 անգամ, այնուհետև ավելի հաճախ: Այսպիսի դիետան բերում է օրգանիզմի յիակատար

լավացմանը, վերականգնվում է աղիքների գործունեությունը, երեխայի ախորժակը և ինքնազգացումը լավանում են: Շատ դեպքերում հասարակ լույծի ժամանակ բուժման այլ միջոցներ չեն պահանջվում:

ԹՈՒՆԱՎՈՐ ԼՈՒՅԾ

Թունավոր լույծը բավականին ծանր հիվանդություն է, որի ժամանակ վտանգի է ենթարկվում երեխայի կյանքը: Այս հիվանդության ժամանակ պրոցեսի մեջ է ընդգրկվում ամբողջ օրգանիզմը: Թունավոր լույծը կարող է առաջանալ ինչպես ինքնուրույն, այնպես էլ ոչ լիարժեք բուժված հասարակ լույծի ֆոնի վրա:

Հաճախ հիվանդությունը զարգանում է բուռն կերպով՝ լինում է փսխում, արտաթորումը լինում է ջրիկ, հաճախակի, ջերմությունը սովորաբար բարձրանում է: Խիստ փոխվում է երեխայի տեսքը և ընդհանուր վիճակը: Լինում է ընկճվածություն, երեխան պառկում է առանց շարժումների, գունատ դեմքով, խամրած* աչքերով՝ հայացքը հառած մի կետի: Փսխման և լույծի հետևանքով կորցնելով մեծ քանակությամբ հեղուկ, երեխայի օրգանիզմը ջրազրկվում է: Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթը և շրթունքները շորանում են, ձայնը խռպոտանում է, մաշկի վրա հեշտությամբ առաջանում են ծալքեր:

Այս հիվանդության ժամանակ նյութափոխանակության խիստ խանգարման հետևանքով խախտվում են մի շարք օրգանների, հատկապես նյարդային և սիրտ-անոթային համակարգության աշխատանքը: Զարկերակը սկզբնական շրջանում լինում է հաճախացած, իսկ հետո դառնում է դժվար շոշափելի: Շնչառությունը լինում է անհավասարաչափ, ընդհատումներով: Փսխումը դառնում է անզուսպ, հաճախ լեզու առկայությամբ, լեզուն պատված սպիտակ փառով, առաջանում է կաթնախտ: Արտաթորման հաճախականությունը հասնում է օրվա ընթացքում 15-20 անգամի, 1-2 օրվա ընթացքում երեխան կորցնում է քաշից 300-500 գրամ: Ծայրանդամները սառչում են, մեզը քշանում է, սրտի աշխա-

տանքը ավելի է թուլանում: Երեխան երբեմն կորցնում է գիտակցությունը, առաջանում են ցնցումներ: Շատ հաճախ այս բոլոր սպառնացող ախտանիշները դարձանում են կարճ ժամանակում, նույնիսկ մի քանի ժամում և եթե շտապ չձեռնարկվեն համադրատասխան միջոցառումներ, երեխային փրկելը անհնար է դառնում:

Թունավոր լույծի ընթացքը և ելքը մեծ չափով կախված է երեխայի տարիքի, ընդհանուր վիճակի, ինչպես և ժամանակին կազմակերպվող բուժական միջոցառումների հետ: Որքան երեխան փոքր է, այնքան հիվանդությունը ծանր է ընթանում և դժվարությամբ է ենթարկվում բուժման: Շատ դեպքերում անհապաղ սկսած բուժումը կարճ ժամանակում տալիս է հիանալի արդյունք:

Ստամոքս-աղիքային համակարգության հանգիստը ապահովելու համար անհրաժեշտ է անմիջապես դադարեցնել կերակրելը: Ջրի բավարար քանակը օրգանիզմում ապահովելու համար երեխային պետք է տալ նախապես եռացրած ջուր, թեյ, մասուրի թուրմ, քանի որ օրգանիզմում բոլոր հիմնական պրոցեսները (ջերմակարգավորում, նյութափոխանակություն և այլն) կատարվում են ջրի նորմալ քանակի պայմաններում:

Թունավոր լույծով երեխայի բուժումը անպայման պետք է կազմակերպել հիվանդանոցային պայմաններում: Անհրաժեշտ է, որքան հնարավոր է շուտ օրգանիզմից հեռացնել թունավոր նյութերը: Այդ նպատակով կատարվում է ստամոքսի լվացում, ծանր դեպքերում՝ գլյուկոզայի և աղային լուծույթների ներերակային և ենթամաշկային սրսկումներ: Այսպիսի բուժման ժամանակին կազմակերպման շնորհիվ երեխայի մոտ փսխումը դադարում է, փորլուծության հաճախականությունը նվազում, երեխայի գիտակցությունը պարզվում է, քաշի անկումը՝ դադարում, նույնիսկ որոշ ժամանակ անց այն սկսում է ավելանալ:

Շատ հաճախ ծնողների կույր սերը երեխայի նկատմամբ հասցնում է ողբերգական վախճանի, երբ նրանք ժամանակին երեխային չեն տեղափոխում հիվանդանոց և կորցնում են

նրա կյանքի փրկության թանկագին ընդունելը: Նման տխուր դեպքեր, դժբախտաբար, դեռևս մեր շրջապատում հանդիպում են և այն էլ ոչ քիչ:

Չի կարելի, օրինակ, չհիշել հետևյալ դեպքը. 1974 թ. հուլիսի 10-ին շտապ օգնության մեքենայով հիվանդանոց և տեղափոխվում մեկ տարեկան նարինեն, խիստ ծանր վիճակում՝ գիտակցությունը կորցրած, ծայրանդամները սուր՝ զարկերակը հազիվ շոշափելի: Հարց ու փորձից պարզվում է, որ հիվանդանալուց 2 օր առաջ երեխայի ընտանիքում եղել են հյուրեր և այդ ժամանակ նրան կերակրել են երշիկով: Դրանից մի քանի ժամ հետո երեխայի մոտ առաջացել է փսխում և հաճախակի լույծ, սակայն բժշկի են դիմել մեկ օր հետո միայն, երբ հիվանդի վիճակը բավականաչափ վատացել է: Փսխումը դարձել է ավելի հաճախ՝ ջերմությունը հասել 39 աստիճանի: Բժիշկը տեսնելով երեխային, անմիջապես առաջարկում է հիվանդանոցային բուժում, սակայն մայրը, այնուամենայնիվ, որոշում է երեխային պահել տանը: Գիշերը երեխայի վիճակը շափազանց վատանում է և շտապ օգնության մեքենայով երեխան տեղափոխվում է հիվանդանոց, սակայն ցավոք, ձեռնարկված միջոցառումները անօրուս են գտնվում փոքրիկ նարինեի կյանքը փրկելու համար:

Այսպիսով, ինչպես արդեն նշվեց, թե հասարակ, թե թունավոր լույծերի առաջացման հիմնական պատճառը երեխայի սնման ռեժիմի խախտումն է թե քանակական և թե որակական տեսակետից: Ի՞նչ խորհուրդներ կարելի է տալ մայրերին այդ ուղղությամբ:

Երեխայի կյանքի առաջին ամիսներին ամենալավ սնունդը կրծքի կաթն է, որին չի կարող փոխարինել նույնիսկ ամենաորակյալ սննդային խառնուրդը: Մայրական կաթը պարունակում է երեխայի կյանքի համար անհրաժեշտ սննդային նյութեր այնպիսի քանակությամբ և փոխհարաբերությամբ, որոնք լրիվ բավարարում են աճող օրգանիզմի պահանջները: Նրա մեջ եղած սպիտակուցները և ճարպերը ավելի լավ են յուրացվում երեխայի օրգանիզմում: Կրծքի կաթը պարունակում է ֆերմենտներ, վիտամիններ, որոնք

ողնախլամբ մարտողությունը ավելի լավ է կատարվում ինչպես ստամբում, այնպես էլ աղիքներում: Բացի այդ կրծքի կաթնով կան պաշտպանիչ նյութեր, այսպես կոչված իմուն մարմիններ, որոնք անցնում են մորից և կյանքի ստաբիլ ստանում երեխային պաշտպանում վարակիչ մի շարք իվանդոպլազմաներից (կարմրուկ, քութեշ, ջրծաղիկ և այլն):

Կրծքի կաթի բացակայություն, ինչպես և կաթնային խոտեղանքում սննդային խառնուրդներ չլինելու դեպքում արևոտը և օդադործել մանկական հատուկ պահածոյացված սննդային խառնուրդներ՝ «Մալիշ» և «Մալյուտկա», որոնք իրենց բաղադրությամբ մոտենում են կրծքի կաթին:

