

ՊՐՈՖ. Բ. Մ. ՅՐՈՆՇՏԵՅՆ

Գ Ո Ն Ո Ր Ե Յ Ա

ՀԱՄԱՌՈՏ ԶԵՌՆԱՐԿ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏԻ
ՈՒՍԱՆՈՂՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

ՊԵՏԶՐԱՏ

1 9 3 8

ՅԵՐԵՎԱՆ

616.957.3

1486

B-89 Spis treści, M. V.
Spis treści - kalendarz z kalendarzem
Zmiany podlegające zmianom...

1a 504.

616.957.3

99

ՅԵՐԵՎԱՆԻ ԲՃՇԿԱԿԱՆ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏԸ

ՊՐՈՖ. Ռ. Մ. ՅՐՈՆՇՏԵՅՆ

ՄՏՈՒԿԱՄ Է 1967

1486

Գ Ո Ն Ո Ր Ե Յ Ա

ՀԱՄԱՌՈՑ ՁԵՌՆԱՐԿ ԲՃՇԿԱԿԱՆ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏԻ
ՈՒՍԱՆՈՂՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

Ռուսերենից թարգմանեց
ԲՃ. ԱՐՄ. ՄԵԼԻՅԱՆ



A $\frac{4}{16757}$

ԳՈՆՈՐԵՅԻ ՈՒՍՄՈՒՆՔԻ ՄԱՍԻՆ

«Գոնորեյա» բառով բնորոշում են որգանների և հյուսվածքների այն բորբոքումը, վոր առաջ և զալիս գոնոկոկ կոչվող հատուկ մանրէից: Ընկնելով սղամարդու միզուկի լորձաթաղանթի վրա, գոնոկոկը վոչ միայն միզուկի բորբոքում և առաջացնում, այլ և կարող և տարածվել միզասեռական մյուս որգանների վրա, անմիջապես վարակելով նրանց ևս (տարածման անմիջական ուղիով), ինչպես և կարող և անցնել միզասեռական որգանների հետ անմիջական կապ չունեցող գործարաններին (ավշային կամ հեմատոզեն ուղիով): Որգանիղմի ընդհանուր ռեակցիաները, վոր, ինչպես կանոն, կարելի չե նկատել գոնորեյի բոլոր դեպքերում, թույլ են տալիս գոնորեյան համարելու վոչ վորպես առանձին որգանների տեղական հիվանդություն, այլ վորպես ընդհանուր վարակում՝ տեղական բորբոքման սուր արտահայտված յերեվույթներով:

Գոնորեյա բառը հունարեն և և բառացի նշանակում և սերմնահոսում (գոնոս—սերմ, բեո—հոսում եմ): Այդ բառը մի շարք հոմանիշներ ունի. դրանցից ամենազործածականներն են՝ պերելոյ (ուսսերեն), արիպեր (գերմաներեն), բլենորեյա (ֆրանսերեն), սուսանակ (հայերեն:—Ա. Մ.): Այդպիսով «գոնորեյա» հասկացողությունը պարունակում և միայն որգանիղմի հիվանդության ետիոլոգիան: Բորբոքման տեղը ցույց տալիս պետք և նշել հիվանդ որգանը և հիվանդությունն ևս: Որինակ՝ յերբ գոնոկոկից միզուկի լորձաթաղանթն և հիվանդ, պետք և ասել գոնորեյական միզուկատապ (urethritis gonorrhoeica), յերբ մակամորձն և հիվանդ—գոնորեյական մակամորձատապ (epididimitis gonorrhoeica) և այլն: Կան ուրիարիտ, եպիդիդիմիտ, վոր առաջանում են վոչ գոնոկոկային, այլ ուրիշ վարակումից:

Գ Ո Ս Կ Ա Կ : Գոնոկոկը զիպլոկոկների խմբին և պատկանում և զույգ միկրոորգանիղմ և հանդիսանում, վոր բաղկացած և յերկու հասվածից, վորոնցից յուրաքանչյուրը կիսաշրջանի ձև ունի և

բաժանված և մյուսից նեղ ճեղքով: Գոնտկոկի հատվածները մեկը մյուսին զարձրած մակերեսներն աննշան զոզավոր ձև ունեն և զրա շնորհիվ յուրաքանչյուր կեսը խիստ նման է սուրճի հատիկին:

Գոնտկոկը շատ արագ և բազմաճյուղ թև փորձանոթի և թև մարդու սրգանիզմի մեջ և բազմաճյուղ և հատվածների բաժանվելու յնդանակով: Վերջինս տեղի յն ունենում գոնտկոկի յերկու հատվածների միջև գտնվող ճեղքին ուղղահայաց գծով: Ըստվորում գոնտկոկները միշտ կույտեր են կազմում: Գոնտկոկների յուրաքանչյուր զույգը շրջապատված և լինում առանձին թափանցիկ պատիճով:

Գոնտկոկի ներկումը: Գոնտկոկը հեշտ կլանում և անլիխյան հիմնային ներկերը՝ մետալինի լեղակը, գենցիան-վիոլետը և այլն: Ի դանագանություն այլ գիպլոկոկներից՝ գոնտկոկն ըստ զրամի յն գունազուրկ գառնում, և տարբերական գիպլոստիկայի համար միշտ ել այդ մեթոդը պետք և կիրառել: Քսել արտազատումն առարկայական ապակուն և Ֆիկսել՝ ըրոնելով ապակին դազի ճրագի վրա, հետո յերեք ըսպելով դնել քսուկը գենցիան վիոլետի լուծույթի մեջ (գենցիան սպիրտային հազեցած լուծույթի 10,0-ը բաց անել 100,0 կարբոլյան թթվուտի 2 ¹/₂ տոտոկոս լուծույթի մեջ). զրոնից հետո քսուքն առանց լվանալու դնել 3 ըսպելով Լյուգոսի լուծույթի մեջ (յող 1,0, կալիոնի յոզա 2,0 և ջուր 300,0), ապա գունազրկել (մինչև հավասարաչափ զորը դեղնագույն գառնալը) բացարձակ ալկոհոլով և 3 ըսպել ներկել կարբոլ ֆուկսինով: Այդպես ներկելուց գոնտկոկները բաց կարմիր գույն են ստանում, մինչդեռ այլ գիպլոկոկները, սապրոֆեաները—ներկվում են մուգ կապույտ գույնով:

Գոնտկոկի անեցումը: Փորձանոթի մեջ գոնտկոկն աճեցնել կարելի յն միայն, յերբ աննդանյութը վորոշ աստիճան թթվություն ունի և պարունակում և նատրիվ (բնական—Ա. Մ.) սպիտ (ասցիտի հեզուկի, մարդու արյան շիճուկի): Գոնտկոկի աճեցման համար ամենապիտանի միջավայրը ասցիտ ազարն և (ասցիտ 1 բաժին և ազար 3 բաժին) և արյան ազարը: Ասցիտ ազարի վրա 37° ջերմության մեջ մեկ օրից հետո գոնտկոկի թափանցիկ փոքրիկ զազութներ են յերկվում, վորոնց մեջ հետագայում կիսաթափանցիկ կենտրոն և հանդես գալիս: Հետագա վերապատվաստումների դեպքում այդ զազութները գառնում են ալկի կու-

պիտ, կիսաթափանցիկ, և միախառնելիս կաղմում են դորշ դույ-
նի բավական դորեղ փառ:

Գոնոկոկի կուլտուրան չորացման հանդեպ շատ զգայուն է
և առանց խոնավութեան շատ շուտ վռչնչանում է: Սովորական
ախտահանիչ նյութերը, նույնիսկ նրանց ամենաթույլ լուծույթ-
ները, շատ շուտ սպանում են նրան: Գոնոկոկի կուլտուրայի
ամենալավ զարգացման համար 37—38° ջերմություն է պահանջ-
վում: 37—38° ջերմութեան դեպքում գոնոկոկի կուլտուրան տե-
րմոստատի մեջ ամիսներով կարող է մնալ առանց վերապատվաբու-
ման: 33° պակաս ջերմութեան դեպքում գոնոկոկի կուլտուրան
շուտ վռչնչանում է: Գոնոկոկը մեծ մասամբ այնքոր միկրոբ է,
այսինքն միշտ թթվածնի կարիք ունի, բայց յերբեմն ավելի լավ
է աճում համեմատաբար անաերոբիոզի պայմաններում, այսինքն
այնպիսի պայմաններում, ինչպիսիք գոյություն ունեն միգուկի
խորը խավերում: Անաերոբիոզ (անոդակիցություն) ստանալու ամե-
նահասարակ յեղանակը՝ աճեցնել գոնոկոկը ազար-մասալի վրա,
վորը պետք է ծածկված լինի ստերիլած յուղի (վաղելինի, հեղուկ
պարաֆինի) շերտով:

Գոնոկոկի տիպներ: Գոնոկոկներն իսկական տիպին չեն ար-
տադրում: Կուլտուրաների (հեղուկ կուլտուրաների քամուկների,
բակտերիաների եքստրակտների) մեջ հայտաբերված թունավոր
նյութերը—ինգուկսինների տիպին են պատկանում, այսինքն դո-
յանում են բակտերիաների մարմինների (գոնոկոկների) քայքայման
ժամանակ: Գոնոկոկի տիպիկությունը (թունալիությունը) շատ
աարբեր է լինում: Միքանի տեսակ կուլտուրաներ սպանում
են սպիտակ մկներին ազարի մեկորյա կուլտուրայից 2—3 ողակ
ընդերապատակին սրսկելուց հետո, մյուս տեսակ կուլտուրաները
միննույն արդյունքն են տալիս 8—10 ողակ սրսկելուց հետո, իսկ
յերբորդ տեսակ կուլտուրաները մկներին ամենեկին չեն սպանում:

Գոնոկոկի ավելի թունավոր շտամները մարդու մեջ ավելի
ծանր ընթացող գոնորեյա յեն առաջացնում (մակամորձատապ,
ձվամանատապ և այլ բարդություններ), իսկ պակաս թունավոր-
ները—բարդություններ չեն տալիս:

Բորդե Ժանգույի ռեակցիան: Գոնորեյով հիվանդների արյան
շիճուկն ընդունակ չի ազլլուտինացիայի յենթարկել գոնոկոկի
կուլտուրան, բայց գոնոկոկային անտիգենի հետ տալիս է կոմպ-
լեմենտի կապման ռեակցիա—Բորդե Ժանգույի ռեակցիա: Այդ
ռեակցիան, վորպես կանոն, միշտ էլ ստացվում է սեռական գեղ-

ձերի ախտահարման բոլոր դեպքերում, զոնորեյական միզուկատապի բոլոր բարդություններում և զբա շնորհիվ կլինիկական մեծ արժեք ունի, վորպես զոնորեյի և այլ բորբոքումների տարբերական ախտորոշման մեթոդ: Յերբ զոնոկոկը հեռանում և որդանիզմից, զոնոկոկային անտիգենի սեակցիան (Բորգե ժանգույ) բացասական և դառնում:

Փորձնական զննարկյա: Գոնոկոկը մարդու որդանիզմին հատուկ միկրոբ է, այսինքն՝ փորձնական կենդանիներից վոչ մեկին էլ չի հաջողվել պատվաստել այն: Փորձի անհաջողությունն ըստ յերեկույթին բացատրվում է այլ կենդանիները մարմնի բարձր ջերմությամբ, վորը հատուկ է նրանց որդանիզմին:

Կենդանու ընդերքը մտցրած զոնոկոկային կուլտուրան տեղական սեակիով բորբոքման յերեկույթներ և ստաջացնում, բայց կատարաբար մեջ զոնոկոկ հայտարերել չի հաջողվել: Նույնպես և կոնոկոկի պատվաստումը փորձնական կենդանիների աչքի, հեշտոցի, միզուկի լորձաթաղանթին վոչ մի անգամ զրական արդյունք չի տվել:

Գոնոկոկի բիոլոգիան մարդու որգամիզմի մեջ: Գլանածև հայիթելով պատած լորձաթաղանթները հետ մերձավորությունը զոնոկոկի հատկությունն և կազմում. այդ սեակ լորձաթաղանթները զոնոկոկի զարգացման համար ամենահարմար միջավայրն են: Ընկնելով գլանածև հայիթելի վրա՝ զոնոկոկը շատ արագ բազմանում է և արդեն 24 ժամից հետո կարելի յե նրան դառնել միջեպիթելային ավշային անցքերի մեջ: Որդանիզմի մեջ մտած զոնոկոկը ախտահար զործարանների մեջ թարախային սեակցիա յե ստաջացնում. այդ սեակցիան արտահայտվում է նրանով, վոր յեյկոցիաներ են յերեկան գալիս միզային ուղիների լորձաթաղանթի արտադրաման կամ սեական զեղձերի դատուցքի մեջ:

Որդանիզմի մեջ յեղած զոնոկոկն իր բիոլոգիկ հատկություններով տարբերվում է փորձանոթի մեջ յեղած զոնոկոկից: Սա ավելի պակաս զգայուն է ջերմության տատանումների հանդեպ: Նույնիսկ յերբ բարձր տաքությունը (40°) յերկար և տեվում (բծավոր տիֆ, թոքերի բորբոքում և այլն), այն ժամանակ, վորպես կանոն, զոնոկոկներն որդանիզմի մեջ չեն վոչնչանում, բայց նրանց կենսունակությունը և կենսազործունեյությունը խիստ նըվազում է, իսկ կլինիկապես այդ արտահայտվում է նրանով, վոր ախտահար զործարաններից թարախը պակասում է շատ անգամ և անհետանում:

Փորձանոթի և որդանիզմի մեջ յեղած գոնովիկները բիոլո-
գիական հատկութիւնները տարբերութիւնը, մարդու որդանիզմի
մեջ յեղած գոնովիկի ավելի կայունութիւնը հանդեպ ջերմու-
թյան՝ բացատրում և գոնովիկների կյանքի տարբեր պայմաննե-
րով փորձանոթի և որդանիզմի մեջ, գոնովիկը շրջապատող միջա-
վայրի կազմի գանադանութեամբ, ինչպէս և որդանների ու հյուս-
վածքների մեջ գոյութիւն ունեցող անսերտիտի (անողակի-
ցութեան:—Ս. Մ.) պայմաններով:

Որդանիզմի մեջ գոնովիկները շատ լավ են զիմադրում հա-
կանեխիչների ներգործութեանը: Հականեխիչները ամենաթույլ
լուծուցիթները (հաճախ նույնիսկ հասարակ ջուրը) փորձանոթի
մեջ հեշտութեամբ քայքայում են գոնովիկներին, մինչդեռ որդա-
նիզմի մեջ այդ բանը տեղի չի ունենում: Դրա պատճառն այն և,
վոր լորձաթաղանթի մակերեսին ընկած գոնովիկը 24—36 ժամից
հետո գոնովում և պլեթելայ խավի տակ, խորքում, և հիշյալ խավը
պաշտպանում և նրան քիմիական նյութերի անմիջական ներգոր-
ծութեանից: Պետք և նշել և այն, վոր որդանիզմի մեջ գոնովիկ-
ների անընդհատ տեղի ունեցող մասնակի կոտորածից հենց նույն
տեղում անզաղար գոնորեյական տուխին և գոյանում, իսկ այդ
վերջինն ունի շարակցական տարրերի ուժեղ աճ և զբանից հետո
հյուսվածքների սկիւրոզի յերեւութներն առաջացնելու հատկու-
թիւն:

Բազմանալով որդանիզմի մեջ՝ գոնովիկները տեղավորվում
են վոչ միայն արջան պրագմայի մեջ, այլ և ընդունակ են ներ-
թափանցել լեյկոցիտների մեջ: Յեթի գոնորեյով հիվանդի թարա-
խային արտադատումը մանրադիտական հետազոտութեան յեն-
թարկենք, նրա մեջ միշտ ևլ գոնովիկներ կարող ենք գտնել:
Պատրաստուելի հյուսվածքարանական պատկերը տարբեր և լինում՝
կախված վերցնելու տեխնիկայից: Յեթի հետազոտենք միզուկից
ազատ հոսող թարախի կաթիլը, մենք կտեսնենք, վոր գոնովիկ-
ների ճնշող մեծամասնութիւնը գոնովում և լեյկոցիտների մեջ,
իսկ յերբ հետազոտման ենք յենթարկում հյուսվածքներից սեղմե-
լով դուրս հանած թարախի կաթիլը, այն ժամանակ գոնովիկները
արտալեյկոցիտային ձևով են դասավորված լինում: Նման դիտո-
ցութիւնների հիման վրա կարելի յէ յենթադրել, վոր լեյկոցիտ-
ների մեջ գոնովիկների ներթափանցում տեղի յէ ունենում վոչ
թէ հյուսվածքների խորքում, այլ վարակված լորձաթաղանթնե-
րի մակերեսին, ուր ավելի հոսանքով դուրս են մղվում գոնովիկ-

ները լեյկոցիտների հետ մրասին: Լեյկոցիտներն են այդտեղ կլանում զոնոկոկներին, թե՛ զոնոկոկներն իրենք են ներս մտնում լեյկոցիտների մեջ, այդ խնդիրը մինչև որս ել գեռ վիճելի չեն:

Լեյկոցիտների մեջ զոնոկոկներն ինքնալուծման չեն յենթարկվում, ընդհակառակը լեյկոցիտների մեջ մտած զոնոկոկները վարող ժամանակից հետո քայքայում են նրանց. մանրագիտակա-նորեն այդ հայտարերվում են հետեյալում. լեյկոցիտը պատռվում է և զոնոկոկները պրատապլազմայից թափվում են դուրս: Լեյկոցիտների պրատապլազմայի մեջ գտնվող զոնոկոկները շարունակում են բազմանալ նրա մեջ, բաժան-բաժան են լինում և թփոյ շատանում:

Վարակվում չեղանակը: Իրրե կանոն վարակումը տեղի չեն ունենում սեռական ուղիով: Անձխտելի չեն և արտասեռական ուղիով վարակման հնարավորությունը, վորը սովորաբար տեղի չեն ունենում մանկական հասակում. այդ տեսակ վարակմանը նպաստում են ընդհանուր անկողինը, ընդհանուր վաննաները, ինչպես և սեռական որգանների լվացումների համար գործադրվող թասերն ու սպունդները և այլն:

Բացառիկ գեղքերում վարակումը տեղի չեն ունենում ուղղաձիգ աղիքի կամ բերանի միջոցով, չեբր անրնական սեռական մերձեցումներ են ունենում: Գրականությունը մեջ նկարագրված են գեղքեր, չեբր վարակումը տեղի չեն ունեցել հասարակական պետքարաններից ոգավելու ժամանակ (կանայք), ինչպես և մի այլ անձի վարակված սպիտակեղենը հագնելուց:

Մի շարք հատուկ մոմենտներ նպաստում են վարակի ներս մանկուն: Այդ տեսակ նպաստող հանգամանք և չեբրկարատելի և կրկնակի սեռական գործողությունը: Վորքան սեռական գործողությունը չեբրկար և տեում, այնքան առողջ լորձաթաղանթների չեբրկար ժամանակ են շփում ունենում հիվանդ լորձաթաղանթների հետ և այնքան ավելի դյուրին և գառնում վարակման հնարավորությունը: Այլա, բուռն կերպով կատարած սեռական գործողությունը սեռական գեղձերի ուժեղ և ակտիվ կծկումներ և առաջացնում և հեշտացնում գեղձերի մեջ բուռն դրած վարակի ժայթքումը: Ինչպես ժամանակ կատարած սեռական գործողությունը նույնպես կարող և հնարավոր դարձնել վարակումը, վորովհետև այդ ժամանակ զոնոկոկների կենսագործունեությունը ուժեղանում է:

Ի մ ու ճ ի ի ս ե ի ս: Գոնորեյան շատ տարածված հիվանդութեանն է: Գոնորեյով հիվանդ ազամարդկանց և կանանց ամուսնային հարաբերութեանը մտաւորապես միատեսակ է: Ամեն հասակում, թէ ծերութեան և թէ մանկական, կարելի չէ վարակվել գոնորեյով: Նկարագրված են զեպքեր, յերբ նորածինները վարակվել են ծնովյալու մամանակ: Հարյուր տարեկան ծերունիների վարակման զեպքեր ևլ են նկարագրված:

Գոնորեյան մառանդարար չի անցնում: Գոնորեյով կարելի չէ մի քանի անգամ հիվանդանալ և սովորաբար, բայց վոչ վորպես կանոն, յուրաքանչյուր հաջորդ գոնորեյան նախորդից ավելի թեթեւ է անցնում: Մի անգամ ունեցած գոնորեյան նոր վարակումից չի ապահովում, այսինքն ձեռքերըովի իմունիտետառջ չի գալիս: Բնածին իմունիտետ նույնպես չկա: Յեթե պատահում են առանձին անհատներ, վորոնք չեն վարակվել հիվանդութեան իսկական ոջախից, դա բացատրվում է սոսկ պատահականութեամբ, վարակումից խուսափածները հետագայում շատ անգամ հիվանդանում են միևնույն ազբյուրից:

Կրկնում և կրկնավարակում (ռեցիդիվ և ռեիմիսիոն): Մի քանի հեղինակներ յենթադրում են, վոր գոնորեյով մի անգամ հիվանդացած անձը նոր վարակմանն ավելի ընկալունակ է դառնում: Յերկու մոմենտ պետք է լավ ջոկել՝ կրկնավարակում և կրկնում: Առաջներում գոնորեյան անբուժելի հիվանդութեանն ևր համարվում: Մի իմաստալից դարձվածք կար, թէ յուրաքանչյուր գոնորեյից կարելի չէ առողջանալ, բացի առաջինից:

Ներկայումս կլինիկական յերկարատև ու բաղձաթիվ դիտողութեաններով ապացուցված է, վոր գոնորեյան բուժելի չէ, այսինքն՝ հնարավոր է, վոր գոնովոկներն սրգանիզմից բոլորովին անհետանան: «Անբուժելի» գոնորեյի զեպքերը պրակտիկայում յեզակի չեն պատահում: Անբուժելի գոնորեյի զեպքերի քանակը յուրաքանչյուր բժշկի պրակտիկ գործունեյութեան մեջ պակասում է, զուգրն թաց նրա վորձառութեան ավելացմանը: Սակայն անկասկած է, վոր առանձին զեպքերում նկատվում են հիվանդութեան ճկրկնումներ» (ռեցիդիվներ). զրանց պատճառը թմրած վարակի բուժումն է, վորը բուն է դրած լինում այն սրգաններում, վորոնցից արտագաման հոսումը դժվարացած է լինում [սերմնապարկեր, առաջագեղձ—(պրոստատա)—ձվամաններ]:

Յերբեմն գործնականորեն կարեւոր է լինում իմանալ՝ ինչ և այդ, կրկնում, թէ կրկնավարակում: Այդ հարցը լուծելու համար

պետք է մանրակրկիտ կերպով ուսումնասիրել անամենեւց ստացած ավյալները, վորոնք անցած զոնորեյին են վերաբերում և հիվանդին առերեսման կանչել վարակման ազդուրի հետ՝ կոնֆրոնտացիանել, այսինքն՝ հետազոտման յենթարկել վարակողին: Դա պետք է անել նաև այն դեպքերում, յերբ վարակվածը թարմ վարակումը կտրականապես ժխտում է, հայտարարելով, որինակ, վոր «սեռական մերձեցում ունեցած կնոջ ամուսինը յերկար ժամանակ ապրում է իր կնոջ հետ և բոլորովին առողջ է»:

Գոյություն ունի զոնորեյի այսպես կոչված «ընտանեկան» տեսակը. ազամարդը, դեռ զոնորեյից չբժշկված, վարակում է իր կնոջը բուժման ազդեցությունից թուլացած զոնոկոկների շտամով: Թուլացած վարակը կնոջ վրա պակաս նկատելի զոնորեյի թույլ պատկերն է տալիս: Յերկու ամուսինները, սեռական հարաբերության ժամանակ միմյանց հետ զոնոկոկների փոխանակություն կատարելով՝ ընտելանում են իրենց սրզանիղմի մեջ զոնոված բակտերիաների ցեղին և նրանց լորձաթաղանթները կարծես հատուկ իմունիտետ են ստանում հանդեպ զոնոկոկների՝ այդ ցեղի: Յեթե նման կենսակցության մեջ յերբորդ անձնավորություն է մեջ մըանում, այն ժամանակ այս վերջինը սուր զոնորեյա յե ստանում, վորովհետև նոր հողի մեջ ընկած զոնոկոկը շատ ակտիվ կերպով է արտահայտում իր կենսագործունեյությունը:

Ի ն կ ու բ ա գ ի ա : Կլինիկական գիտողությունները ցույց են տվել, վոր զոնորեյի ինկուբացիոն շրջանը կարող է տատանվել 1—40 օրվա միջև: Ինկուբացիայի տեւողությունը կախում ունի շատ զանազան պատճառներից՝ զոնոկոկների կուլտուրայի թունալիությունից, վարակի անցնելուց վաղ թե անմիջապես միջուկին, այլ հարամիդուկային անցբին, վորտեղից և հետս զանազորեն վարակվում է միզուկի լորձաթաղանթը և այլն: Այդ բանում վորոշ դեր են խաղում նաև սրզանիղմի տեղական և ընդհանուր բնույթ կրող ժառանգական առանձնահատկությունները:

Պետք է կանոն համարել, վոր ինկուբացիայի շրջանը կլինիկապես 3—4 օր է տևում: Սակայն պաթալոգոանատոմիական տեսակետից ինկուբացիոն շրջանը շատ կարճ է լինում: Միզուկի լորձաթաղանթին զոնոկոկի կուլտուրայի պատվաստման փորձերը ցույց են տվել, վոր վարակումից հենց 12 ժամ հետս կարելի յե հյուսվածքների հիպերեմյա և սերոզ արտադատում նկատել, 18 ժամից հետո՝ լորձաթաղանթային արտադատում զոնոկոկների ավելի կամ պակաս քանակով, իսկ 24 ժամից հետո արգեն գո-

նորեյի սուր միզուկատապի հյուսվածքաբանական պարզ պատկերը:

ՎԱՐՄԱԿԻ ՏԱՐԱԾՄԱԹ ԱՂԻՑՆԵՐ: Մինչև վերջերս էլ վիճարանութուն տեղի ուներ, արդյոք զոնորեյան տեղական հիվանդութիւնն և և բացառիկ զեպքերում և միայն բարդութուններ ու մետաստազներ տալիս, թէ նա հենց սկզբից ամբողջ որդանիզմի վարակիչ հիվանդութունն է: Ներկայումս, հիմնվելով բազմաթիվ սերոլոգիկ հետազոտութիւնների վրա, մենք վստոյակի կարող ենք պնդել, վոր զոնորեյան ընդհանուր վարակիչ հիվանդութիւնն է: Այդ թեորիայի անտարակույս ապացույցն են նաև միշարք կլինիկական բազմաթիվ գիտողութիւնները, ինչպես և հիվանդի կենդանութեան ժամանակ նրա արշան մեջ, ներսրտենու (ենդոկարդի) և առաջնային սլախից հեռու որգանների մեջ զոնուկոկներ գտնելու միշարք զեպքերը: Ըստ յերևույթի, զոնորեյով վարակման ըստր զեպքերում, առանց բացառութեան, զոնուկոկն արշան ընդհանուր հոտանքի մեջ և մտնում (զոնուկոկային բակտերիեմիա), միայն շատ քիչ հիվանդների մեջ և իսկական սեպսիս (զոնուկոկեմիա) առաջ բերում: Մեծ մասամբ արշան հունը զոնուկոկների համար ամբողջ որգանիզմով տարածվելու սոսկ ճանապարհ և ծառայում: Ընդվորում զոնուկոկները սովորաբար արշան միջից արագ անհետանում են. գրանով և բացատրվում այն հանգամանքը, վոր արշան սերոլոգիկ դրական սեպսիսի թիվով ավելի շատ է, քան արշան մեջ զոնուկոկի հայտարերումը ցանքի միջոցով: Արշան ընդհանուր հունի մեջ զոնուկոկների անցնելուն շատ և նպաստում նրանց հատուկ ընդունակութիւնը՝ արագութեամբ ներթափանցել հյուսվածքների խոր խավերի մեջ, վորտեղից յերակային արշան հոտանքով դուրս են բերվում և տարածվում ամբողջ որգանիզմի մեջ: Արշան շիճուկի պաշտպանողական սեպսիսայի թուլանալու զեպքում զոնուկոկները կարող են զարգանալ նրանց համար շատ հարմար միջավայր ներկայացնող արշան մեջ, և զոնորեյի ընթացքում կարելի չէ միշարք բարդութիւններ նկատել առաջնային սլախից հեռու որգաններում: Իսկ յերբ որգանիզմի պաշտպանողական սեպսիսի բավարար և, զոնուկոկներն արշան մեջ մոչնչանում են, քայքայվում, սոսկիներն գոյացնելով այդ ժամանակ նկատվում են որգանիզմի միայն ընդհանուր թունավորման յերևույթներ, առանց մետաստազների:

Ընդհանուր որգանիզմի զոնորեյով հիվանդանալու կլինիկական տխտանիշը—ջերմութեան բարձրանալն և լինում, վորը յերբեմն լինում և ուժեղ և տատանումներով, իսկ յերբեմն էլ աննշան և հարակցվում և ընդհանուր թուլութեամբ ու ջարդվածութեամբ: Այդ յե-

րեզուլթները շատ շուտ անցնում են կամ վերջանում են մետատաղներով մեկ կամ մի անգամից մի քանի որդաններում: Գոնոկոկներն արյան ընդհանուր հոսանքի մեջ կարող են ընկնել վարակի յուրաքանչյուր ոջախից: Բայց կան վորոշ որդաններ, վորոնցից հիվանդության տարածումը շատ հեշտ է շնորհիվ նրանց առատ անոթավորման: Այդ տեսակ որդաններին են պատկանում տղամարդկանց միզուկի հետեվի մասը և սերմնապարկերը, իսկ կանանց՝ արդանդի հավելուկները: Մարդու մարմնի մեջ չկա մի որդան, վորի մեջ գոնոկոկները չկարողանան անցնել արյունատար ուղիներով և բորբոքային փոփոխություններ առաջացնել (հոդեր, վոսկորներ, ալշային առանձին զեղձեր, ներսրտնի [ենդոկարդ], ներվային ճյուղեր, աչքի ծիածան և այլն): Վարակի տարածումը հիվանդության առաջնային ոջախից կարող է տեղի ունենալ բացի արյունատար ուղուց և ալշային ճանապարհով կամ կոնտակտիտատ (շարունակման:—Ս. Մ.) յեղանակով:

Գոնորեյա և լորձաքաղանքներ: Գոնորեյայի պրոցեսի հիմնական սրենքն այն է, վոր գոնոկոկն ընտրական մերձավորություն է հանդես բերում լորձաթաղանթների, առանձնապես գլանաձև եպիթելի հետ: Ուստի և ամենից հաճախ գոնորեյա հիվանդությամբ տկարանում են այն որդանները, վորոնք պատած են այդպիսի եպիթելով (միզուկ, արդանդի վզիկ, աչքի շաղկապենի): Ընկնելով գլանաձև եպիթելի վրա՝ գոնոկոկը տարածվում է վոչ միայն նրա մակերեսով, այլ և եպիթելյալ բջիջների միջով ու հեշտ կերպով ներթափանցում է յենթեպիթելյալ խավի մեջ, յենթեպիթելյալ շարակցական բջջանքի մեջ ու այդպիսով իր ներկայությունը և իր քայքայման արդյունքներով (ենդոտոկսիններով) առաջացնում է լորձաթաղանթի բորբոքային ռեակցիա: Բազմաշերտանի տափակ եպիթելը վորոշ արդեք է հանդիսանում հյուսվածքների խորքը գոնոկոկի մանելու համար. այդ եպիթելի մակերեսի վրա գոնոկոկներն աճում են վորպես սապրոֆիտներ, առանց բորբոքային յերեզուլթներ առաջացնելու, մինչև գլանաձև եպիթելի հետ անմիջական շփում ունենալը:

Վորպեսզի գոնոկոկը կարողանա լի ծավալով արտահայտել իր ներգործությունը, անհրաժեշտ պայմանն այն է, վոր լորձաթաղանթը մի վորես կերպ վրասալի և գոնոկոկի համար որդանի խորքն անցնելու մուտք բացլի, թող լինի այդ վրատումը վորես գործիքից, դեղերից կամ հիվանդի վոչ խելացի վարմունքից: «Գոնորեյի բորբոքությունների հիվանդների մեծամասնությունն անամենսից, այ-

սինքն այնպիսի հիվանդներն անամենայն, վորոնց վոչ միայն մի-
գուհն և ներգրավված բորբոքման մեջ, այլ և ուրիշ որդանները,
համարյա միշտ ևլ կարելի չե հայտարերել (վորպես ամենամեր-
ձակա ետիոլոգիկ մոմենտ) թվարկած գործոններից մեկն ու մեկը:

Գոնոկոկի առջ բերած բորբոքման ազդեցութեամբ զլանածն
եպիթելը քայքայվում և և սոկ գալիս: Ապաքինման պրոցեսին հա-
րակցում և եպիթելի մետապլազիան (զլանածն եպիթելը փոխա-
րինվում և բազմաշերտանի ապիակ եպիթելով): Այդ մետապլա-
զիային մեծ և կարևոր դեր և վերադրվում առողջացման պրո-
ցեսում: Ընկնելով նոր գոյացած ապիակ եպիթելի մակերեսի վրա,
գոնոկոկներն իրենց հետագա զարգացման համար բնական ար-
գելքի չեն հանդիպում, մյուս կողմից ևլ հյուսվածքների խորքը
մտած գոնոկոկները ծածկված լինելով նոր գոյացած եպիթելի
խափով, իրենց զարգացման համար այնտեղ լավ պայմաններ են
ճարում և արտաքին միջավայրից մեկուսացված լինելով՝ անարգել
կերպով կատարում են իրենց քայքայիչ աշխատանքը: Մի առ
ժամանակ անցնելուց հետո, վորի տեղորոթյունը գուտ անհա-
տական և լինում, կարելի չե տեսնել փոխարինած ապիակ եպի-
թելի անհետացումը և լորձաթաղանթի զլանածն եպիթելի լրակա-
տար կամ մասնակի վերասերումը:

Անձնապես պրոֆիլաքսիայի և, յեթե սա ճիշտ և կազ-
մակերպված, մի միջոց և, վոր կարող և տղամարդուն համարյա
100%՝ ուով ապահովել գոնորեյով հիվանդանալուց: Վեներական հի-
վանդութունների զգալի աճը համաշխարհային վերջին պատերազ-
մի ժամանակ ստիպեց մի շարք պետութունների կրկնապատիկ
ուշադրութուն դարձնել անձնական պրոֆիլաքսիայի միջոցների վրա
և նրանց կիրառմանը կազմակերպված ու սխտեմատիկ բնույթ տալ:

Անձնական պրոֆիլաքսիայի յերկու մեթոդ գոյութուն
ունի. առաջինը՝ մեկուսացնել տղամարդու սեռական որդանի լոր-
ձաթաղանթը կնոջ վարակված որդաններից և յերկրորդը՝ վոչնչաց-
նել լորձաթաղանթի վրա արգեն ընկած վարակը: Առաջին ձևն այն
և, վոր սեռական գործողութունից առջ սեռական անդամին կոն-
զոմ են հազցում: Կոնզոմի կիրառումն ապահովում և տղամար-
դուն գոնոկոկով վարակվելուց, ինարկե միայն այն պայմանով, վոր
սեռական գործողութեան ժամանակ կոնզոմն անվթար վիճակում
մնա (չլնաստի):

Պրոֆիլաքսիայի յերկրորդ միջոցի նկատմամբ շատ և ու-
րածված հետեյալ խորհուրդը: Սեռական գործողութունից առ-

միջապես հետո միգել և լվանալ արտաքին սեռական օրգանները տաք ջրով ու սապոնով, վորով կարելի յե հեռացնել լորձաթաղանթի վրա ընկած գոնոկոկները: Միգելուց հետո պետք է միգուելի մեջ սըրըսկել արծաթի նիտրատի 1⁰/₁₀ լուծույթից կամ պրոտարգոլի 5⁰/₁₀ լուծույթից 5—10 կաթիլ և մտտալորապես 5 րոպե զեղը պահել միգուելի մեջ: Փորձով ապացուցված է, վոր կանխման նման մեթոդը զրական հետեվանք է տալիս սեռական գործողությունից նույնիսկ 5 ժամ հետո, իվիճակի յե կոտորել միգուելի մեջ ընկած գոնոկոկները և աչդպիսով կանխել հիվանդության զարգանալը: Այս մեթոդը բավական տարածված է և զեղազործական արդյունաբերությունը վաճառքի յե հանել զրպանի զեղդիրներ, վորոնց հետ միասին և արծաթի սպիրտային զանազան պրեպարատների ու զլիցերինի խառնուրդ: Գերմանական նավատորմի յուրաքանչյուր նավաստի ափ իջնելիս ստանում է մի քանի տուփ այդ զեղերից և հետն ել գործածելու յեղանակի մասին զրած պատվերներ, վորը նավաստիների մեջ գոնորեյով հիվանդների թիվը զգալի չափով պակսեցրել և:

Անդլիական բանակում կանխման համար ընդունված ձևի համաձայն՝ միգուելի առջևի մասը լվանում են պերմանգանատ կալիումի 1 : 5000 լուծույթով: Այդ ձևն ուշազրության արժանի յե նրանով, վոր չի զրդուում լորձաթաղանթը, անթիվ անդամ կարելի յե կրկնել, մինչդեռ արծաթի պատրաստուկների վերաբերյալ այդ գծվար է ասել: Այդ մեթոդը յեբկու սկզբունքի վրա յե հիմնըված. վարակը հեղուկի հոսանքով մեքենական ձևով հեռացնել և գոնոկոկների զարգացման համար անբարենպաստ պայմաններ ստեղծել: Սակայն առաջին ձևն ատորյա իրականության մեջ ավելի հարմար է և հեշտ կիրառելի:

Գոնորեյի բուժելիությունը: Գոնորեյի բուժելիությունը պետք է հասկանալ՝ գոնոկոկների անհետացումն ախտահար օրգաններից: Սակայն թարախի անհետացումը բավական չէ, վոր հիվանդին գոնորեյից առողջացած համարենք: Բուժման ազդեցությամբ սովորաբար արտազատումն ավելի շուտ է անհետանում քան գոնոկոկները: Բավական է հիվանդը խոնդարի գլխաքը, կա սեռական հարաբերություն ունենա, վոր գոնոկոկներն սկսեն ուժեղ զարգանալ և թարախոտումն առաջվա պես ուժեղ բռնկվի: Այն հարցը, թե գոնոկոկներն արդյոք կայուն կերպով են անհետացել, հիվանդին արդյոք վերջնականապես առողջացած կարճը ենք հա-

մարել և պետք է նա զազարեցնի բուժումը, — շատ զժվար լուծելի խնդիր է:

Գոնորեյի բուժվածութեան միակ ճիշտ չափանիշը մեզի և սեռական զեղձերի արտադրուկի մանրադիտական և մանրեարանական անալիզն է: Սակայն անալիզն այն ժամանակ արժեք ունի, լերբ կատարում են սխտեմատիկաբար և հիվանդի բազմակողմանի, մեթոդիկ, կլինիկական հետազոտութեան կապակցութեամբ: Երբ այդ անալիզը քննութեան և առնչում, վերպես օրյեկտիվ հետազոտութեան ավանդների, ինչպես և հիվանդի սուբյեկտիվ զգացումների ու անամնեսի արժեքավորման զլիսավոր ողակներէց մեկը: Անհրաժեշտ է միզուկի լորձաթաղանթի արհեստական, քիմիական և մեքենական զրգոտմներից հետո մանրեարանական կրկնակի հետազոտութեան յենթարկել մեզն ու սեռական զեղձերի գատուցքը: Եթե նման զեպքում մինչ միզուկում, մինչ զեղձերի մեջ բորբոքման սջախներ չեն դառնիլ, իսկ անալիզներում մոչ միայն գոնոկոկներ, այլ և լեյկոցիտներ չեն դառնիլ, կամ լեյկոցիտները միավոր քանակով կլինեն, այն ժամանակ պետք է հիվանդին առողջացած համարել: Յերբեմն ճառողջ և՛ զիադնողը կարելի յընդունել նույնիսկ այն ժամանակ, երբ առավոտյան մեզի առաջին բաժնի մեջ նույնիսկ լորձաթաղանթային բնույթի առանձին թելիկներ են լինում: Նման զեպքում զիադնողը պետք է դնել միայն հիվանդին յերկար ժամանակ ստուգիչ քննութեան յենթարկելուց հետո և այդ ժամանակամիջոցում հիվանդը չպետք է բժշկվի, այլ պետք է սովորական կյանք վարի:

Չպետք է մոռանալ, վոր անցյալում գոնորեյով հիվանդացածների մեզի մեջ լեյկոցիտներ և թելիկներ միշտ կարող են լինել և այդ բացատրվում է նրանով, վոր անկարելի յե վերականգնել լորձաթաղանթների անատոմիկ վողջութեանը: Առանձնապես գոնորեյի այն զեպքերում, վորոնք բարդացել են հավելյալ զեղձերի հիվանդութեամբ, յերբեք հնարավոր չի լինում մեզի միջից լեյկոցիտներ լիովին անհետացումը:

2

ԳՈՆՈՐԵՅԱԿԱՆ ՍՈՒՐ ՄԻՋՈՒԿԱՍԱՊ

Ընթացքն ու պարօլոգիական ամատամիտք: Գոնորեյական միգուկատապի կլինիկական յերկու փուլ ունի — սուր և խրոնիկ:

Գոնորեյական սուր միզուկատապի հիմնական ախտանիշն է

գոնակոկներ պարունակող թարախային արտահոսումը միզուկից: Գոնոքեյական միզուկատառի ինկուբացիոն շրջանը միջին հաշվով 3—5 օր է: Այդ ժամանակամիջոցում գոնակոկները մակարուծում են միզուկի գլանաձև կալիթելի վրա. բազմանալով այստեղ, գոնակոկներն աստիճանաբար ներթափանցում են լորձաթաղանթի վերին խավերի տակ. սրգանիզմը հակադեցուծյուն է ցույց տալիս նրանով, վոր միզուկի անոթները լայնանում են և լայնացած անոթներից լեյկոցիտներ են դուրս գալիս: Եպիթելի բջիջներն այլատեսիվում են, նրանց միջև յեղած փոխադարձ կապը, ինչպես և նրանց սնունդը խանգարվում են: Պոլիվելով ահագին կտորներով այդ բջիջները մերկացնում են լորձաթաղանթի ավելի խոր խավերը: Միզուկի մեջ գոնակոկի մոնելուց 36 ժամ հետո միզուկի հաստույքը լինում է մանր բջջային քիչ թե շատ խոր ներսփռման վիճակում: Հիվանդության սկզբում հիվանդի սուբյեկտիվ զգացումները կայանում են նրանում, վոր հիվանդը միզուկի մեջ ջերմ է այրոց է գգում, այդ զգացումը միզելիս ավելի ուժեղանում է: Միզուկի արտաքին բացվածքը կպչում է և մեղի մեջ թարախային առանձին թելիկներ են յերևում: Յեթե հիվանդության այդ շրջանում միզախողովակի արտադատումից քսուկ պատրաստենք և մանրադիտակով հետազոտենք, կտեսնենք սոկ յեկող կալիթելի մեծ քանակով ճարպասերված բջիջներ, փոքր քանակով լեյկոցիտներ և գոնակոկներ:

Տարածվելով մակերեսով և զեպի խորը՝ գոնակոկներն ուժեղացնում են բորբոքային պրոցեսը, յերևան է գալիս դեզնա-կանաչավուն գույնի թարախային առատ արտադատում, միզուկի արտաքին բացվածքն այստեղ է, լեյկոցիտներն այնպես են ներծծում լորձային ու յենթալորձային յյուռավածքը, վոր միզուկը շոշափելիս հաստ քղիկի տեսք է ունենում: Վարակումից 72 ժամ հետո գոնակոկներին արդեն կարելի յե հայտարերել յենթալորձային յյուռավածքի մեջ: Հիվանդության այդ շրջանում համապատասխան արտադատումից վերջրած մանրադիտական պատրաստուկի մեջ կարելի յե հայտարերել զգալի չափով լեյկոցիտներ (լիմֆոցիտներ և բազմակորիզավորներ), սակավ քանակով ճարպասերված կալիթելի բջիջներ և գոնակոկներ:

Հիվանդի սուբյեկտիվ զգացումները գնալով ավելանում են: Արյան ուժեղ առհոսման պատճառով առնանդամը կլիսականջ դրության մեջ է լինում և, քանի վոր բորբոքումը միմիայն միզուկն է գրավել, առնանդամը կորանում է, գոզավոր կողմը զեպի ներքև

զարձրած(chorda venerea): Երեկցիաներն առանձնապես ուժեղ են լինում գիշերները, խիստ ցավում են, հիվանդները զանազանում են, վար միզելիս ցավեր ու ծակոցներ են զգում: Ցավերն ու ծակոցները բացատրվում են միզուկի բորբոքված լորձաթաղանթի տարածումով հոսող մեղի պատճառով: Յերբ բորբոքումը շատ ուժեղ է լինում, միզուկից թարախի հետ միասին կարող է և արյուն արտադրվել:

Հետագայում բորբոքման են ներգրավվում նաև Լիտրեյի գեղձերն ու Մորզանյի ծոցերը. նրանց եպիթելը փխրուն է դառնում, պոկ է գալիս և փոխարինվում է յերիտասարդ հատճակազմ (զրանուլացիոն) հյուսվածքով, վորը հետագայում կամ տարածվում է, կամ կազմելով սպի՝ սեղմում է Լիտրեյան գեղձի արտածությանը և գեղձի խոռոչում առաջացնում սահմանափակ և զոցված թարախակալում հարամիզանցքային (պարաուրետրալ) թարախակույտ:

Հիվանդության յերրորդ շարաթվա վերջին բորբոքումը սոփորարար սկսում է հանդարտվել, ցավի յերեվուլթները մեղմանում են, արտադրուկը պակասում է: Մանր ըջիջային ներսիտանքը հեղհետե տարածվում է, եպիթելը վերասերվում, բայց սովորար նա փոխակերպվում է—զլանաձև եպիթելը փոխարինվում է տմփակով. այդ ժամանակամիջոցում կատարած մանրադիտակային հետադրուկյունը արտադատման մեջ հայտարերում է տմփակ եպիթելի ըջիջներ և միավոր լեյկոցիտներ (ևոզինասերներ): Գոնուկոկները կամ շատ քիչ են լինում, կամ ամենեկին չեն հայտարերվում: Միևնույն ժամանակ կարելի յե հայտարերել զգալի քանակով սապրոֆիտ մանրեններ:

Այդպես է լինում սուր միզուկատապի սովորական ընթացքը, վորը տևում է միջին հաշվով 6—7 շարաթ: Յերբեմն գոնուկոկները շատ համառ կերպով են մնում լորձաթաղանթի տակ, գեղձերի մեջ, ծոցերում և անհետանում են միայն շատ յերկար ժամանակից հետո՝ թոզնելով իրենցից հետո բորբոքային և մանրաթիջային ներսիտում: Այդպիսով սուր բորբոքումը կարող է փոխվել իրոնիկ ձևի:

Հետևի միզուկատապ: Սովորարար գոնուրեյան ախտահարում է միզուկի միայն առջևի մասը: Այս վերջինի մկանային սեղմանը պատնեշ է հանդիսանում միզանցքի հետևիլը գոնուկոկների տարածվելու զեմ: Սակայն շատ հաճախ հետևի միզուկի լորձաթաղանթն էլ և ներգրավվում բորբոքման մեջ: Հիվանդության տարածումը միզուկի առջևի մասից հետևի մասին սովորարար

անդի յի ունենում հիվանդութեան 3—4 շաբաթվա վերջին, բայց դեպքեր են նկարագրված, յերբ վարակն անցել և միզուկի հետեվի մասը նույնիսկ յերկրորդ շաբաթվա վերջին. այդ հանգամանքը կախում ունի վարակի թունալիութունից և հիվանդի վարքից: Միզուկի հետեվի մասի բորբոքման ժամանակ հիվանդի զգացումներն ուժեղանում են և ձևափոխվում: Յերբ հիվանդը միայն երեկցիայի ժամանակ և ցավ զգում. իսկ այրոցը՝ միայն միզելիս, կնշանակի նրա միզուկի առջևի մասն և բորբոքված, իսկ յերբ այդ ախտանիշներին ավելանում և հաճախակի միզելու ցանկութունը և ցավը՝ միզելու վերջում, կնշանակի հիվանդութեան անցել և հետեվի մասը: Բորբոքման տեղափակման ախտորոշումը միզուկի առջևի, թե առջև ու հետեվի մասում կարելի չի դնել այսպես կոչվող յերկրածակային փորձի սղնութեամբ: Յկար բորբոքումը միզուկի միայն առջևի մասումն և, մեղի միայն առաջին բաժինն և պղտոր լինում, իսկ յերկրորդը պարզ և լինում: Յերբ ամբողջ միզուկն և հիվանդ, յետեվի մասում կուտակվող թարախը հալթահարում և հետևի սեղմանի դիմադրութեանը, անցնում և միզափամփուշաբ և խտոնվում մեղին, ուստի և յերկու բաժակի մեջ ել մեղը պղտոր և լինում: Սակայն միշտ ել հնարավոր չի լինում զոնտրեյական միզուկատապի տեղական ախտորոշումը դնել միայն մեղի հերկու բաժնի հասարակ աչքով նայելու հիման վրա: Յերբ միզուկի հետևի մասի բորբոքումն անշան և, թարախը միզափամփուշաբ չի անցնում և մեղի յերկրորդ բաժինը կարող և պարզ լինել. ախտորոշման համար պետք և դիմել քննութեան ավելի ստույգ մեթոդի (ուրեթրոսկոպիա):

Գոնորեյին հարակից ընդհանուր յերեկույթներն են՝ ջերմութեան բարձրացումը, վատ ախորժակը, ջերմային դրութեանը: Ջերմութեան բարձրացումը բացատրվում և զոնտրեյակների ուժեղ քայքայումով, յերբ զոյանում են տակնիններ, վորոնք չեն կարողանում յեկիցիտաների հոսանքով դուրս յեկնել, այլ ձծվում են արյան մեջ: —

Գոնորեյական միզուկատապի ընթացքը հաճախ շեղվում և հիվանդութեան նկարագրած ախտիկ զարգացման ձևից: Այդ հաճախ պատահում և այն ժամանակ, յերբ հիվանդութեան ընթացքը թոտոմած և լինում և սուրյեկալիվ յերեկույթները կամ շատ պակաս են լինում կամ բոլորովին բացակայում են: Միզուկատապի միակ անփոփոխ ախտանիշը — դա միզուկից արտադրուկն և, վորի մեջ հայտարերվում են զոնտրեյակներ: Լեյկոցիտաների քանակը ար-

տաղատման մեջ կախում ունի միզուկատապի ընթացքի սրու-
թյունից. գոնոկոկները քանակն առանձին ղեր չի խաղում: Կա-
րևիտը և վոչ թե գոնոկոկները քանակը, այլ արտադատման մեջ
նրանց հայտարերման վաստը:

Գոնորեյական միզուկատապի ԱՄՏՈՐՈՇՈՒՄԸ չպետք և գնել
միայն հիվանդի գանգաանների և արտադատման ու յերկրաժակա-
յին փորձը հասարակ աչքով գննելու հիման վրա, վորովհետև մի-
զուկի յուրաքանչյուր բորբոքում, անկախ առաջ բերող կախու-
ղիկ մոմենտից, միևնույն ախտանիշներն և տալիս, իսկ ախտորոշումը
և բուժումը բնականաբար տարբերվում են միմյանցից: Ախտորո-
շումը պետք և լինի հիմնված արտադատման մանրադիտական հե-
տադոտության վրա:

Գոնոկոկների առկայությունը միշտ ևլ ապացույց և, վոր
հիվանդությունը սպեցիֆիկ բնույթ ունի: Գոնոկոկների բացակա-
յությունը վոչ միշտ և բացասում հիվանդության գոնորեյական
բնույթը, մասնավանդ յերբ հիվանդությունը բուժման փուլումն և
գոնովում կամ խրոնիկ և: Նման ղեպքերում ախտորոշումը գնում
են հիվանդության կլինիկական ընթացքի և անամնեսի այլ տվյալ-
ների համեմատության հիման վրա: Յերբ արտադատման մեջ այլ
մանրենները բացակայում են (ամուլ թարախ), կնշանակի վարակը
թաք և կացել. այդ բացատրվում և գոնոկոկների տակսինի յուրա-
հատուկ բնորոշակությամբ՝ կանդնեցնել այլ մանրենների աճը.
պրոցեսի պարբերական և առանց պատճառի բռնկումները նույն-
պես նշան են այն բանի, վոր գոնոկոկի վարակը թաք և կացած:
Գոնոկոկների հայտարերման համար մի շարք ղեպքերում կարիք
և լինում գրմելու պրոֆոկացիայի մեթոդին:

Ը Ա Ղ Ա Պ Ա Մ Ա Ր Բ Ա Ր Ժ Ա Վ Ա Մ: Գոնորեյական միզուկատապի սուր
չբջանում հակացուցված են անսովոր ֆիզիկական լարվածությունն
ու ամեն տեսակ ուժեղ շարժումները: Նույնը և վերաբերում և սե-
ռական զրզուումներին: Բորբոքային պրոցեսի տարածումը կանխե-
լու համար պետք և նշանակել փոշաք պահելու համար սուսպեն-
զորիում (տ. ստորե), վորն առանձնապես պինդ չպետք և կապել,
վորպեսզի միզուկի արտադրությունը սուսպենզորիումի սեղմելուց
կանգ չառնի և վորպեսզի ղրա հեռանաքով միզուկի փոշաքային
անկյունում ներսիւսանք չգոյանա: Միզուկի բացվածքից հոսող թա-
րախը գրավում և հիվանդների ու շաղրությունը և նրանք սովո-
բարբար սեղմելով անդամի ստորին մասերերեսը՝ ջանք են գործ գնում
գուրս բերել այն: Այդ գործողությունները սաստիկ վրասակար
են, վորովհետև գրանով թարախը մղվում և լորձաթաղանթի ղեղ-

ձերի մեջ և հիվանդներին պետք և նախորդք գլխուշացնել դրա մասին: Անհրաժեշտ և հոգ տանել առնու գլխիկի մասին, վոր ծրիփկատապ չզարգանա: Պետք և ամեն որ գլխիկը լվանալ տաք ջրով ու սապոնով և միզուկի անցքին փոքրիկ կտոր խոնավածուծ բամբակ-դնել: Ամեն անգամ թացանալիս այդ բամբակը պետք և փոխել:

Սպիտակեղենի վրա թարախ չպետք և լինի: Առնին փաթաթելը կամ փաթիլի գանազան տեսակ պարկեր հաղնելը միայն ֆեսս կարող և բերել: Անհրաժեշտ և նախազուշացնել հիվանդին աչքի շաղկապենու և թարախի փոխազրուծից առաջացող վտանգի մասին. հնարավոր և շաղկապենու գոնորեյական բորբոքում: Յուրաքանչյուր միզումից հետո հիվանդը պետք և լվանալ իր ձեռքերը սապոնով և ջրով. ձեռքերը լվանալը բոլորովին բավական և նրանց վրա ընկած վոչ կալուս գոնոսիկներին անֆեսս գարձնելու համար:

Տաք վաննաներն ու բաղնիքը ֆեսսակար չեն: Դրանք իրոք կարող են սուր կերպարանք տալ հիվանդությանը. հոսումը և անձնական յերեմուտքները կասասկանան, ուստի դրանց մասին ել պետք և հիվանդին նախազուշացնել: Այդ պատճառով հիվանդության շատ սուր շրջանում պետք և խուսափել դրանցից: Երունիկ շրջանում հիվանդության նման սասակացումը գուցե և սղտակար լինի, վորովհետև այդպիսի արհեստական սասակացումն արագացում և խրոնիկ բորբոքման ընթացքը: Գիշերային ցավուն երեկցիաները վերացնելու համար պետք և սառ թրջոց դնել առնու վրա, սակայն այդ սառ թրջոցները կարող են յերկարացնել բորբոքային պրոցեսի ընթացքը, ուստի պետք և խորհուրդ տալ նման թրջոցները կիրառել միայն խիստ ցավունության դեպքում: Երեկցիաներից խուսափելու համար հիվանդներին խորհուրդ տալ գիշերը տաք չծածկվել, շատ խմիչք չզործածել, ևրոտիկ զրականությունից և գրուչներից խուսափել: Դեղով բժշկելու համար բրոմ պետք և նշանակել ընդունելու (sol.natr. bromati 10⁰/₁₀ գիշերը մեկ հացի գլալ ընդունել), կամ երեկցիաների վաղուղեղային կենտրոնները վրա ճնշիչ ներգործություն ունեցող բրոմային կամֆորա և լուպուլին (յերկուսը միասին 0,3-ական գրամ, գիշերը մեկ փոշի): Սակայն այդ վերջին դեղերը պետք և գլուշությամբ նշանակել, վորպեսզի խուսափենք սեռական գործունեյության հետագա թուլացումից:

Հիվանդներին խորհուրդ և արվում խմելիք շատ զործածել (որական 8—10 բաժակ), առատ խմելիքը բարձրացնելով մեզի քանակը

նպաստում և բորբոքված միզուկը զրգոտ մեզի ջրիկացմանը և միևնույն ժամանակ մեծ քանակով դուրս հոսող հեղուկի սղնու-թյամբ միզուկից թարախը մեխանիկորեն ավելի շատ և հեռացվում։ Առանկիցի մեջ պետք և խուսափել կծու և բարկ նյութերից (պղպեղ, քաղցր, մանանեխ, ապուխտած խորտիկներ)։ Ալիոսոլի ֆուսը սուր զոնտրեյա ունեցող հիվանդների համար խիստ չափազանցրած է, զինի շատ խմելը վնասակար է, վորովհետև թուլացնում և սրգանիզմը, սակավ և չափավոր դործածելը ֆուս տալ չի կարող։ զարե-ջուրն անպայման ֆուսակար է, վորովհետև նրա մեջ պարունակ-վող գալլուկը միզուկի լորձաթաղանթի վրա զրգոնչ ներգործու-թյուն է ունենում։

Բալզամիկ նյութեր։ Գոնտրեյական միզուկատապի ընդհանուր բուժման համար կարելի չէ ընդունել հֆիրային բալզամիկ յու-ղեր։ Այդ յուղերը թեպետ և մանրեասպան ներգործություն չու-նեն, բայց ընդունակ են բարձրացնել որգանիզմի դիմադրակա-նությունը հանդեպ զոնտրեյի։ Միզուկի լորձաթաղանթի վրա, տե-ղակայտրեն, մածուցիկ ու ցավ կարող ներգործություն են ունե-նում և այդպիսով պակասեցնում են բորբոքային բուռն յերեկվույթ-ները։ Այդ նյութերի բուժիչ արժեքն ընդհանրապես մեծ չէ և այդպիսիք նշանակելու ցուցմունքները հետեվյալն են. 1) բոր-բոքային սուր յերեկվույթներ, 2) յերը հիվանդը չի կարող բուժման մի այլ ձև կիրառել։ Գրանց կիրառումը չպետք է չարը զործ դնել և պետք է պարբերաբար հետազոտել մեզը սպիտի վերաբերյալ՝ հիշե-լով, վեր գրանք կարող են զրգուել յերիկամի եպիթելը։ Ամենից շատ դործածական են կոպայան բալզամը, կավա-կավան, սանտա-լի յուղը 15—20-ական կաթիլ, վորն ընդունել ուտելուց հետո ո-րական 2—3 անգամ։ Սուր զոնտրեյի ժամանակ սալուլ և ուրոտրոպին չպետք է նշանակել, վորովհետև ֆենտին ու ֆորմալինն աննշան կոնցենտրացիայով են անցնում մեզին և այդ պատճառով ևլ միզուկի թաղանթի վրա վոչ մի մանրեասպան ներգործություն չեն ունենում։

Տեղակալ բուժում։ Տեղական բուժման նպատակն է՝ զեղի անմիջական մանրեասպան ներգործությունը զոնտրեյների վրա։ Գոնտրեյները շատ շուտ լորձաթաղանթի տակի հյուսվածքին են անցնում և այդ հանգամանքը խիստ դժվարացնում և պայքարը նրանց դեմ։

Հակառեպիկ մեքսը։ Ներկայումս մենք այնպիսի զեղանյութ չունենք, վորը կարողանար մանրեասպան ներգործություն ունե-

նալ հյուսվածքների խորքը մտած գոնսկոկների վրա: Գոնսրեյա-
կան միգուկատապի բուժման դասական ճարը՝ արծաթն և (լյա-
պիսը), վորը զեռ արարենրն էլին գործածոււմ: Արծաթի (լյապիսի)
պակասությունն այն և, վոր նասեցնոււմ և սպիտները և փառ և
դոյացնոււմ, իսկ այդ փառն արգելոււմ և գոնսկոկների և նըրանց կեն-
սագործունեյության արդյունքների բնական ձեռով դուրս յերնելը
լործաթաղանթի խոր խավերից զեպի մակերես: Այդ պակասու-
թյունը չունեն արծաթի սպիտային պատրասուկները (պրոտար-
զուր, ալլարարդինը և այլն): Սակայն այդ պատրասուկների լու-
ծույթները, գոնսկոկների հետ համեմատած, հյուսվածքի խորքը
շատ աննշան չափով են թափանցոււմ: Այդպիսով արծաթի ման-
րեասպան անմիջական ներգործությունը մինիմոււմի յի հասնոււմ:
Գոնսրեյական միգուկատապի բուժման ամենատարածված ձեռ
մոտ անցյալոււմ այն էր, վոր հիվանդի ձեռքն ելին տալիս սրսկի-
չը և այս կամ այն զեղը խողովակի մեջ սրսկիլու համար (պրո-
տարզուր, լյապիս, սուււմա): Յենթադրոււմ էլին, վոր միգուկի մեջ
մացրած հեղուկը գոնսկոկներին կսպանի և զրանով հիվանդու-
թյունը կանհետանա: Դա գոնսրեյի հակասեպտիկ բուժման շրջանն
էր և եապես ճիշտ սկզբունքի վրա յեր հիմնված: Սակայն բուժ-
ման այդ մեթոդը կիրառելիս հաշվի չէր առնվոււմ, վոր գոնսկոկ-
ները լործաթաղանթի վրա ընկնելուց 24 ժամ հետո ներթափան-
ցոււմ են լործաթաղանթի խոր խավերը, իսկ գոնսկոկի վրա ներ-
գործության համար կիրառելիք հակասեպտիկ միջոցներն այն-
քան արագ և այնքան խոր չեն թափանցոււմ: Գոնսրեյի բուժման
ձեռքների սրսկոււմից այն արդյունքն էր ստացվոււմ, վոր սո-
վորաբար արտադատոււմը շատ շուտ պակասոււմ էր և յերբեմն
նույնիսկ բոլորովին անհետանոււմ: Կործաթաղանթի մակերեսի
վրա գանվող գոնսկոկները սպանվոււմ են և լործաթաղանթի թա-
րախտովող մակերեսն ապաքինվոււմ է: Իսկ այն գոնսկոկները,
վորոնք արդեն ներթափանցել են հյուսվածքների խորքը, դուրս
գալու յելը չգանելով՝ շարունակոււմ են այնտեղ զարգանալ և բալա-
կան և, վոր սեռական սրգանների արյունը մի փոքր շատանա զինի
գործածելու հետեանքով, կամ լործաթաղանթն աննշան չափով
փլասովի սեռական գործողության կամ հենց զրգուման հետեանքով,
և հիվանդության լիակատար պատկերը նորից կերևա:

Գոնսրեյական միգուկատապի բուժման մեթոդը միգուկի մեջ
արծաթի սպիտային բաղադրություններ սրսկելով սրսկիչի միջո-

ցով վոչ միայն բարբառն անողոտ և, այլ և հիվանդի համար
փնասակար և: Դա հնութեան մնացորդ և, դիտականորեն հիմնա-
վորված չէ, և այդ ձևը վոչ միայն պետք է թողնել, այլ և պետք
է մոռացութեան տալ, ինչպես մոռացել ենք առանց քննաքննյու-
տակերացիա կատարելը: Գոնովորները վրա անմիջականորեն ներ-
գործելու նպատակով միզուկի մեջ հակասեպտիկ նյութեր սրտկին
տյն ժամանակ միայն կարելի չէ առջարկել, յերբ մենք այնպի-
սի մանրեաստան պատրաստուկ կուեննանք, վորն ընդունակ կլինի
թափանցել լորձաթաղանթի տակ նույնքան խոր, վորքան գոն-
ովները:

Ասեպտիկ մեքս: ներկայումս գոնորեյական միզուկատապի
բուժման մի այլ մեթոդ է լայն շափերով տարածված—ասեպտիկ
մեթոդը: Վերջինիս սկզբունքն այն է, վոր գոնովորներին չի սպա-
նում, այլ արտահար հյուսվածքներում գոնովորները գարզացման
համար անբարենպաստ պայմաններ և ստեղծում:

Դիտելով գոնորեյական միզուկատապը վարպետ թարախոտ
վերք, պետք է և դա բժշկենք վերքերի բուժման սովորական խի-
բուրդրական սկզբունքները համաձայն: Շնորհիվ անատոմիական
յուրահատուկ այն պայմանների, վոր ունի հաստ ֆիբրոզ պատի-
ճով շրջապատված միզուկը և շնորհիվ այն հանգամանքի, վոր
հնարավոր չէ կիրառել վերքի բաց բուժումը (վերքի ճեղքումը),
այստեղ պետք է կիրառել այսպես կոչված «մեծ լվացումներ»,
այսինքն միզուկն առատորեն վողոցել պերմանգանատ կալիումի
լուծույթով: Վերջինս գոնովորները վրա բակտերիասպան ներգոր-
ծութեան ամենեկին չունի, բայց լորձաթաղանթի սերող այտուց
և առջացնում:

Լվացումների ազդեցութեանը կայանում է նրանում, վոր
առաջին՝ միզուկի բորբոքված լորձաթաղանթի մակերեսից պաթա-
լոգիկ թարախային դատուցքը մեխանիկորեն լվացվում է և այդ-
պիսով հեռացվում են գոնովորներն ու նրանց տոկսինները: յերկ-
րորդ՝ հյուսվածքների խորքից դեպի լորձաթաղանթի մակերեսն
բարձր հոսանքի հոսանք և սարվում (սերող այտուց), վորը թե՛ գո-
նովորներին և դուրս բերում է թե՛ մանրեաստան ներգործութեան
և ունենում:

Ուժեղ կոնցենտրացիայի լուծույթներ գործածելու զեպում
միզուկի այտուցը կարող է այնքան սաստիկ լինել, վոր միզումը
ժամանակավորապես դժվարանում է: Պերմանգանատ կալիումի

հազեցրած լուծույթները կորցնում են սերող այսուց առաջացնող բնդունակությունը և լորձաթաղանթի վրա մեռուկացնող ներգործություն են ունենում: Ուստի վիացումների ծանրության կենսաբանը վոչ թե ներս յուժվող լուծույթի կոնցենտրացիայի, այլ նրա քանակի մեջն է: Սովորաբար կիրառվում և պերմանգանատ կալիումի լուծույթը մեկն առ հինգ հազար (1:5.000) կոնցենտրացիայով:

Լվացումները պետք է մարմնի ջերմությանը լինեն, փորովհետև սառ վիացումները միզափամփուշախ սեղմանի ստնդանք են առաջացնում, իսկ թե՛ լուծույթները ցավացնում են և իրենց ջերմության կարճատև ներգործության պատճառով, տաք լուծույթների հետ համեմատած, վոչ մի առավելություն չունեն: Լվացումների մեթոդն առաջարկող ժամեն հանձնարարում և վիացումներն որական 2—3 անգամ կատարել: Մակայն բազմաթիվ զիտողությունները ցույց են տվել, վոր բոլորովին բավական և կատարել վիացումներն որական մեկ անգամ:

Ժամեյի մեքողը: Միզուկի մեջ լցնել հեղուկը կամարխյան անոթից, վորը կախ և աված միզուկից մեկ մետր բարձրության վրա: Հեղուկի ճնշումը կանոնավորվում է անոթը բարձրացնելով կամ իջեցնելով: Լվացումից առաջ պետք է առնու. զլխիկը, թլիփի պարկը վանալ միենույն լուծույթով, վորպեսզի մեխանիկորեն հեռացվեն այն գոնոկոկները, վորոնք կարող են աչդտեղ զարգանալ: Լվացման համար զորձածվող ծայրը պետք է ամուր կպած լինի միզուկի բացվածքին, իսկ հեղուկի հոսանքը պետք է ընթանա անդամի յերկար առանցքին զուգահեռ: Լորձաթաղանթի ծայրը բացելու համար հեղուկի վորոշ ճնշում և պետք: Մանիպուլյացիաների յեռանդունության նկատմամբ պետք և զեկավարվել հիվանդի զգացումներով: Միզուկի մեջ փքվածություն, անհարմարություն զգալը ցույց է տալիս, վոր միզուկը հարթված և Լվացումների ժամանակ հիվանդը ցավ չպետք է զգա:

Սկզբում վորք չափերով են վանում խողովակի առաջին մասը: Ապա ստիպում են հիվանդին թուլացնել միզապարկի սեղմանը, ինչպես այդ անում են միզելիս, և 2—3 անգամ միզափամփուշտը լցնել 200—300 խոր. սանտիմետր հեղուկ, մինչև վոր դուրս յեկած հեղուկը լինի իր նախկին զույնի: Լվացումը պետք է անել հիվանդի կանգնած դրությամբ, վորովհետև այդ զիրքում սեղմանն ավելի հեշտ և տեղի տալիս և նրա համար ավելի բնական և այդ զիրքում բացվելը: Յերբեմն հեղուկը միանգամից մի-