Երեխայի ուտելիքը անհրաժեշտ է պատրաստել առանձին տանիքում ուտելուց անմիջապես առաջ: Նույնիսկ վաղ հասակի երեխայի համար նշանակություն ունեն նրան կերակրելու պարտաները: Կերակրելիս չի կարելի երեխային շեղել իր պայրուկներից, զանազան պատմություններով, Երեխայի խոտեղանքի վրա բացասաբար է ազդում նաև բռնի կերակրումը:

Երեխան պետք է ունենա իր տեղը սեղանի շուրջը: Նրա սնունդը պետք է լինի թարմ, համեղ, բազմատեսակ, արտարուստ՝ զրավիչ: Անհրաժեշտ է երեխային կերակրել խիստ սեփմտի: Մայրերից շատերը սիրում են միջկերակրման մամանակաշրջանում երեխային տալ միրգ, քաղցրավենիք, որը և բացասաբար է ազդում երեխայի ախորժակի վրա: Առնչակալի է զրանք տալ ուտելուց հետո:

ԿՈՒԻԷՆՏԵՐԻՏ

Կուիլենտերիտը սուր աղիքային հիվանդություն է, որը ստացանում է աղիքային ախտածին բակտերիաներից: Այս խոտեղանքով հիվանդանում են ինչպես մեծերը այնպես էլ երեխաները, սակայն այն ավելի հաճախ ախտահարում է մեծերը և ամսականներին՝ հատկապես անհաս, ռախիտիկ և արևոտանք սնուցում ստացած երեխաներին: Թեկուզ և մեծերը կուիլենտերիտներով ավելի հազվադեպ են հիվանդա-

նում, սակայն նրանք շատ հաճախ լինելով մանրէակիրներ, սլատճառ են դառնում երեխաների վարակմանը:

Ներկայումս նկարագրվում են աղիքային ախտածին բակտերիաների 20-ից ավելի տեսակներ, սակայն նրանցից յայն տարածում ունեն միայն 3-4-ը:

Վարակի հիմնական աղբյուրը հանդիսանում է կոլիէնտերիտով հիվանդ մարդը, կենդանին, ինչպես և մանրէակիրը: Վարակի տարածման գործում հատկապես մեծ է կոլիէնտերիտով հիվանդի դերը, որը հիվանդության առաջին օրերին կղանքի հետ արտաթատում է մեծ քանակությամբ մանրէներ և վարակում շրջապատը:

Փոխանցումը հիվանդ երեխայից առողջին ավելի հաճախ կատարվում է խնամողի կամ մոր ձեռքերի միջոցով, երեխային կերակրելու կամ խնամելու ժամանակ, ինչպես նաև սպիտակեղենի, խաղալիքների, ամանեղենի և այլ առարկաների միջոցով, որոնք կեղտոտված են մանրէներով: Վարակը կարող է տարածվել նաև ջրի և կաթի միջոցով:

Աղիքային ախտածին մանրէները բավականին կայուն են արտաքին միջավայրում: Այսպես, ռետինե և պոլիէթիլենային խաղալիքների վրա նրանք կենսունակ են մնում 2-4 ամիս, իսկ տակաշորի վրա 15—16 օր, կաթնային խառնուրդներում մինչև 107 օր: Նույնիսկ շրջապատի առարկաների միանվագ մաքրումը ախտահանիչ լուծույթով չի ոչնչացնում այդ մանրէներին: Եթե հաշվի առնենք այն հանգամանքը, որ վաղ հասակի երեխաները շատ հաճախ սողում են հատակին կամ մանեթում, մատները և խաղալիքները հաճախակի տանում են բերանը, ապա պարզ է դառնում կոլիէնտերիտով վարակվելու հնարավոր ուղին:

Այսպիսով, բերանի ճանապարհով կոլիէնտերիտի հարուցիչները անցնելով երեխայի օրգանիզմ, տեղակայվում են բարակ աղիքներում և սկսում են բազմանալ մեծ արագությամբ: Այդ մանրէների բազմացման հետևանքով առաջացած թույնները (տոքսիններ), արյան ճանապարհով տարածվում են ողջ օրգանիզմում և առաջացնում բոլոր օրգան-սխտեմների ֆունկցիաների խանգարում:

Հիվանդությունը կարող է առաջանալ նաև ալլ ճանապարհով: Ինչպես հայտնի է նորածին երեխայի աղիքները ստերիլ են, այնտեղ չկան բակտերիաներ, սակայն ծնվելուց 2-3 ժամ հետո բերանի, քթանցքերի ճանապարհով աղիներ են ներթափանցում զանազան մանրէներ, որոնց քանակությունը աղիներում հետագայում լինում է տարբեր, կախված ինչպես երեխայի տարիքից, այնպես էլ կերակրման տեսակից: Կրծքով կերակրվող երեխաների մոտ ամենից արագ բազմանում են կաթնաթթվային խմորման մանրէները, որոնք ոչնչացնում են ախտածին հարուցիչներին, ուստի և մասամբ դրանով կարելի է բացատրել այն հանգամանքը, որ կրծքով կերակրվող երեխաները ավելի հազվադեպ են հիվանդանում լույծով, այդ թվում և կոլիէնտերիտներով:

Կովի կաթով սնվող երեխաների աղիքներում գերակշռում է աղիքային ցուպիկը, որը սովորական պայմաններում ոչ մի հիվանդություն չի առաջացնում: Դեռ ավելին, նրա կենսագործունեության շնորհիվ աղիքներում ստեղծվում են անբարենպաստ պայմաններ աղիքային ախտածին այլ մանրէների գործունեության համար: Բացի այդ աղիքային ցուպիկները մասնակցում են բազմաթիվ վիտամինների առաջացման պրոցեսներին:

Այս բոլոր դրական կողմերի հետ մեկտեղ, երբ երեխայի օրգանիզմի դիմադրողականությունը ընկնում է զանազան հիվանդություններ (վերին շնչուղիների կատար, գրիպ, թութաբորբ, և այլն) կրելու պատճառով, աղիքային ցուպիկները սկսում են բազմաձև մեծ ինտենսիվությամբ և նրանց կողմից արտադրված արգասիքները արյան ճանապարհով անցնելով օրգանիզմ, ախտահարում են կենտրոնական նյարդային, շնչառական, սիրտ-անոթային և մարսողական համակարգերի աշխատանքը:

Կոլիէնտերիտների ժամանակ հիվանդությունը առաջանում է հարուցիչը օրգանիզմ ներխուժելուց ոչ անմիջապես, այլ 1-2 օր հետո, որը կոչվում է հիվանդության գաղտնի շրջան. Դա պայմանավորված է ինչպես երեխայի օրգանիզմի

դիմադրողականությամբ, այնպես էլ միկրոօրգանիզմների քանակով:

Հիվանդությունը կարող է ունենալ ինչպես ծանր, այնպես էլ թեթև կլինիկական ընթացք: Կյանքի առաջին ամիսներում երեխաների 70-75 տոկոսի մոտ այն ընթանում է բուռն կերպով՝ բարձրանում է ջերմությունը մինչև 38-39 աստիճան, լինում է փսխում, փորլույծ՝ օրը 5-20 անգամ, դեղնավուն, մեծ քանակի ջրային մասով, սովորաբար առանց արյան և լորձի առկայության: Գրեթե բոլոր հիվանդների մոտ նկատվում է որովայնի փքվածություն, փսխումը կարող է լինել անընդհատ կամ օրը մի քանի անգամ:

Կուլիէնտերիտների ծանր ձևերի ժամանակ օրգանիզմը մեծ քանակությամբ հեղուկ կորցնելով, ջրազրկվում է, վատանում է երեխայի ընդհանուր վիճակը, երեխան լինում է թույլ, ընկճված, անհանգիստ, հրաժարվում է կերից, նրա մաշկը և լորձաթաղանթները լինում են գունատ: Օրեցօր երեխայի վիճակը վատանում է, խանգարվում է սիրտ-անոթային համակարգության աշխատանքը, առաջանում է գիտակցության կորուստ, նույնիսկ ցնցումներ: Հիվանդությունը տևում է 3-4 շաբաթ: Այս հիվանդությանը բնորոշ է ալիքաձև ընթացքը, երեխան որոշ ժամանակ կարծես թե լավ է զգում, փսխումը և լույծը դադարում են, ընդհանուր վիճակը բարելավվում է, սակայն հանկարծ, նորից երեխայի վիճակը վատանում է:

Կուլիէնտերիտների թեթև կլինիկական ընթացքի ժամանակ հիվանդությունը զարգանում է աստիճանաբար և իր կլինիկական ընթացքով նմանվում է հասարակ լույծին: Սովորաբար երեխայի ընդհանուր վիճակը չի փոխվում, լինում է ջերմության թեթև բարձրացում, արտաթորում՝ օրվա ընթացքում 2-5 անգամ ջրիկ, դեղնավուն երանգով, երբեմն փսխում: Այսպիսի դեպքերում կուլիէնտերիտները հասարակ լույծից դիֆերենցում են միայն լաբորատոր քննությամբ:

Կուլիէնտերիտով հիվանդ երեխայի բուժումը նույնպես անհրաժեշտ է կազմակերպել հիվանդանոցային պայմաններում, որտեղ երեխան ստանում է հակաբիոտիկոթերապիա,

դիտարկելու, վիտամինոթերապիա, ինչպես և կազմակերպվում է անհրաժեշտ պայքար երեխային տոքսիկոզից պարս րհրելու համար:

ԳԻՂԵՆՏԵՐԻԱ

Գիղենտերիան զասվում է հնագույն հիվանդությունների շարքը: Հունական հայտնի բժիշկ Հիպոկրատը, որը համարվում է բժշկագիտության հայրը, իր ժամանակին (5-րդ դար մ թ ա) մանրակրկիտ նկարագրել է այս հիվանդությունը և տվել դիպենտերիայի ներկայիս անվանումը, որը բառացի նշանակում է աղիների գործունեության խանգարում:

Առաջին անգամ 1875 թվականին պրոֆ. Ֆ. Ա. Լյոշը դիպենտերիայով հիվանդի արտաթորանքում հայտնաբերեց կենդանի մարմնիկներ՝ ամյոբաներ, որոնց և վերագրվեց այս հիվանդության հարուցումը: Սակայն, հետագայում տարբեր նատալոտոզներ՝ Գրիգորև-Շիգա, Ֆլեքսներ, Զոննե, Նյուքաստուև ուրիշներ հայտնաբերեցին այդ հիվանդությունը հարուցումի բանի տեսակի բակտերիաներ, որոնք և կոչվեցին նեյրոակինների անուններով: Հետազոտությունները պարզել են, որ Հայաստանի պայմաններում վերջին տասնամյակում նիմնականում տարածված են նշված բակտերիաների 3 տեսակները (Ֆլեքսներ, Զոննե, Նյուքաստու): Զնայած նարուցիչների տարբերությանը, նրանց հարուցած հիվանդություններն իրենց կլինիկական պատկերով միմյանց շափազանց նման են, այնպես որ նույնիսկ ամենափորձված բժիշկն անգամ միայն կլինիկական ախտանիշների հիման վրա նրանց միմյանցից զանազանել չի կարող: Այս հարցում մոտոսկան և վերջնական խոսքն է ասում միայն բակտերիոլոգիական հետազոտությունը, որը ավելի լիարժեք և արդյունավետ է զառնում հիվանդանոցային պայմաններում: Նշված նատալոտությունների կարևորությունը շափազանց մեծ է: Արդ պարզվում է հիվանդությունն առաջացնող մանրէի տեսակը, բժիշկը հնարավորություն է ստանում ավելի ճիշտ սրուչել, թե ումից է տեղի ունեցել վարակումը, այլ կերպ ասած,

առաւելել մեծ հնարավորութիւնն է ստեղծվում վարակի ազբյուրը հայտնաբերելու համար: Անհրաժեշտ է նշել նաև, որ ներկայումս բակտերիոլոգիական լաբորատորիաներում որոշվում է հիվանդութիւնն առաջացնող մանրէի յզայութիւնը տարբեր տեսակի հակաբիոտիկների նկատմամբ: Այս հանգամանքը հնարավորութիւն է տալիս բժշկին մշակել հիվանդի բուժման անհատական պլան և օգտագործել տվյալ հակաբիոտիկը, որով և հնարավոր է դառնում հիվանդի արագ և լիարժեք բուժումը:

Այսպիսով, ըստ հիվանդութիւնը հարուցող մանրէի, տարրերում են դիզենտերիայի երկու տեսակ՝ բակտերալ և ամյոբային: Քանի որ բակտերալ դիզենտերիայով երեխաները ավելի հաճախ են հիվանդանում, քան ամյոբայինով, ուստի անհրաժեշտ ենք համարում ավելի մանրամասնորեն խոսել դիզենտերիայի հենց այդ տեսակի մասին:

Բակտերալ դիզենտերիայի հարուցիչները անգեն աչքով անտեսանելի, անշարժ ցուպիկներ են, որոնց մեծութիւնը չափվում է միկրոններով (միկրոնը մմ-ի հազարերորդական մասն է): Նրանք տեղակայվելով երեխայի հաստ աղինների պատերում, սնվում են նրա կենդանի հյուսվածքի և բջիջների հաշվին և պահպանում իրենց գոյութիւնը: Պետք է ասել, որ հարուցիչի համար կյանքի, ինչպես և բազմացման պայմանները արտաքին միջավայրում անհամեմատ ավելի անբարենպաստ են, քան կենդանի օրգանիզմում: Սակայն, շնայած դրան, հիվանդութեան հարուցիչները արտաքին միջավայրում բավականաչափ դիմացկուն են:

Հիվանդ երեխայի օրգանիզմը մշտապես աշխատում է ազատվել դիզենտերիայի հարուցիչներից և վերջիններս արտաթորանքի հետ միասին արտազատում է արտաքին միջավայր: Այստեղ նրանց կենսունակ մնալու տևողութիւնը կախված է ջերմաստիճանից, խոնավութիւնից, սննդամթերքի տեսակից, կողմնակի մանրէների առկայութիւնից և այլ պայմաններից: Դիզենտերիայի հարուցիչները երկար են ապրում ցածր ջերմաստիճանի պայմաններում, մինչդեռ շատ շուտ ոչնչանում են բարձր ջերմութիւնից և ախտահանիչ

Նյութերի ազդեցությունից: Այսպես, 58-60 աստիճան ջերմու-
թեան տակ նրանք ոչնչանում են 15-30 րոպեում: Արևի
առազայլները սպանում են նրանց 30-40 րոպեում, 1-2
տոկոսանոց քլորամինի, կարբոլաթթվի, քլորակրի, 3 տոկոսա-
նոց լիզոլի լուծույթներում ոչնչանում են 20-30 րոպեում:
Սարգս արտաթորանքում շորացած վիճակում նրանք կարող
են կենսունակ մնալ 3-5 ամիս: Խոնավ միջավայրում այդ
մանրէների կենսունակությունը ավելի երկար է պահպանվում:
Սրտիկա մարդու արտաթորանքում եղած հարուցիչները
խոնավ հոգում կենսունակ են մնում 3 ամիս: Իսկ շորում՝ 15
րոպեի վրա, եթե դրանք չեն լվացվում՝ 2—3 օր:
Նարթեր առարկաների վրա (դուռ, պատեր, հատակ և այլն)
նրանք կենսունակ են մնում 12-15 օր, հիվանդին մեկուսաց-
նելուց նետո նշված ժամկետները բավական են, որպեսզի
վարակը տարածվի շրջապատում:

Միզենտերիայի հարուցիչների համար շափազանց
լարենոպաստ միջավայր են համարվում կաթը, կաթնամթերք-
ները մուրաբաները, մսեղենը: Այսպես, երշիկի, կոտլետի
վրա սենյակի սովորական ջերմության պայմաններում հա-
րուցիչները չեն ոչնչանում մոտավորապես մեկ շաբաթվա
ընթացքում, իսկ կարագում նրանք կենսունակ են մնում 2-3
տարալի կաթում, կաթնաշոռում, թթվասերում դիզենտերիա:
Հարուցիչները, հատկապես Ջոննե տեսակը, ոչ միայն
պահպանում են իրենց գոյությունը, այլև 20-37 աստիճանի
սառածաններում նույնիսկ բազմանում են:

Միզենտերիայի հարուցիչների կենսունակության տևողու-
թյանը ջրում կապված է մի շարք պայմաններից՝ նրա
լիմիտիան բաղադրությունից, հոսելու արագությունից,
ինյուկա և ջերմաստիճանից: Արևի ճառագայթները, որոնք 2
մետր խորությամբ թափանցում են ջրի շերտի մեջ, սպանիչ
ազդեցություն են թողնում դիզենտերիայի հարուցիչների վրա:
Կալիպիսի ներգործությունն ունեն նաև քիմիական նյութերը՝
քլորը, թիոնները, հիմքերը, այդ իսկ պատճառով ջրամատա-
կարարման ցանցի խմելու ջուրը սովորաբար մշակվում է

քլորով, իհարկե, այնպիսի քանակով, որը միանգամայն անվնաս է մարդու օրգանիզմի համար:

Արագահոս գետերում կամ առուներում մանրէները ավելի արագ են ոչնչանում, քան դանդաղ հոսող ջրերում: Վերջին դեպքում նրանք նստում են հատակին և ցածր ջերմության պայմաններում կարող են ապրել մի քանի շաբաթ, քանի որ, ինչպես արդեն վերը նշվեց, ցածր ջերմաստիճանը հարուցիչների կենսունակության համար բավականին բարենպաստ է:

Ջրում մշտապես հանդիպում են մանրէների ոչ ախտածին, այսպես կոչված սապրոֆիտ տեսակներ, որոնք ոչնչացնում են ինչպես դիզենտերիայի, այնպես էլ այլ ախտածին հարուցիչներին և ջուրը փաստորեն վարակազերծում են: Ամռանը, տաք ջրում սապրոֆիտները բազմանում են ավելի արագ, քան աշնանը և ձմռանը, երբ նրանց բազմացումը դանդաղում է կամ նույնիսկ կանգ է առնում: Ուստի և ձմռանը դիզենտերիայի հարուցիչների ոչնչացումը ջրում կատարվում է դանդաղ, քան ամառվա ամիսներին: Այդ է պատճառը, որ դիզենտերիայի ջրային վարակման դեպքերը ավելի հաճախ են հանդիպում ձմռանը, աշնանը և վաղ գարնանը:

Դիզենտերիայի հարուցիչների տարբեր տարատեսակների կայունությունը արտաքին միջավայրի գործոնների նկատմամբ տարբեր է: Այսպես, Ֆլեքսներ և Ջոննե տարատեսակները, որոնք ներկայումս ավելի շատ են տարածված, ավելի կայուն են արտաքին ազդակների նկատմամբ, սակայն նրանք նույնպես հեշտությամբ ոչնչանում են ախտահանիչ միջոցներից: Ուստի և վերջիններիս կիրառման նշանակությունը հսկայական է, քանի որ նրանց շնորհիվ վնասազերծվում են այն բոլոր իրերը և առարկաները, որոնք կարող են կեղտոտվել հիվանդի կողմից:

Դիզենտերիայով վարակումը հնարավոր է դառնում այն դեպքում, երբ այն հարուցող մանրէները բերանով անցնում են աղիները: Վարակի աղբյուր են հանդիսանում դիզենտերիայով հիվանդը և մանրէակիրները: Վերջիններս, արտաքուստ լինելով առողջ, իրենց օրգանիզմում կրում են

դիզենտերիայի հարուցիչները: Մանրէակիրներ կարող են լինել դիզենտերիայով հիվանդները՝ առողջացման շրջանում, վարակված մարդը հիվանդության գաղտնի շրջանում, երբ դեռ ի հայտ չեն եկել հիվանդության նշանները, ինչպես նաև այն մարդիկ, որոնք շփման մեջ են եղել հիվանդի հետ, վարակվել են նրանից, սակայն չեն հիվանդացել՝ տվյալ վարակի նկատմամբ անընկալություն (իմունիտետ) ունենալու պատճառով:

Այսպիսով, դիզենտերիայի վարակի փոխանցումը տեղի է ունենում հիվանդի կամ մանրէակրի արտաթորանքով կեղտոտված ջուրը կամ սննդամթերքները օգտագործելիս. Այդ տեսակետից կարևոր է նշել կաթի, կաթնամթերքների և մսի դերը վարակի փոխանցման գործում: Նշված սննդամթերքների մեջ, ինչպես արդեն ասվեց, հիվանդության հարուցիչները ոչ միայն պահպանում են իրենց կենսունակությունը, այլև կարող են բազմանալ: Սառնարաններում՝ 2-10 աստիճան ջերմության տակ պահվող սննդամթերքներում եղած մանրէները թեկուզ և դանդաղ, բայց բազմանում են: Դա նշանակում է, որ միսը, կաթը, երշիկը, ինչպես նաև շուտ փշացող այլ սննդամթերքները չի կարելի երկար ժամանակ պահել սառնարանում:

Դիզենտերիայի հարուցիչներով սննդամթերքների վարակումը հնարավոր է դառնում այն դեպքում, երբ այն պատրաստող խոհարարը կամ տնտեսուհին չի հետևում իր ձեռքերի մաքրությանը, խոհանոցի սանիտարական վիճակին և վերջապես, չի կիրառում սննդամթերքների մշակման, պահպանման և տեղափոխման սանիտարական կանոնները:

Կրծքի հասակի երեխաների վարակման գործում շատ հաճախ մեղավոր են լինում մայրերը կամ այլ խնամող անձինք, որոնք հիվանդ լինելով դիզենտերիայի այսպես կոչված շճանաչվող ձևերով և խախտելով անհատական հիգիենայի կանոնները, պատճառ են դառնում դիզենտերիայի նորանոր դեպքերի առաջացման:

Այսպիսով, այն հարցին, թե ինչպես է վարակը փոխանցվում հիվանդից կամ մանրէակրից առողջին, կարելի է

պատասխանել՝ կեղտոտ ձեռքերի և ճանճերի միջոցով կամ Լ չլվացված մրգեր, հատապտուղներ և կեղտոտ ջուր օդատարու-
ելու հետևանքով: Պատահական չէ, որ դիզենտերիան հա-
մարվում է «կեղտոտ ձեռքերի հիվանդութուն»: Սակայն
ձեռքերը, մրգերը, հատապտուղները, ջուրը և ճանճերը կարող
են հիվանդության առաջացման գործոն դառնալ այն դեպքում,
երբ նրանք կեղտոտված են դիզենտերիայով հիվանդի արտա-
թորանքով, որի մեջ կան մեծ թվով ախտածին մանրէներ:
Պարզ է, որ վարակման վտանգը ավելի մեծ է հիվանդի
շրջապատողների և հատկապես նրա խնամողների համար:
Շատ հաճախ վարակի փոխանցման գործոն է դառնում ոչ
միայն գիշերանոթը, որից օգտվել է հիվանդ երեխան, այլև
նրա սպիտակեղենը և անձնական օգտագործման այլ
պարագաներ:

Զի բացառվում նաև շփման միջոցով վարակի տարածումը
մսուրներում և մանկապարտեզներում, երբ հիվանդ երեխային
ժամանակին չեն մեկուսացնում և խախտում են սանիտարա-
հիգիենիկ ռեժիմը: Շփվելու միջոցով վարակի տարածումը
հնարավոր է նաև դպրոցներում և այն բոլոր վայրերում, երբ
հիվանդը չի պահպանում անհատական հիգիենայի կանոն-
ները: Եթե մանրէակիրը աշխատում է ճաշարանում, մթերային
խանութում, կաթի գործարանում, կաթնախոհանոցում,
մանկական հիմնարկներում և չի պահպանում այդ կանոն-
ները, ապա նրա ձեռքերի միջոցով հարուցիչները անցնում են
սննդամթերքների վրա և վարակման նորանոր դեպքեր
հարուցում: Այստեղ ավելորդ չէր լինի մեջ բերել հետևյալ
դեպքը. կաթի գործարանի լաբորանտներից մեկը, հիվանդ
լինելով դիզենտերիայով, թաքցնում է իր հիվանդությունը և
շարունակում է աշխատել: Իր անմաքրության ու թափթփվա-
ծության պատճառով շուտով նա դիզենտերիայի հարուցիչ-
ներով վարակում է թթվասերը, որը հաջորդ օրը առաքվում է
մանկական առողջարան: Առողջարանում մի քանի օր անց
առաջանում է դիզենտերիայի բռնկում, ինչպես երեխաների,
այնպես էլ աշխատողների մեջ:

Լաբորատոր հետազոտությամբ հիվանդների մոտ հայտնա-

րերվում է դիզենտերիայի հարուցչի այն տեսակը, որով խորակված է՞ գործարանի աշխատողը՝ այսինքն՝ ապաստարանում է գործարանի արտադրանքի (թթվասեր) մասնակցությունը վարակի փոխանցման գործին։ Այսպիսով՝ բույսավիվ երեխաների բուժման ընթացքն ու ամառային շանգիտար խանգարվում է մեկ մարդու անբարեխղճության և վատփութիվածության պատճառով։

Քարերախտաբար, այն խիստ սանիտարական հսկողությունը, որը սահմանված է մեր երկրում սանիտարական օրհանների կողմից սննդի ձեռնարկությունների, մթերային խանութների մանկական հիմնարկների, բուժետների, ճաշարանների և սննդամթերքներ վաճառող այլ կետերի նկատմամբ, նվազագույնի է հասցնում սննդի ճանապարհով երեխաների և փարակի տարածման դեպքերը։

Դիզենտերիայի տարածման գործում մեծ դեր է խաղում նաև ջուրը և բոլորովին պատահական չէ, որ այդ ճանապարհով վարակվում են մեծ մասամբ երեխաները, քանի որ ամառն սովորական է նրանք օրվա մեծ մասը անց են կացնում դրսում, լողանում են գետերում, առուներում, ջրավազաններում և սրտապահական ջրամբարներում։