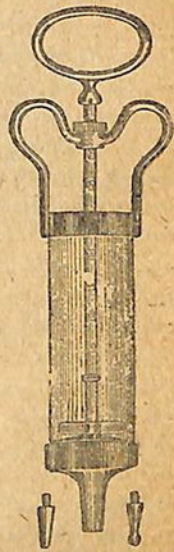
զամփամփուշտի մեջ չի լցվում սեղմանի ստնդանքային կծկման պատճառով, կամ այն պատճառով, վոր հիվանդն անկարող է թուլացնել սեղմանը: Նման դեպքերում պետք է մի փոքր սպասել՝ առանց հեռացնելու ապակե ծայրը միզուկի արտաքին բացվածքից: Սեղմանը հեռահեռան անդի յե տալիս հեղուկի ճնշմանը և հեղուկը հեշտ կերպով անցնում է միզամփամփուշտի մեջ:

Յերբ սեղմանն այնուամենայնիվ բաց չի թողնում հեղուկը, սա պետք է միզամփամփուշտի մեջ լցնել մեծ (150 գ.-նոց) սրակիչի սոգնությամբ (նկ. 1). այդ սրակիչով կարելի է յե ավելի մեծ ճնշում գործել: Հիվանդին պետք է կանդնած դրությունից պառկածի փոխադրել, վորովհետև այդ դրությամբ սրակիչով աշխատելն ավելի հարմար է լինում:

Լվացումից առաջ հիվանդն անպատճառ պետք է միզի, վորպեսզի միզուկից հեռացնի թարախը. կատարած լվացումից հետո հիվանդը պետք է զուրս թափի միզամփամփուշտը լցրած հեղուկը, վորպեսզի վերջինս հետ գալիս նորից մաքրի միզուկը:

Հիվանդության առաջին սրերին (3—5), յերբ յերևույթները բուռն կերպով են արտահայտված լինում, պետք է միզուկի միայն առջևի մասը լվանալ շատ փոքր ճնշմամբ, աշխատելով չսարքածել բորբոքված յորձաթաղանթը, հետագայում հեռահեռան դիմելով ամբողջ խողովակի վլացմանը: Յեթևյերևույթները բուռն չեն արտահայտված, կարելի է հենց առաջին սրվանից լվանալ ամբողջ խողովակը: Թլիփի աշտուցը և ուժեղ ցավերը միզելիս հակացուցում են ծառայում լվացումների համար. նման դեպքերում պետք է մի քանի օր սպասել և բուժման համար բավականաճալ սանտալի յուղ ընդունելով: Մնացած բոլոր դեպքերում պետք է սկսել լվացումները հիվանդության հենց ախտորոշումից հետո: Գոնորեյական միզուկադապի ընթացքում ծագած բարությունները, ինչպիս սրինակ, սեռական գեղձերի հիվանդանալը, ամենեկին հակացուցում չեն հանդիսանում միզանցքի անդական բուժման համար:

Միզուկի գոնոկոկային վարակին շատ շուտ միանում է վարակումը և այլ միկրոօրգանիզմներով, վորոնց վրա պերմանգա-



Նկ. 1

Ժանեյի սրակիչը

նատ կալիումը վոչ մի ազդեցություն չի թողնում, ուստի պետք է պերմանգանատ կալիումով լվանալուց հետո անմիջապես, բայց վոչ ընդհակառակը, պարբերաբար միզուկը լվանալ քորակատարծաթի 1:3000 լուծույթով: Լյապիսը մանրասպան ներդրածություն ունի հավելյալ վարակի վրա, վորը սովորաբար մակերեսի վրա յի բուն դնում:

14 որ շարունակ որական մեկ անգամ լվացվում է միզուկը: Յեթե այդ ժամանակամիջոցում թարախային արտադրուկը չի անհետանա, կամ մեզը կշարունակի պղտոր մնալ, ակնհայտ է, վոր վոչ միայն միզուկի լործաթաղանթն է հիվանդ, այլ և հիվանդ են միզուկի գեղձերը կամ սեռական գեղձերը, և պետք է նրանք ել բուժել: Յերբ հոսում չկա և մեզը պարզ է, պետք է լվացումները ևս յերեք շաբաթ կատարել և այն ել որընդմեջ: Ապա ընդհատել 2—3 սրով, վորից հետո մեզի առավոտյան մտաջին բաժնից վերջըրած թելիկները հետազոտել զոնոկոկների վերարելոյալ: Գննության բարենպաստ արդյունքից հետո պետք է զաղարեցնել բուժումը: Յեթե ընդհատումից հետո նորից թարախային արտադրում յերեւա, կամ մեզը նորից պղտորվի, կամ յեթե թելիկների մեջ զոնոկոկներ գտնվին, կնշանակի հիվանդությունը խորնիկ է դարձել (տես ստորև):

Գիլգելի մեքալը: Յերբ միզուկի լվացումները մեծ քանակի ջրով խիստ ցավուն են լինում և հիվանդը տանել չի կարողանում, պետք է միզուկը կատետրի ոդնությամբ լվանալ (ըստ Գիլգելի): Անոթից յեխող խողովակի ապակե ծայրին պետք է օճախի բարակ (№10—12) և փափուկ կատետր հաղցնել, կատետրին շատ զլիցերին քսել և մտցնել միզուկի առջևի մասը մինչև սեղմանն ու հետո հեղուկը լցնել ներս: Փոքր ճնշմամբ անցնելով կատետրով հեղուկը դուրս է հոսում կատետրի և միզուկի պատիկների միջև. այդ միջոցին կատետրը պետք է միշտ զեպի առաջ ու հետև շարժել: Այս մեթոդի ղեպքում միզուկի ծալքերն այնպես ուժեղ չեն հարթվում, ինչպես ժանելի մեթոդի ժամանակ. հենց այդ պատճառով ել լվացումը ցավուն չի լինում, բայց և այնպես բավական է թարախը մեխանիկորեն հեռացնելու համար: 5—6 սր այդ ձևով բժշկելուց հետո, ցավուն յերեվույթների հանդարտվելու ղեպքում՝ պետք է սկսել մեծ լվացումները բարձր ճնշմամբ:

Իսմոելյական միզուկասպալի արբաթիլ բուժումը: Կատկածելի հարարերությունից վոչ ուշ 48 ժամ հետո անստորոշված զոնորելի ղեպքում, յերբ զոնոկոկները գեռես լործաթաղանթի տակը չեն

ներթափանցել և գտնուիմ են լորձաթաղանթի վերին խավերի մեջ, կարելի չե կիրառել արորաիվ բուժման մեթոդը, վորը կայանում և նրանում, վոր միզուկի առջևի մասի մեջ են մտցնում արծաթի աղերի բարձր կոնցենտրացիայի լուծույթներ: Վերջիններս գեղեւ խորը չթափանցած գոնոկոկների վրա բակտերիասպան ներգործութուն են ունենում: Միևնույն ժամանակ այդ լուծույթները լորձաթաղանթի եպիթելիալ ծածկոցը մեռուկացման են յենթարկում և զոչացած փառն արգելք և սակզում վարակի հետագա ներթափանցման համար:

Արորաիվ բուժումը միայն այն դեպքում կարող է հաջող լինել, յերբ գոնոկոկները գեղեւ լորձաթաղանթի խորքը չեն ներթափանցել, իսկ այդ հանգամանքը կլինիկապես հետևյալ կերպով է արտահայտում. հիվանդը միզուկի մեջ աննշան քոր է զգում, վորը միզելիս ուժեղանում է, իսկ միզուկից յեննող լորձային սակավ արտադատումը կամ մեզի առաջին բաժնի թելիկները, բացի գոնոկոկներից, պարունակում են նաև միավոր քանակով լեյկոցիտներ և ժեժ քանակով եպիթելիալ բջիջներ: Կրկնակի վարակման դեպքում արորաիվ մեթոդն ավելի հուսալի չե լինում, մինչդեռ առաջին անգամ հիվանդացողների նման ձևով բուժումը սակավ և գրական հետևմանք տալիս: Դա բացատրվում է նրանով, վոր վերջին տեսակի հիվանդների լորձաթաղանթն ավելի քնքուշ է լինում, գոնոկոկները դրա մեջ ավելի արագ են մտնում, քան այն անձանց մոտ, վորոնք կոպտացած և փոխակերպված լորձաթաղանթ ունեն:

Արորաիվ բուժման սխեմաները չափազանց շատ են և բոլորն էլ տարբեր են: Այդ հանգամանքը հենց արդեն ապացույց է, վոր նրանց արժեքը հարաբերական է: Յև հետևյալ մեթոդն է՝ առաջարկում 3 որ և որական 2 անգամ լվանալ միզուկի առջևի մասը պերմանգանատ կալիումի լուծույթով, ինչպես վերը ցույց է տրված. հետո սրսկիչով միզուկի մեջ պրոտարգոլի 2⁰/₁₀ լուծույթ լցնել 3 խոր. սառտ. և պահել այնտեղ մոտավորապես 3 րոպե. այդ բոլորից հետո հիվանդը մոտ 2 ժամ չպետք է միզի: Յեթև չորրորդ դրը մեզը պարզ լինի, պետք է 2 որ ընդմիջում տալ, վորից հետո պետք է մեզի թելիկները հետազոտել: Արտադատում, ինչպես և թելիկների մեջ գոնոկոկներ չլինելու դեպքում, հիվանդն իրեն կարող է բուժված համարել: Յեթև 5 որվա ընթացքում բուժումը դրական արդյունք չտվեց, այսինքն՝ մեզը պետք է լինում կամ

ԳՈՆԱՐԵՅԱԿԱՆ ԽՐՈՆԻԿ ԴԻՊՈԼԿՄԱՏԱԿ

Գոնորեյական սուր միզուկատապը, վարը հիվանդի կամ բժշկի հանցանքով չի բուժվել, ժամանակի ընթացքում կորցնում և բորբոքային նշանների ուժգնությունը և խրոնիկ և դառնում:

Մրոնիկ միզուկատապի ժամանակ հիվանդները գանգատվում են՝ միզուկից արտադատումը շատ քիչ և լինում, կաթիլի նման, միզուկի անցքը կտած և լինում, մի բան, վեր նկատելի չե լինում ամեն առավոտ կամ միզումների միջև յերկարատե ժամանակամիջոցից հետո: Նման հիվանդների մեզը կարող և պարզ չինել և պարունակել ավելի կամ պակաս զգալի չափով թելիկներ, վորոնք բազկացած են լինում լորձյունից, լեյկոցիտաներից (ուղիչասերներից) և գոնակոկներից: Մեզը մեծ մասամբ պղտոր և լինում և դա կախում ունի մեզի մեջ յերկար լորձյունից և թաքսից:

Պարզագիլ անատմիան: Գոնորեյական խրոնիկ միզուկատապի պաթոլոգո-անատոմիական պատկերը շատ տարբեր և լինում և կախում ունի վարակի տեղափակումից և բորբոքային յերկար լորձյունի ուժգնությունից: Պետք և տարբեր պաթոլոգո-անատոմիական չորս հիմնական ձևեր, վորոնք կամ կարող են միմյանց գուզորդել կամ գոյություն ունենալ յուրաքանչյուրն առանձին:

Յեթե միզուկի բորբոքմանը ներգրավված են կիտրեյի գեղձերը, այն ժամանակ նկատելի չե այդ վերջինների պատերը և նրանց արտածորանները պատող եպիթելի պոկ գալը, արտածորանների ներսիտանքը և նրանց անցքի խցկումը լեյկոցիտաներով: Բորբոքման արտադրանքները գեղձի նեղ ու կետանման անցքից բավարար չափով գուրս գալու հնարավորություն չունեն և միզուկի պատիկի հասարում գոյանում են ուստենցիոն կիստանների նման վարակի մի շարք բներ՝ կիտրեյի խցկված գեղձերը: Այդ ձևը ֆուլիկուլյար միզուկատապ — լիտրելիտ և կոչվում: Լիտրելիտ բացառապես տեղափակվում և կախ ընկած և փոշաի մասի միզուկում, այսինքն այնտեղ, վորտեղ կան կիտրեյի գեղձեր:

Յեթն լորձաթագանթի տակը թափանցած վարակը միզուկի անցքի մեջ դուրս գալու բավականաչափ յեղք չունի, լորձաթագանթի տակ անձծվելի գերածուն ներսփռանք և դոյանում: Միևնույն ժամանակ տեղի չեն ունենում ներսփռանքը պատող եպիթելի վերասերումը: Եպիթելը փոխակերպվում է և զոնորեյի յերկար տեկու գեպքում փոխարկվում է բազմաշերտանի, խորանարդաձև և տափակ եպիթելի: Ներսփռանքի խոր խալերում սովորաբար գոնոկոկներ են բուն դրամ լինում: Այդ ձևը ներսփռանքային միզուկատապ և կոչվում և տեղափակվում է զլխավորապես խողովակի կախ ընկած մասում, վորտեղ զգալի չափով լորձաթագանթի տակի փմփուխ շարակցական հյուսվածք կա, նաև կոճղեգալին մասում, վորտեղից արտազատման հոսումը միզուկատապի ժամանակ դժվարացած է լինում:

Յեթն վարակը յերկար ժամանակ բուն և դրամ լինում լորձաթագանթի հաստքում և եպիթելի նորմալ վերասերում ու փոխակերպում տեղի չի ունենում, միզուկի առանձին տեղամասերում կարող են խոցեր դոյանալ, լորձաթագանթի պոլիպաձև զրանուլյացիոն (հատճավոր) գերաճոններով: Գրանուլյացիոն միզուկատապը սովորաբար միզուկի հետևի մասում է նկատում: Ներսփռանքային միզուկատապ այդ մասում սակավ և պատահում շնորհիվ լորձաթագանթի տակի թույլ զարգացման: Միզուկի հետևի մասում Ֆորիկուլյար միզուկատապ չի պատահում, վորովհետև այնտեղ լիարեյան գեղձեր չկան:

Վերջապես զոնորեյական խրոնիկ միզուկատապի վերջին պաթոլոգո—անատոմիական ձևը, վորը պատահում է միզուկի ամբողջ յերկարությամբ—գա եպիթելի յեղջերացումն և, վորի հաստքում գոնոկոկներ են գտնվում:

Ընթացքը: Հիվանդության վերը նկարագրած պաթոլոգո—անատոմիական զանազան ձևերն առանձին-առանձին չափազանց սակավ են պատահում: Սովորաբար միզախողովակի յերկարությամբ մենք հանդիպում ենք առբեր փոփոխությունների գոլորդմանը, նրանց զարգացման զանազան փուլում: Հիվանդուլորդմանը, նրանց զարգացման զանազան հանգամանք հիվանդի վարքից և նրա առոյթ մի շարք զանազան հանգամանք հիվանդի վարքից: Այն պայքարում, վոր ամբողջ ժամանակ տեղի ունի միզուկում հիվանդի և այնտեղ բուն դրամ միկրոբի միջև, մերթ մեկն և հաղթանակում, մերթ մյուսը, նայած հիվանդի ընդհանուր

դրու թյանը: Յեւ դրա հետեանքն այն և լինում, վոր արտագա-
տումը մերթ շատանում և, մերթ համարյա բոլորովին անհետա-
նում:

Բացի դրանից, պետք և հաշվի առնել և այն, վոր ինչպես
որգանիզմն և մանրեյին բնակւանում, այնպես ևլ գոնոկոսին և լոր-
ձաթաղանթին աստիճանաբար ընտելանում: Գոնոկոսը փոխարկ-
վում և սապրոֆիտ ձևի, վորն ախորհար որգանի մեջ ուժեղ
սեւակցիաներ չի առաջացնում: Խրոնիկ միզուկատապը կարող և
ընթանալ առանց զգալի սրչեկտիվ ախտանիշներ և միայն սեռա-
կան մերձեցումից հետո ուրիշին վարակելուց և հիվանդը հայ-
տաբերում իր հիվանդությունը:

Գոնորեյական միզուկատապի նման թոռոմած, «գաղտնի» ըն-
թացքն արտաքին զանազան մոմենտների ազդեցությունից (ալկո-
հոլ, սեռական զրգում, սեռական զործուղություններ) կարող և
սուր կերպարանք ստանալ և գոնորեյական սուր միզուկատապի ախ-
տահարման պատկերը տալ: Սակայն պետք և յալ ի իշիւ, վոր յեթև
գոնորեյական միզուկատապը կարող և թոռոմած ձևով ընթանալ,
համարյա առանց մի վորեւ սուրչեկտիվ ախտանիշի, ապա դա
միայն խրոնիկ միզուկատապի զեպքերին և վերաբերում, այսինքն
այն զեպքերին, յերբ մենք ունենք գոնորեյական սուր միզուկա-
տապին հաջորդող փուլը: Սկիզբի խրոնիկ փուլով, հենց սկզբից
ընթանալ աննկատելի, առանց սուր փուլ ունենալու, այնպես,
վոր հիվանդը «չնկատի» գոնորեյական միզուկատապը յերբեք չի
կարող:

Ախտորոշումը (դիագնոզ): Գոնորեյական խրոնիկ մի-
զուկատապի ախտանիշը վուշ բոլոր այն թելիկներն ևն լինում,
վորոնք հայտաբերվում են մեզի մեջ: Առողջ մարդկանց մեզի մեջ
ևլ կարող են լինել թելիկներ, վորոնք պարունակում են միայն
լորձյուն, եպիթելիւլ բջիջներ, միավոր լեյկոցիտներ և զանազան
բակտերիաներ: Նման լորձյունային թելիկները, շնորհիվ իրենց թե-
թև սեռակարար կշռի, սովորաբար յերկար ժամանակ լողում են
մեզի վերին շերտերում: Խրոնիկ միզուկատապի համար բնորոշ
են այն թելիկները, վորոնք հաստ են, կարճ և արագությամբ
իջնում են բաժակի հատակը: Մանրադիտակային հետազոտու-
թյունը ցույց և տալիս, վոր այդ թելիկները պարունակում են
զգալի քանակով լեյկոցիտներ, եպիթելիւլ բջիջներ, երկարոցիտ-
ներ և գոնոկոսներ: Թելիկների մեջ մի անգամ գոնոկոսի չգտնելը
գեոես չի բացառում գոնորեյական խրոնիկ միզուկատապը, մյուս

կողմից՝ թեկիկներն բացակայութեան դեպքում ել չի կարելի համաստիացած լինել, վոր զոնորեյական խրոնիկ միզուկատապ չկա, վորովհետեւ թոռոմած բորբոքային պրոցեսն, ինչպես և առատ խմելիքից հաճախ միզելու դեպքում թեկիկներն նվազ քանակը մեղի մեջ կարելի չեն չնկատել: Ուստի պետք և հետազոտութեան համար վերցնել առավոտյան մեղը, կամ յերկարատեւ ընդմիջումից հետո բաց թողած մեղը (5—6 ժամից վոչ պակաս):

Գոնորեյական խրոնիկ միզուկատապի համար բնորոշ և պակաս քանակով արտազատման, ինչպես և թեկիկներն մեջ լեյկոցիտաներն (եռլինոսներն) և գոնոկոկներն զգալի թիվը: Միզուկի գոնորեյական խրոնիկ բորբոքումն ալ հիվանդութեաներից տարբերելու նկատմամբ պետք և նշել. 1) ուրեարոքեյան ex libidine, վոր լինում և սեռական ուժեղ ձգտման շրջանում հաճախակի տեղի ունեցող զրգուռմաների դեպքում, կամ հաճախակի կրկնվող սեռական զործողութեաների հետեանքով (թեկիկներն մեջ առանձին սերմնյակներ և աննշան թվով լեյկոցիտաներ են լինում): 2) քիմիական տրամադասիկ միզուկատապը, վորը ծագում և լորձաթաղանթի զրգուռմից մեղի աղերով. մեղի տեսակարար կշիռը բարձր և լինում (թեկիկները պարունակում են լորձյուն, աննշան քանակով լեյկոցիտաներ և աղերի բյուրեղներ), 3) վոչ գոնորեյական միզուկատապը, վորն առաջացել և մի ալ վարակից, ամենից հաճախ ստաֆիլոկոկներից և 4) հետգոնորեյական միզուկատապը—թեկիկները բազիլացած են լինում լորձյունից, լեյկոցիտաներից և զգալի քանակով զանազան միկրոտրոֆանիզմներից:

Գոնորեյական խրոնիկ միզուկատապի հաջող բուժման զրավականն անատոմիական և տեղական ճիշտ ախտորոշման մեջն և կայանում: Ուստի յուրաքանչյուր առանձին դեպքում պետք և միզուկը մեթոդիկ հետազոտման յենթարկել: Յերկրաժակային փորձի և թեկիկներն մանրադիտական հետազոտման հիման վրա միայն յերբեք չի կարելի գոնորեյական խրոնիկ միզուկատապի տեղական ախտորոշումը դնել. զրա համար հարկավոր և միզուկը շրջափել ձողի վրա, հետազոտել զլիսիկավոր ձողով և ուրեարոսակապով գննել այն: Ամենորոյա զործնական աշխատանքների մեջ հետազոտութեան վերջին ձևի ընդունված որից, ձևի, վորը մեր տրադիտութեան առկ յեղածներից ամենաճիշտն և, գոնորեյական միզուկատապի դժվար բուժվող կամ ամենեվին շրջափող դեպքերն թիվը մինիմումի չեն հասցրած:

Լիարեյիտն ախտորոշվում և միզուկի հաստքում կլոր, կորե-

կի և ավելի մեծության ներսփռանքները շոշափելու հիման վրա:

Ներսփռանքային միզուկատապն ախտորոշվում է միզուկի անցքի մեջ գլխիկավոր ձողն անցկացնելիս մի շարք անհարթություններ զանելու հիման վրա: Շատ անգամ ներսփռանքներն այնքան խոշոր են լինում, վոր հաջողվում է շոշափել դրանց դրսի ծածկոցի վրայից:

Գրանուլացիոն միզուկատապն ախտորոշվում է ուրետրոսկոպով գննելու հիման վրա, կամ միզուկի վորոշ տեղերում գլխիկավոր ձողեր անցկացնելուց հետո խիստ ցավունության հիման վրա, ցավերին համընթաց լինում է և արյուն:

Խրոնիկ միզուկատապի վերջին տեսակն ախտորոշվում է թելիկների մանրագիտական հետազոտության ավյալների հիման վրա, թելիկների, վորոնց մեջ զգալի քանակով տափակ եպիթել է գտնվում, իսկ ուրետրոսկոպով գննելիս բորբոքման առանձինքներ են յերևում: Չպետք է մոռանալ և այն, վոր գոնորեյական խրոնիկ միզուկատապի զոյությանը կարող է նպաստել սեռական գեղձերի՝ պրոստատայի (առաջագեղձ) և սերմնաբշտիկների հիվանդությունը. ուստի գոնորեյական խրոնիկ միզուկատապի բոլոր դեպքերում պետք է, վորպես կանոն, կատարել դրանց դատույցների մանրեխաղիտական և մանրագիտական հետազոտությունը:

Բ Ա Ը Ը Ա Ը Ը: Բնկհանուր բուժում: Գոնորեյական խրոնիկ միզուկատապի դեպքում բաղդամային յուղերը վոշ մի բուժիչ ազդեցություն չունեն: Խիստ կերականոնը (զրեհտան) թույլ է հիմնավորված: Հանքային ջրերը հակացուցված չեն, բայց ուղղակի ցուցումներ դրանց գործածման համար նույնպես չկան: Պետք է հասունի ուշադրություն դարձնել սրզանիզմի ընդհանուր տոնուսը բարձրացնելու վրա և նշանակել մկնդեղ, յերկաթ, ջրաբուժություն:

Տեղական բուժում: Գոնորեյական խրոնիկ միզուկատապի տեղական բուժման նպատակն է՝ վերացնել վարակը, վերացնել հիվանդության առանձինքները և վերականգնել լսրձաթաղանթի նորմալ կաուուցվածքը:

Գոնորեյական խրոնիկ միզուկատապի պաթոլոգո—անատոմիական փոփոխությունների գանազանակերպության պատճառով բուժիչ ձևերն էլ շատ տարբեր են լինում: Ֆուլիկուլյար միզուկատապը բուժելու համար առնու թե՛ ջրի տեղական վաննաներ (45°) նշանակել, 10 րոպեյով սրական յերկու անգամ, ընդ վորում

վաննայից առաջ և հետո պետք է ստիպել հիվանդին միզել և դրանով հեռացնել միզուկի մակերեսից վարակը: Թե՛ մ ջուրը բարձրացնելով բորբոքված սրգանի ջերմությունը և ուժեղացնելով նրա հիպերեմիան (գերարյունությունը), պտեղծում է գոնոկոկների գոյության համար անբարենպաստ պայմաններ և միևնույն ժամանակ նպաստում է միզուկի մեջ յեղած բորբոքման առանձին բների (պատճուկների) տարածմանը: Բացի դրանից, պետք է որընդմեջ միզուկը մերձել ձողի վրա (նկ. 2), առանձին պատճուկների պարունակությունը պետք է դուրս սեղմել, իսկ միզելուց հետո պետք է միզուկը լվանալ, վերպետել հեռացվի միզուկի մեջ դուրս մղած վարակն ու նրա արդյունքները: Լվացման համար պետք է վերը նկարագրած ձևով զործածել պերմանգանատ կալիումի և լյուպիս սոլորակիան լուծույթները:

Պատճուկները յերբեք լիովին չեն անհեղանում. նրանց տեղը սպի յե մուռ և սիսեռի մեծություն սպի կարելի յե շոշափել դրսից: Բուժումն ենդսկուպի հըսկոլությամբ պետք է կատարել. Լիտրեյան սպլացած զեղձը գոլիկի կամ կետի ձևի յե լինում, յերբ զեղձի ծորանի անցքի մեջ բորբոքում տեղի ունի, ծորանի անցքը ուռած և գերարյունոտ է լինում: Լիտրեյան զեղձերի բորբոքումը կրկնվելու հախում ունի և յերկարատե բուժում է պահանջում:

Չարտիզում: Եներսիոանքային միզուկատապը բուժելիս պետք է միզուկի մեջ ձողեր (նկ. 3) կամ լայնիչ (նկ. 4) անցկացնել:

Լայնացնելով միզուկը, մենք նպաստում ենք արտադատման դեպի դուրս լավ հոսելուն: Յուր ներդրություն ձողարկումը նման է մերձմանը: Չողը միզուկի վրա իր ճնշմամբ առաջ է բերում լորձաթաղանթի և լորձաթաղանթի տակի հիպերեմիա (գերարյունություն), վերից հետո թև մեկը և թև մյուսն ուռչում և այնքան (մեղի հոսանքը ժամանակավորապես բարակ է տուժն են (մեղի հոսանքը ժամանակավորապես բարակ է զառնում): Չողի ներդրությունը նրա հանելուց հետո ել մի առ ժամանակ շարունակվում է: Այտույցը սովորաբար 6—8 ժամ է տևում: Միզուկի հիպերեմիան, ձողից առաջ, Չացած, նպաստում է միզուկի ներսիոանքի ծծվելուն, ուժեղացնելով միևնույն ժամանակ հյուսվածքների սջախային պաշտպանողական ռեակցիան հանդեպ վարակի: Պետք է



Նկ. 2.
Մ. տաղե
ուղիչ ձող

բայառապես մետաղե ձողեր գործածել, վորովհետև մետաղե ձողերը շատ աննշան հիպերեմիա յեն առաջացնում:



Նկ. 3

Մետաղե կորացրած ձող

Ձողարկելիս, վորպես կանոն, վոչ մի ցավ չպետք և լինի կամ շատ չնչին ցավ պետք և լինի: Գոնորեյական խրոնիկ միզուկատապը բուժելու նպատակով ձողարկման ժամանակ յեղած ցավերի սաստկությունը կարևոր ախտանիշ և, վորը պետք և հաշվի առնել. դացույց և տալիս, վոր վարակը դեռևս ներգործոն և և ձողարկումը հակացուցված և:

Միզուկի արդեն դարգացած անձկության դեպքում արյան գալը ձողարկելիս յերկշուղալի չե, բայց յերբ ներսփռանքը կակուղ և, պետք և զգուշանալ՝ վոր լորձաթաղանթը չպատռել և զբանով չնպաստել զոնտիոկներին՝ դեպի խորը թափանցմանը: Հետևյալ ձողը պետք և մտցնել նախորդ ձողից առաջացած սեղանային լիակատար անհետացումից հետո, վոչ շուտ քան որընդմեջ: Մեկ նվազում 1—2 ձողից ավել չպետք և մտցնել: Ձողը միզուկի մեջ պետք և պահել 5—10 րոպե:



Նկ. 4

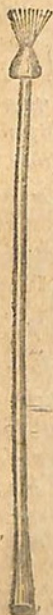
Գործիքի հաստությունը պետք և վորոշել նախորդը զլիակալոր ձող մտցնելով: Ազատ անցնող Գիյատատող (լախիշ). զլիակալոր ձողը համապատաս-

խանում և մետաղի ձողի պետքական տրամաչափին: Փոքր և փափուկ ներսփռանքների դեպքում կարևոր չե և չի ել հարկավոր ձողի տրամաչափը բարձրացնել (ձողի նպատակը վոչ թե միզուկը լայնացնելն և, այլ սեղանային առաջացնելը): Ընդհակառակը, յերբեմն հարկավոր և լինում տրամաչափը պակասեցնել ուժեղ սեղանային պատճառով: Ձողը մտցնելուց հետո, վորպես կանոն, պետք և միզուկը լվանալ: Կվացումը պետք և կատարել պերման-

զանառ կալիումի սովորական լուծույթով, բայց քանի վոր նման զեպքերում միզուկի մեջ, բացի գոնոկոկներից, սովորաբար և այլ միկրոօրններ են լինում, առաջարկվում և միզուկը պարբերաբար լվանալ և սքսիցիանառ սնդիկի լուծույթով 1:5000, ծծմբաա պղնձի լուծույթով 1:8000—10000, լյապիսի լուծույթով 1:2000—5000: Նման զեպքերում լվացումը պետք և կատարել սրսկիչով, վորը թույլ և տալիս սովորականից ավելի բարձր ճնշում կիրառել: Յերբ միզուկի ներսփռանքային փոխխտությունները խոր չեն, զրանք շատ շուտ ծծվում են և հիվանդն առողջանում և: Իսկ յերբ միզուկի ախտահարությունը մեծ չափերի յե հասնում, բորբոքումը սուր կերպարանք և ստանում՝ արտադատումը շատանում և կամ մեզի առաջին բաժինը պղտորվում: Ձեռք բերելով այդ, այսինքն՝ թողումած ձևով ընթացող հիվանդությունը սուր դարձնելով, պետք և ձող մտցնելը զազարեցնել, վորովհետև նրանք հասել են իրենց նպատակին և նորից պետք և դիմել միզուկի լվացումներին: Մեզը պարզելուց հետո (մենալիոր թելիկներ), նորից սկսում են ձող մտցնելը և այն ժամանակ սովորաբար մեզն այլևս չի պղտորվում, միայն արտադատումն և ուժեղանում: Ձողերը պետք և կիրառել այնքան ժամանակ, քանի հիվանդը հակազդում և դրան՝ ավելացնելով արտադատումը: Յերբ ձողերը ուսկցիա չեն տալիս, պետք և 7—10 որ ընդմիջում անել: Յեթե ներսփռանքն արդեն ծծվել և, առավոտյան արտադրուկը չի լինում, մեզի մեջ ել թելիկներ չեն լինում, բուժումը վերջացած և: Գոնոկոկների առկայությունը թելիկների մեջ ձողարկման համար հակացուցում չէ, բայց գոնորեյի սուր փուլում, յերբ միզելիս սաստիկ ցավում և, յերբ արտադատումը շատ առատ և լինում, իհարկե ձող չի կարելի կիրառել: Վարակի տարածումից և խորքն անցնելուց խուսափելու համար ձող մտցնելուց առաջ պետք և սախլել հիվանդին միզել:

Յեթե բուժման ընդմիջումից հետո սուրբյեկտիվ անհետացած յերեկույթները նորից յերեկվան դան, վորպիսի հանգամանքը ցույց և տալիս բուժման պակաս արդյունավետությունը, այսինքն՝ կա ներսփռանք, վորը ձողի ներգործությանը տեղի չի տալիս, պետք և հետադաշում միզուկը լայնացնել Կուրմանյան լայնիչով, վորովհետև ներսփռանքը սովորաբար միզուկի առջևի մասում և բուն դնում: Լայնիչով միզուկը կարելի յե լայնացնել մեկ ու կես անգամ ավելի, քան ամենահաստ ձողով: Լայնիչի արամաչափով ձողը միզուկի մեջ մտցնելն անկարելի յե, վորովհետև միզախողովակի բացվածքը նեղ և և տեղի չի տալիս լայնացմանը:

Ինստիլյացիա: Գրանուլացիոն (հատճավոր) միզուկատալը պետք է բուժել խարելով—ինստիլյացիայով: Դրա համար պտտկած հիվանդի միզուկի մեջ պետք է մտցնել փափուկ կատար, սլիվածն ծայրով ըստ Հյուլյոնի (նկ. 5) և այդ կատարով սրսկել ախտահար տեղամասի մեջ բորակատ արծաթի $1\frac{1}{4}$ — $2\frac{1}{2}$ լուծույթից 1 խոր. սան. կամ պրոտարգոլի 1 — $2\frac{1}{2}$ լուծույթից մինչև 5 խոր. սանտ. զրանից հետո միզուկը սեղմել 3—5 րոպե հատուկ սեղմանով (նկ. 6), վեր հեղուկը հետ չհասի:



Նկ. 5
Ինստիլյացիոն

Ինստիլյացիայից հետո սովորաբար հիվանդները գանգատվում են միզուկի մեջ այրոցի և ցավի զգացումից. դա շատ հասկանալի չէ: Սրսկումը պետք է այնպես կատարել, վոր լուծույթը միայն միզուկի հետևի մասի մեջ ընկնի, վորտեղ սովորաբար և բուռն և զիռւմ ախտահարությունը: Ինստիլյացիայից հետո հիվանդը $1\frac{1}{2}$ — 1 ժամ չպետք է միզի, վորպեսզի գեղը լորձաթաղանթի վրա չերկար ժամանակ ներգործի: Յեթե մատնանշած ժամանակից ստաջ հիվանդը միզի, ինստիլյացիայի բուժիչ արժեքը կպակասի, ուստի պետք է ամեն կերպ աշխատել, վոր լուծույթն ինստիլյացիայի ժամանակ միզափամփուշտի մեջ չանցնի, վորովհետև այդ լուծույթն իր այրիչ ներգործությամբ կըրգորի միզապարկի լորձաթաղանթը և զրանով միզելու անողուսյցանկություն կառաջացնի: Դրա համար սրսկումը պետք է կատարել անմիջապես, հենց վոր կատարի ծայրը միզուկի խոտորնակ զոլավսը սեղմանն անցնի:

Ինստիլյացիայից անմիջապես առաջ հիվանդը պետք է միզի. դա մի կողմից՝ հեռացնում է լորձաթաղանթի մակերեսի վրայի թարախը և ինստիլյացիայով մտցրած հեղուկն անմիջական շփում է ունենում ախտահար հյուսվածքների հետ, մյուս կողմից՝ հիվանդին միզել ստիպելով, մյուս անգամ միզելու ցանկության ծագումն ուշանում է. այդպիսով կողմնակի կերպով չերկարում և միզուկի մեջ գեղի մնալու ժամանակամիջոցը:

Ինստիլյացիաները քայքայում են զրանուլացիաները (հատիճները) և առաջացնում լորձաթաղանթի տեղական հիպերեմիա (գերարյունություն): Այդպիսով մտցրած գեղը վոչ թե անմիջապես ներգործում է գոնոկոկների վրա, այլ վոչնչացնում է տեղում յեղած պաթոլոգո-անատոմիական փոփոխություն-

ները և ուժեղացնում հյուսվածքների տեղական պաշտպանողական
նեակցիան: Ինտախլյացիայի ծանրության կենտրոնը վոչ թե լու-
ծույթի կոնցենտրացիան է, այլ հիվանդության ոջախի մեջ ընկ-
նելը:

Ինտախլյացիայից անմիջապես հետո բորբոքային պրոցեսը
սաստկանում է, միզուկային արտադատումն ավելանում է: Ինտախ-
լյացիան կրկնել կարելի է միայն այն ժամանակ, յերբ լորձաթա-
ղանթը նախորդ ինտախլյացիայի ներգործությունից հետո շտկվել
է, այսինքն՝ յերբ ուսակախի բորբոքումը կանցնի, մտափորապես
2—3 սրբից հետո Ինտախլյացիան վոչ միայն բուժիչ, այլ և զբոսիչ
նշանակություն ունի. սրելով բորբոքային պրոցեսը՝ ինտախլյա-
ցիան կարող է հայտարերել միզուկի մեջ գոնոկոկային թմբած
վարակը և զբոսկորել զբա դեմ հետագա պայքարի անհրաժեշ-
տությունը:

Ինտախլյացիան այնքան պետք է շարունա-
կել, մինչև վոր արտադատման միջից անհետա-
նան գոնոկոկները, մինչև վոր ուսակախի արտա-
դատումը լորձաթաղանթային բնույթ ստանա
Ինտախլյացիան սրում է լորձաթաղանթի թոռո-
մած ձևով ընթացող բորբոքային պրոցեսը, վորը
զբանից յենթասուր է դառնում և բուժումն էլ
ավելի հեշտ է լինում: Ընդամեն պարզ մեղը կա-
բող է նորից պղտորվել բորբոքային զատուցքի
ուժեղ արտադրվելուց, ուստի ինտախլյացիան պետք
է կատարել մեծ լյացումների հետ փոխելիս:

Յեղջիրացումով պայմանավորված գոնորեյա-
կան միզուկատապն էլ պետք է բժշկել ինտախ-
լյացիաներով, զբանցից եպիթելը պոկ է դալիս
և վերասերվում:

Երոնիկ միզուկատապի նկարագրված բուժումը կոպիտ սխե-
մա յե հանդիսանում: Մակավ է պատահում, վոր գոնորեյական
խրոնիկ միզուկատապի ընթացքում պաթոլոգո-անատոմիական
այս կամ այն պատկերն առանձնացած կերպով նկատվի: Սովո-
բարբար մենք ունենում ենք զանազան փուլի տարբեր պրոցեսնե-
րի գուզորդում, հետևապես բուժիչ ձևերն էլ պետք է գուզորդվեն:
Բուժման հաջողությունը կախում ունի նրանից, թե վորքան է
բժիշկը վարժված ախտահարության տեղն ու բնույթը վորոշելու
մեջ:



Նկ 6
Սեղման

Բ ու ժ վ ա ժ ու ր յ ա ն չ ա փ ա ն ի ւ ր : Գոնորեյական խորհրդի միգուկատապից բուժվելու չափանիշի հիմքը զբղուման (պրովոկացիայի) մեթոդն է կաղմուժ և կայանուժ և նրանուժ, վոր միգուկի բորբոքումն են առաջ բերում մեխանիկական և քիմիական զրգիռներով և արհեստական կերպով ստացված արտադատման մեջ գոնոկոկներ են փնտռում: Մեխանիկական զբղուման համար պետք է միգուկի մեջ մետադե հաստ ձող մտցնել 3—5 բուպե. քիմիական զրգուիչ են հանդիսանում դարեչուրը կամ լյապիսի ինստիլյացիաները: Գործնական աշխատանքի ժամանակ ավելի լավ է զուգորդել այդ մեթոդները: Հիվանդին ձող մտցնել, ձողը հանելուց հետո ինստիլյացիա անել և պաշարելի զարեչուր լսվել: Գրովոկացիայից 12 ժամ հետո լորձաթաղանթի կողմից պետք է ռեակցիա նկատվի՝ միգուկից պետք է յերեվա թարախային արտադատում, վորը պետք է հեռազտության յենթարկել: Յեթե գոնոկոկներ գտնելու իմաստով արդյունքը բացասական լինի, պետք է 7—10 օրից հետո պրովոկացիան կրկնել: Կրկնակի բացասական արդյունքը թույլատրում է առողջացած համարել հիվանդին, յեթե սեռական գեղձերի կողմից բորբոքային յերեվությանը չկան: Արհեստական կերպով առաջացրած թարախային արտադատումը նման գեպքերում անցնում է առանց բուժման:

Բորբոքային պրոցեսի յերկար տևելու հետևանքով՝ միգուկի անցքը պատող եղիթելը փոխակերպվում է և մեզի մեջ յերկար ժամանակ լեյկոցիտներ պարունակող թելիկներ կարող են յերեվալ:

Յեթե խտաբարտ լինենք և առողջանալու մասին յեզրափակենք միայն մեզի մեջ լեյկոցիտներ ըլտրովին չլինելու հիման վրա, մենք պետք է հիվանդների կիսից շատին ընդմիշտ արդեւելայնք սեռական գործողություն ունենալը: Մյուս կողմից, ըլտրին լավ հայտնի յեն այնպիսի դեպքեր, յերբ նման անձինք ամուսնացել են և իրենց ամուսիններին չեն վարակել: Յեղնելով այս նկատառումներից, չպետք է միշտ հեռանել, վոր թելիկներ յիջից լեյկոցիտներն անհետանան:

Մեզի միջից լեյկոցիտները հեռացնելու նպատակով հիվանդին համառորեն բուժելը յերբեմն կարող է վոչ միայն ողուս չբերել հիվանդին, այլ և զգալի փրատ հասցնել նրան:

Խորհրդի միգուկատապի ավելորդ բուժումը՝ լորձաթաղանթի մեխանիկական և քիմիական զբղուման հետևանքով նպաստում է պրոցեսի բարգանալուն: Այդ ձևով հարուցած յերկրորդային մի-

զուկատապը կարող է նույնպես ուժեղ կերպով ընթանալ, ինչպես
և զոնորեյականը: Ուստի ամենից լավ է նման դեպքերում, ուր
(գոնոկոկներ, այլ բակտերիաներ և միզուկի մեջ ներսփռանք նույն-
պես չլինելու ժամանակ) արտադատումը լորձալուսային բնույթի
յե ու շատ աննշան և թելիկների մեջ հատ-հատ լեյկոցիտներ կան,
ամենից լավ է հրաժարվել նման տեսակ բուժումից: Միզուկի ար-
տադատումը մանրակրկիտ ու մեթոդիկ հետազոտության յենթար-
կելուց և կրկնակի պրովոկացիայից բացասական