Դիզենտերիայի տարածմանը մեծապես նպաստում են նաև նաև նամ վիճակում գործածվող մրգերը, կանաչեղենը, բանջարեղենը։ Վերջիններիս վտանգավորությունը բազմապատկվում է աշն դեպքում, երբ մարգագետինները պարարտացնելու և ջրելու նպատակով օգտագործվում են մարդկանց արտաթորանքը և կոչուղու ջուրը։ Այս երևույթը խիստ հակահիգիենիկ ու հակասանտոլոգիական է և նման քայլին դիմող անձինք պետք է ենթարկվեն խիստ պատասխանատվության։

Ամառային ամիսներին դիզենտերիայի տարածման գործում մեծ դեր են խաղում նաև ճանճերը։ Նրանք, մշտապես փոփոխվող մարդկանց արտաթորանքի հետ, իրենց ոտիկներով և թևիկներով վարակը փոխադրում են բնակարանները և այնուհետև լիարժեք վիճակում պահվող սննդամթերքների վրա։ Անհրաժեշտ է սշել, որ բնակարանների և նրանց շրջապատի հակասանիտարական վիճակը նպաստավոր պայմաններ են ստեղ-

ծում ճանճերի բազմացման, ուստի և դիզենտերիայի վարակի տարածման համար:

Երեխայի կյանքի տարբեր շրջաններում դիզենտերիայով վարակվելու վտանգը տարբեր է: Այդ վտանգին ամենից ավելի քիչ են ենթակա ամենափոքրերը՝ կրծքով կերակրվող երեխաները: Վերջիններիս դիզենտերիայի վարակից զերծ պահելու համար բավական է, որ մայրը պահպանի անձնական հիգիենայի կանոնները: Գործը ավելի բարդանում է, երբ երեխան ընդունում է արհեստական սնունդ: Այստեղ արդեն դիզենտերիայի վարակը կարող է թաքնված լինել զանազան հյուսիսի և սննդային խառնուրդների մեջ, որոնք տնային պնյմաններում պատրաստվում են ոչ պատշաճ սանիտարական պայմաններում: Երեխաների համար հատկապես գրավիչ են կարմիր հազարջի պտուղները, ելակը, մորին, մոշը: Բայց եթե դրանք պատշաճ ձևով լվացված չեն, իրենց վրա կարող են կրել զանազան հիվանդությունների, այդ թվում և դիզենտերիայի հարուցիչները:

Վարակվելուց հետո դիզենտերիայի երևույթները զարգանում են ոչ անմիջապես, այլ որոշ ժամանակ անցնելուց հետո: Այդ ժամանակաշրջանը կոչվում է հիվանդության գաղտնի շրջան, որի տևողությունը լինում է տարբեր, և կախված է ինչպես օրգանիզմի պաշտպանիչ ուժերից, այնպես էլ ներթափանցած մանրէների քանակից և թունոտությունից: Ամենից ավելի հաճախ այն տևում է 2-7 օր, իսկ երբեմն էլ ավելի կարճ՝ նույնիսկ ժամեր:

Անհրաժեշտ է նշել, որ հիվանդության ընթացքում օրգանիզմը չի մնում պասսիվ վիճակում: Նա իր հերթին սկսում է ակտիվ կերպով պայքարել ներթափանցած վարակի դեմ: Օրգանիզմի առաջին պատենեշը դիզենտերիայի վարակի ճանապարհին՝ ստամոքսահյուսիս է, որի ազդեցության տակ ներթափանցած մանրէների զգալի մասը, իսկ երբեմն էլ բոլորը ոչնչանում են: Դա մեծ շափով կախված է ստամոքսահյուսիսի թթվության աստիճանից: Ամառ ժամանակ, երբ մեծ քանակությամբ հեղուկ է օգտագործվում, իջնում է ստամոքսահյուսիսի թթվության աստիճանը: Դրա հետևանքով թուլանում են

Արտ պաշտպանական հասկությունները և ներթափանցած մտերևների որոշ մասը կարողանում է անցնել աղիները և տեղակայվելով հաստ աղիքի ծայրային հատվածում, մեծ արտաթորանքային բազմանում է ու արտադրում թուլն՝ տոքսին: Վերջինս արյան հոսքով տարածվում է ամբողջ օրգանիզմում՝ նստկուղես ախտահարելով նյարդային համակարգը և աղիների մյուս հատվածները: Նյարդային համակարգի ախտահարման հետևանքով խանգարվում է աղիների արյան շրջանառությունը և օրգանիզմի նյութափոխանակությունը: Հարույրի արտադրած թուլնը ազդում է նաև աղիների գեղձերի վրա և ընկճում նրանց գործունեությունը: Դրա հետևանքով պակասում է մարսողական հյութերի արտադրումը, որը ի վերջո հանգեցնում է մարսողության խանգարման:

Կապանի շրջանից հետո երևան է գալիս դիզենտերիայի բնորոշ պատկերը, որը կարող է արտահայտվել ամենարտաձայան ձևով: Մի դեպքում հիվանդությունը կարող է բնվանալ շատ ծանր ձևով, իսկ մի այլ դեպքում, ընդհակառակը, այնքան թեթև, որ մնում է հիվանդի կամ նրա ծնողների նամար աննկատելի:

Կլինիկական տիպիկ ընթացքի դեպքում հիվանդը զգում է մարմնի ջարդվածություն, հոգնածություն, թեթևակի սարսուռ: Մերմտվյունը բարձրանում է մինչև 38-39 աստիճան, հնարավոր է սրտխառնություն, երբեմն փսխում, իսկ փոքր երեխաների մոտ՝ նույնիսկ ջղաձգական երևույթներ:

Արտաթորումը լինում է խիստ հաճախացած և կատարվում է որը 10-20 անգամ, ընդ որում ամեն անգամ արտազատվում է միայն փոքրաքանակ, արյունախառն լորձ, որը հաստ աղիքի բարրորթված լորձենու արտադրությունն է: Յուրաքանչյուր անգամ արտաթորումը ուղեկցվում է տանջալից նքոցներով: Հանախակի արտաթորման հետևանքով երեխայի օրգանիզմը ցրտագրկվում է, որի հետևանքով նրա դեմքը սրվում է, աչքերը փոս են ընկնում, քաշն արագ պակասում է, խանգարվում է սրտի նորմալ աշխատանքը:

Սյն ժամանակին և ճիշտ կերպով է կազմակերպվում երե-

խալի բուժումը, վերը նշված երևույթները 5-7 օրից հետո անհետևանք անցնում են

Դիզենտերիայի ծանր ձևը սկսվում է բուռն երևույթներով ջերմութիւնը բարձրանում է մինչև 39-40 աստիճան, վերջույթները սառչում են, դեմքը գունատվում, ձայնը քաշվում է, իսկ կղանքը նմանվում է մսի լվացաջրի: Ընդհանուր երեւույթները ավելի խիստ են արտահայտվում, երեխայի գիտակցութիւնը կարճատև մթադնում է, երբեմն ուղեկցվում է զառանցանքով: Ավելի հաճախ նկատվում են սրտխառնութիւն, փսխում, անհանգիստ վիճակ, ջղաձգութիւններ: Արտաթորման հաճախականութիւնը օրվա ընթացքում հասնում է 30-40-ի, այն ուղեկցվում է որովայնի շրջանի ուժեղ ցավերով և նքոցներով: Նշված վիճակը սովորաբար տևում է 7-20 օր և միայն ժամանակին ձեռնարկվող ճիշտ բուժումը, համապատասխան ռեժիմը կարող են փրկել երեխայի կյանքը:

Դիզենտերիան առանձնապես ծանր են տանում արհեստական ձևով սնվող, հյուծված և ռախիտով հիվանդ երեխաները: Վերջիններիս օրգանիզմի դիմադրողականութիւնը ընկած լինելու պատճառով, զարգանում են մի շարք բարդութիւններ՝ թոքաբորբ, երիկամների բորբոքում և այլն, որոնք առավել ևս ծանրացնում են հիվանդի վիճակը:

Բարեբախտաբար, դիզենտերիայի այսպիսի ծանր դեպքերը համեմատաբար հազվադեպ են՝ հատկապես վերջին տարիներին: Ներկայումս դիզենտերիան բավականին հաճախ ընթանում է թեթև, ջնջված ձևով, ունենալով կլինիկական թույլ արտահայտութիւն, որը պետք է կապել բնակչութեան կյանքի պայմանների զգալի բարելավման և դրա հետևանքով օրգանիզմի դիմադրողականութեան բարձրացման հետ: Մյուս կողմից այստեղ որոշ դեր է խաղում նաև այն հանգամանքը, որ ներկայումս հիվանդութիւնը հաճախ առաջանում է մանրէների պակաս թունավոր տեսակներից (Ֆլեքսներ, Զոննե):

Դիզենտերիայի թեթև ձևերը ընթանում են զրեթե առանց կլինիկական երևույթների: Երեխայի ընդհանուր վիճակը լինում է բավարար, ջերմաստիճանը նորմալ կամ ենթատեղային (37,2-37,5 աստիճան), առաջանում են թեթև ցավեր

փրօվայնի շրջանում, արտաթորումը կատարվում է օրական մեկ անգամ, աննշան քանակությամբ լորձով: Սովորաբար ալյուս կրեուշիթները շարունակվում են 1-3 օր և անցնում: Մայրերը ալյուսի փորլույծին նշանակություն չեն տալիս, մինչդեռ խելիս բնթացող դիզենտերիան ևս լուրջ հիվանդություն է: Խանդարվում է երեխայի նորմալ զարգացումը, նրա մոտ չեղարկությամբ կարող են առաջանալ նույն բարդությունները, ինչպիսիք չեղարկության ծանր ձևերի դեպքում:

Այստեղ միաժամանակ անհրաժեշտ է նշել, որ հենց ալյուսի հիվանդներն են ամենից հաճախ դառնում վարակի ապրյուր շրջապատի համար: Դիզենտերիայի այս թեթև ընթացակարգը ճանաչել կարող է միայն բժիշկը, այն էլ լաբորատոր չետապոտության միջոցով:

Ստամոնասիրությունները ցույց են տվել, որ այսպես կոչված Նասարակ փորլույծ գոյություն չունի, և բոլոր աղիքային խանգարումների առաջացման պատճառը հանդիսանում են ախտածին մանրէները: Ուստի և անհրաժեշտ է աղիների դարձուկության նույնիսկ թեթև խանգարումների դեպքում անմիջապես դիմել բժշկի և ճշտությամբ կատարել նրա բոլոր խորհուրդները և ցուցումները, միշտ հիշելով, որ արդյունավետ կարող է լինել միայն ժամանակին և ճիշտ անցկացվող բուժումը:

Դեղորայքի ճիշտ ընդունման դեպքում օրգանիզմում կուտակվում են դրանց այնպիսի քանակություններ, որ թույլտան ևն սպանիչ ազդեցություն ախտածին մանրէների վրա:

Նիվանդի սնունդը պետք է լինի համեղ, բազմատեսակ և վիտամիններով հարուստ: Օրվա սննդաբաժնում անպայման անհրաժեշտ են հյութեր: Հսկայական նշանակություն ունի նաև կրեխայի խնամքը, մաքուր սպիտակեղենը, սենյակի Նասարակի օդափոխումը, մարմնի մաքրությունը հետևելով: Այս բոլորը միասին մոբիլիզացնում են օրգանիզմի պաշտպանողական ուժերը և հեշտացնում նրա պայքարը վարակի հանդեպ:

Սխալ, փոսանգավոր և անթույլատրելի է այն հանգամանքը,

երբ մայրերը իրենք են տանում բուժումը և երեխային տալիս դեղամիջոցներ մ'է այն հիվանդութեան սրացումների ժամանակ, այն էլ ցանկացած դեղաչափերով: Ինքնաբուժմամբ զբաղվող մայրերը պետք է գիտենան, որ այսպիսի բուժումը արդյունք չի կարող տալ: Ավելին, դրա հետևանքով հիվանդութունը կարող է ընդունել ձգձգվող ընթացք, առաջ բերելով բազմաթիվ լուրջ և կյանքի համար վտանգավոր բարդութիւններ:

Բացի այդ, անհրաժեշտ է գիտենալ, որ փորլույծի վերանալը դեռևս չի նշանակում առողջացում: Դեղորայքի ազդեցութեան տակ ժամանակավորապես թուլանում է մանրէների ներգործութիւնը, սակայն նրանք կենսունակ են մնում աղիքի պատում: Բարենպաստ պայմանների դեպքում նրանք նորից գլուխ են բարձրացնում և վերսկսում իրենց քայքայիչ ներգործութիւնը: Անկանոն բուժումը վտանգավոր է նաև այն առումով, որ նման դեպքերում առաջանում են դիզենտերիայի հարուցիչների դեղակայուն տեսակներ, որոնք դեղորայքի սովորական քանակից շեն ոչնչանում: Դրա ապացույցը թերևս կարող է հանդիսանալ հետևյալ օրինակը. երբ Մարինեի մոտ նկատվեց փորլույծ, մայրը բժշկի դիմելու փոխարեն դեղատնից ինքնազուխ գնեց ֆտալազոլ ու սկսեց դրանից օրը մի քանի հաբ տալ երեխային: Շուտով փորլույծն կարծես թե անցավ և մայրը Մարինեին համարեց առողջացած, սակայն «առողջացումը» երկար շտկեց: Չանցած երեք օր երեխայի մոտ փորլույծը նորից սկսվեց: Այս անգամ արդեն մայրը որոշեց բացի ֆտալազոլից տալ նաև նորսուլֆազոլ, նորից իր գիտեցած դեղաչափերով: Սակայն այս անգամ արդեն ոչ ֆտալազոլը և ոչ էլ նորսուլֆազոլը ոչ մի արդյունք չտվեցին, քանի որ հիվանդի մոտ առաջացել էին դիզենտերիայի հարուցիչների դեղակայուն տեսակները: Վերջապես մայրը ստիպված եղավ դիմել բժշկի: Վերջինս մեծ դժվարութեամբ և երկարատև պրպտումներից հետո գտնում է դեղորայքի այնպիսի տեսակներ, որոնց ներգործութեամբ երեխան բուժվում է:

Դիզենտերիայի դեղակայուն հարուցիչների դեմ ներկայումս կիրառվում է կոմպլեքսային բուժում, միաժամանակ

օգտագործելով մի քանի դեղորայք: Բուժման նման սխեմայի օժտակապումը հնարավոր է միայն հիվանդանոցային պայմաններում: Մայրերը պետք է գիտենան նաև, որ ուշացումով ըսկրոսիած և անկանոն բուժման դեպքում դիդենտերիան հաճախ փեր է անվում խրոնիկականի և պարբերաբար կրկնվում է, մանտականդ նախկինում այս կամ այն հիվանդությունը կրած, նշանաված և թուլակազմ երեխաների մոտ: Այսպիսի երեխաները, գտնվելով ոտքի վրա և հաճախելով մանկական հիմնարկները, դառնում են վարակի մշտական կրողները և տարածույնները:

ՍԱԼՄՈՆԵԼՈԶ

Սալմոնելոզները երեխաների մոտ ընթանում են սննդային թանտափորումների ձևով: Նրանք հարուցվում են սալմոնելա կոպիոյ մանրէների կողմից, որոնք առաջին անգամ նկարագրվել են 1885 թվականին ամերիկյան անասնաբույժ Սալմոնի կոպիոյ: Հետագա տարիներին բազմաթիվ այլ հետազոտողների կողմից՝ անջատվել են սալմոնելաների ավելի քան 1300 տեսակներ:

Սալմոնելաները շարժուն, սպոր և պատիճ չառաջացնող գոտոկիներ են, հիմնականում ապրում են մարդկանց և կենդանիների բարակ աղիներում: Նրանք բավականին կայուն են արտաքին միջավայրի ազդակների նկատմամբ: Այսպես, ընտանիքի ջերմության տակ կենսունակ են մնում 25 րոպե, սենյակի փոշու մեջ՝ 80 օր, շոր գոմաղբում՝ 4 տարի, սոցոտոսների վրա՝ 30-40 օր:

Սալմոնելոզով ավելի հաճախ հիվանդանում են մինչև 2 տարեկան երեխաները: Հիվանդության դեպքերը ավելի հաատի են արձանագրվում ամառ ժամանակ, հատկապես հուլիս և օգոտոտս ամիսներին:

Քուտիյան մեջ սալմոնելոզների վարակի հիմնական աղբյուր են հանդիսանում կենդանիները, որոնց մեջ այս նիվանդությունը լայն տարածում ունի: Սալմոնելոզներով նիվանդանում են խոզերը, կովերը, հորթերը, ոչխարները,

շները, կատուները, հավերը, հնդկահավերը, բաղերը, սագերը, աղավնիները, ընդ որում վերջիններիս մոտ սալմոնելաներ են հայտնաբերվում ոչ միայն ներքին օրգաններում և մկաններում, այլև ձվի մեջ, նույնիսկ նրա կեղևում: Սալմոնելոզներով հիվանդանում են նաև մկները, առնետները, ձկները և խեցգետինները: ~

Բացի կենդանիներից վարակի աղբյուր կարող է հանդիսանալ նաև սալմոնելոզով հիվանդ կամ մանրէակիր մարդը:

Սալմոնելոզները հիմնականում մարդուն փոխանցվում են վարակված մսի, կաթի, կաթնաշոռի, կարագի, ձվի, ինչպես նաև ձվի փոշու միջոցով: Նշված սննդամթերքները սալմոնելոզային հիվանդության բռնկման պատճառ կարող են հանդիսանալ նույնիսկ բավարար սանիտարական հսկողության դեպքում, եթե նրանք կեղտոտվում են կրծողների արտաթորանքով, կամ էլ մշակման ժամանակ վարակվում բակտերիակրի կողմից: Սալմոնելաների համար բազմացման և պահպանման հիանալի միջավայր են հանդիսանում աղացած միսը, երշիկը, կաթը, կաթնամթերքները, զանազան տեսակի սալաթները, կրեմները և այլն:

Սննդամթերքների միջոցով սալմոնելաներով հիմնականում վարակվում են նախադպրոցական և դպրոցական հասակի երեխաները, իսկ վաղ հասակի երեխաների մոտ վարակումը իրականանում է կենցաղ-կոնտակտային ճանապարհով, որի ժամանակ հարուցիչը երեխային է անցնում հիվանդի կամ մանրէակրի կեղտոտ ձեռքերի կամ օգտագործման այլ առարկաների միջոցով: Երեխաները կարող են հիվանդանալ նաև, երբ շփման մեջ են գտնվում սալմոնելոզով հիվանդ կատվի կամ թռչունների հետ: Նորածին երեխաների համար շատ հաճախ վարակի աղբյուր է հանդիսանում մայրը:

Հատկապես մեծ է վտանգը, երբ սալմոնելաները ընկնում են աղացած մսի, պիրոժնիի, կաթնամթերքների, կիսելի և այլ կարգի հեղուկ և կիսահեղուկ սննդամթերքների մեջ: Շարժուն մանրէները արագ անցնում են սննդամթերքների խորքը և սկսում բազմանալ մեծ ինտենսիվությամբ, որի

րևիացքում կուտակվում է բաժարար քանակի տոքսին: Վերջինս էլ ավելի է վտանգավոր դարձնում սննդամթերքը

Այսպիսով, բոլոր դեպքերում սալմոնելաները օրգանիզմ էն անցնում բերանի ճանապարհով: Օրգանիզմ ներթափանցում մանրէների մի մասը ստամոքսահյութի ներգործության տակ ոչնչանում է: Կենդանի մնացած մանրէները, անցնելով բարակ աղիներ, արագ բազմանալով հասնում են մեծ շափերի, ալշալին ուղիներով տարածվում և ողողում են ամբողջ օրգանիզմը: Սալմոնելաների կենսագործունեության ժամանակ առաջացած թուլյնը (տոքսին) անցնում է արյան մեջ և տաջացնում այն ընդհանուր ախտանիշները, որոնք նախուհ են տվյալ հիվանդությանը: Հիվանդության գաղտնի շրջանը տևում է 6-36 ժամ: Հիվանդությունը սկսվում է նաև կարճակի, մարմնի դողով, սարսուռով, ջերմությունը բարձրանում է մինչև 39-40 աստիճան, լինում է սրտխառնուկուն, փսխում, նաճախակի արտաթորելու ցանկություն, որի նաճախականությունը օրական կարող է հասնել 7-10-ի: Նիվանդը նշում է կտրող, կծկող ցավեր որովայնի շրջանում: Ծանր դեպքերում առաջանում է անզուսպ փսխում: Նկատվում էն երևույթներ սիրտ-անոթալին, նյարդային համակարգուկունների կողմից՝ ցնցումներ, գիտակցության կորուստ, դատանցանք: Խիստ փոխվում է երեխայի ընդհանուր տեսքը՝ րիկր՝ սրված, աչքերը՝ փոս ընկած, մաշկը և լորձաթաղանթները՝ դունատ, ծայրանդամները՝ սառը, լեզուն՝ փառակալված, ևունը՝ խոպոտ: Միզարտադրությունը պակասում է:

Բուցի ծանր և միջին ծանրություն ունեցող կլինիկական ձևերից հանդիպում են նաև սալմոնելոզների թեթև ընթացող ձևեր, նախկապես ավելի բարձր տարիքի երեխաների մոտ: Լինում է ընդհանուր թուլություն, ախորժակի անկում, արտալարումը ջրիկ, օրը 3-4 անգամ, ջերմությունը նորմալ: Այս դեպքում նիվանդության ախտորոշման հարցում վճռական խոսքը պատկանում է լաբորատոր հետազոտություններ:

Սալմոնելոզով հիվանդի բուժումը անհրաժեշտ է կազմակերպել որտեղ կարելի է շուտ և անպայման հիվանդանոցային պայմաններում: Մինչև բժիշկ հրավիրելը հարկավոր է երե-

խային շկերակրել, տալ միայն ջուր կամ թեյ, իսկ հիվանդանոցում կազմվում է սնման հատուկ սխեմա, ինչպես կրծքով կերակրվող, այնպես էլ արհեստական սնուցում ստացող երեխաների համար: Միաժամանակ տարվում է կոմպլեքս բուժում, որի նպատակն է երեխայի օրգանիզմը ազատել վնասակար մանրէներից և վերականգնել նրանց ներգործության հետևանքով ախտահարված բոլոր օրգան-սխտեմների աշխատանքը:

ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ ԱՂԻՔԱՅԻՆ ՍՈՒՐ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻՑ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻՆ ԶԵՐԾ ՊԱՀԵԼՈՒ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

Այսպիսով, շարադրվածից հետևում է, թե ինչքան վտանգավոր են աղիքային սուր հիվանդությունները երեխաների առողջության համար: Ուստի և անհրաժեշտ է ձեռք առնել մի շարք միջոցառումներ նրանց այդ հիվանդություններից գերծպահելու համար.

Պայքարը աղիքային հիվանդությունների դեմ անհրաժեշտ է կազմակերպել երկու ուղղությամբ՝ մի կողմից անհրաժեշտ է ապահովել երեխայի խնամքի և սնման ճիշտ ուժիմը, մյուս կողմից նրանց պետք է հեռու պահել ախտածին մանրէներով վարակվելուց:

Ինչպես այդ նշվեց վերևում, երեխայի համար ամենալավ սնունդը, հատկապես մինչև կյանքի 5-6 ամիսները, հանդիսանում է կրծքի կաթը և մայրը պետք է ձեռք առնի ամեն մի միջոց, այն պահպանելու համար: Շատ հաճախ մայրերը պատճառաբանելով, որ կաթը չի բավարարում, երեխաներին հեշտությամբ անցկացնում են խառը կամ արհեստական սնուցման վրա, դրանով իսկ վտանգի ենթարկելով նրանց առողջությունը:

Յուրաքանչյուր մայր պետք է գիտենա, որ կրծքի կաթի ավելացման և պահպանման համար կան բազմաթիվ միջոցներ: Այդ մասին պետք է խստորեն հետևել մանկական կոնսուլտացիայի աշխատողների ցուցումներին:

Կերակրելուց առաջ մայրը անպայման պետք է օճառով

լիանա ձեռքերը և սրբի կուրծքը՝ եռացրած ջրով ներծծված
բամբակով: Կաթի առաջին բաժինը (մոտավորապես մեկ թեյի
գլուխ), որը կարող է պարունակել զանազան մանրէներ,
անհրաժեշտ է կթել և թափել: Անպայման երեխային պետք է
կերակրել մանկաբույժի կողմից սահմանված ռեժիմով՝
խստորեն պահպանելով կերակրման ժամերը: Հազվադեպ շեն
այն պեպքերը, երբ մայրերը կերակրում են երեխային ամեն
անգամ լաց լինելուց: Դա սխալ է և կարող է վնասել երե-
խայի մարսողությանը: Չի կարելի երեխային կրծքից կտրել
ամառվա ամիսներին, քանի որ այդ ժամանակ աղիքային
շիֆանդություններով վարակվելու վտանգը մեծ է: Երեխայի
ծծակը, դալը ամեն անգամ օգտագործելուց հետո անհրա-
ժեշտ է լվանալ եռման ջրով և պահել փակ վիճակում:

Երեխայի նորմալ զարգացման համար, բացի սնման ռե-
ժիմից, կարևոր է նաև օրգանիզմի կոփումը, որը բարձրաց-
նում է երեխայի օրգանիզմի դիմադրողականությունը բոլոր
տեսակի հիվանդությունների, այդ թվում և աղիքային
շիֆանդությունների նկատմամբ: Երեխայի օրգանիզմի կո-
փումը անհրաժեշտ է սկսել վաղ հասակից և տանել աստիճա-
նարար սիստեմատիկորեն, տարվա բոլոր եղանակներին:
Երեխայի օրգանիզմը կոփվում է զբոսանքների, բացօթյա
ընթացքի, ջրային և օդային լողանքների միջոցով:

Մեր երկրում երեխաները՝ կյանքի առաջին իսկ օրերից
դոնդոլում են մանկական կոնսուլտացիայի մշտական հսկողու-
թյան տակ: Մայրերը բժիշկների կողմից ստանում են
մասնագիտական խորհուրդներ՝ երեխայի սնման և խնամքի
ռեժիմի վերաբերյալ: Այդ խորհուրդները պետք է ժամանակին
և անվերի կատարել:

Աղիքային սուղ վարակիչ հիվանդությունների տարածումը
կանխող ամենահիմնական միջոցառումներից մեկը՝ դա
շիֆանդների և մանրէակիրների ժամանակին հայտնաբերումն
է մեկուսացումն է:

Ստամոքս- աղիքային համակարգության խանգարում
ունեցող երեխային անհրաժեշտ է մեկուսացնել հիվանդանո-
ցային պայմաններում, որը ոչ միայն երեխայի բուժումն է

դարձնում լիարժեք, այլև ապահովում է երեխայի ընտանիքի անդամների և ընդհանրապես շրջապատի երեխաների անվրտանգությունը:

Պետք է կարողանալ ճանաչել հիվանդության առաջին նշանները. վատանում է երեխայի ինքնազգացումը, խանգարվում է ստամոքսի գործունեությունը, լինում է ընդհանուր թուլություն, վատ ախորժակ: Նման դեպքերում կարիք չկա որոնել դանազան պատճառներ, ասենք այն կապել շոգի կամ ատամներ հանելու հետ: Զանազան ենթադրություններ անելու փոխարեն անհրաժեշտ է անմիջապես դիմել բժշկի, պարզել հիվանդության բուն պատճառը և ճշտորեն կատարել բժշկի կողմից տրված բոլոր ցուցումները.

Վարակի տարածումը շրջապատում կանխելու նպատակով անհրաժեշտ է հիվանդ երեխային մինչև հիվանդանոց տեղափոխելը մեկուսացնել տնային պայմաններում, միաժամանակ առանձնացնելով այն բոլոր անհատական իրերը, որոնք օգտագործվում են նրա կողմից՝ սպիտակեղենը, տակաշորերը, անկողինը, ճաշելու պարագաները, գիշերանոթը և այլն: Անհրաժեշտ է հատուկ ուշադրություն դարձնել անհատական հիգիենայի կանոնների պահպանմանը, ինչպես նաև բնակարանի, բակի և զուգարանի մաքրությանը: Մինչև հիվանդանոց տեղափոխելը, եթե հնարավոր է երեխային պետք է մեկուսացնել առանձին սենյակում: Այն անհրաժեշտ է մաքրել խոնավ շորով, երեխայի սպիտակեղենը, տակաշորերը, ամանները, խաղալիքները և խնամքի այլ պարագաները պետք է եռացնել, իսկ ոչ թանկարժեք իրերը՝ ալրել:

Հիվանդանոց տեղափոխելուց հետո բնակարանում սանիտարահակահամաճարակային ծառայության աշխատողների կողմից կատարվում է եզրափակիչ ախտահանում, որի ժամանակ վարակազերծվում են այն բոլոր իրերը և առարկաները, որոնց հետ շփվել է հիվանդ երեխան, ինչպես նաև շրջապատը:

Հակահամաճարակային միջոցառումների ընդհանուր համալիրում կարևոր տեղ է գրավում նաև բնակչության սանիտարական կուլտուրան: Աղիքային հիվանդություններից երեխանե-

բիւս դերձ պահելու համար անհրաժեշտ է դեռ վաղ հասակից նրանց մոտ արմատավորել անհրաժեշտ հիգիենիկ ունակութիւններ՝ ձեռքերը լվանալ հոսող ջրով և օճառով ամեն անգամ ստելուց առաջ, զուգարանից օգտվելուց և փողոցից տան գալուց հետո: Օճառով լվացվելը երեխայի համար պետք է գտնուի սովորական երևույթ: Դպրոցական երեխաներից ոմանք ունենում են մատիտը կամ գրչածայրը բերանը տանելու, մատները ծծելու կամ եղունգները կրծելու հակահիգիենիկ սովորութիւն: Որքան կարելի է վաղ հասակից երեխաների մոտ այդ վնասակար սովորութիւնը պետք է վերացնել, որովհետեւ նշված ճանապարհով նրանց օրգանիզմ կարող են թափանցել զանազան ախտածին, այդ թվում և աղիքային հիվանդութիւններ առաջացնող մանրէներ:

Անձնական հիգիենայի կանոնների կիրառումը առավել անհրաժեշտ է մսուրներում և մանկապարտեզներում, որտեղ երեխաների շփումը՝ հետևապես և աղիքային հիվանդութիւնների փոխակցվելու հնարավորութիւնը ավելի մեծ է: Յուրաքանչյուր երեխա պետք է ունենա անհատական սրբիչ, տակառով, պահարան, ընդ որում բոլորը միևնույն համարով կամ նկարով: Երեխան պետք է ճանաչի դրանք:

Անհրաժեշտ է հետևել երեխայի ամանեղենի, խոհանոցի, ինչպես նաև խաղալիքների մաքրութիւնը: Խոհանոցը պետք է մտքիկ ամեն օր, շաբաթը 1-2 անգամ նրա հատակը անհրաժեշտ է լվանալ օճառով կամ սողայաջրով: Խոհանոցի սամար պուլր և լաթը պետք է լինի առանձին, այնտեղ չի կտրելի պահել ավելորդ իր, մանավանդ արտահագուստ: Կերակրի մնացորդները պետք է հավաքել ամուր կափարիչով փակվող պոչի մեջ: Աղբը գիշերը խոհանոցում պահել չի կտրելի բանի որ խոհանոցային թափթփուկները՝ հատկապես ամսանք, կարող են միջավայր հանդիսանալ զանազան ախտածին մանրէների, ինչպես և ճանճերի բազմացման համար:

Մտքարանդուր քաղաքացի պետք է հստակորեն գիտենա, որ մրվերը, բանջարեղենը և հատապտուղները կարելի է օգտագործել երեխայի սննդի մեջ հոսող ջրով 10-15 րոպե

լվանալուց հետո միայն: Միսը և մսամթերքները՝ հատկապես ամառային ամիսներին անհրաժեշտ է պահել սառնարանային պայմաններում: Անթույլատրելի է սառնարանի միկենույն հարկում կողք-կողքի պահել եփված և հում սննդամթերքները, քանի որ առաջիններում եփելու ժամանակ բարձր ջերմության ազդեցության տակ ոչնչանում են համարյա բոլոր տեսակի մանրէները, իսկ հում սննդամթերքներում հնարավոր է նրանց գոյությունը:

Աղիքային վարակիչ հիվանդությունների տարածումը կանխելու նպատակով անհրաժեշտ է ակտիվ պայքար կազմակերպել ճանճերի դեմ: Ինչպես հայտնի է, ճանճերը շատ արագ են բազմանում, նրանք իրենց ձվիկները դնում են օրգանական նյութերի մնացորդների վրա, որոնք և հանդիսանում են սննդային միջավայր ճանճերի համար: Չնայած ճանճերի բազմացման համար ավելի նպաստավոր են տարվա տաք ամիսները, սակայն նրանց դեմ պայքարը պետք է տանել ամբողջ տարվա ընթացքում: Չմոռանը անհրաժեշտ է պայքարել ձմեռող ճանճերի դեմ, իսկ վաղ գարնանը՝ մինչև եղանակի տաքացումը, պետք է ոչնչացնել ճանճերին թրթուռային շրջանում: Ճանճերի դեմ պայքարի գործը անհրաժեշտ է սկսել սանիտարա-նախազգուշական միջոցառումների կիրառումից, պետք է վերացնել արտաքին միջավայրի այն պայմանները, որոնք նպաստում են ճանճերի բազմացմանը: Անհրաժեշտ է մաքուր վիճակում պահել բնակարանը, բակը, գուգարանը: Առանձնապես մեծ ուշադրություն պետք է դարձնել աղբարկղի շրջապատի մաքրությանը:

Ահա համառոտակի այն հարցերը, որոնց գիտենալը և կենսագործումը շափազանց կարևոր է երեխաներին սուր աղիքային հիվանդություններից և նրանց վնասակալ հետեվանքներից զերծ պահելու համար:

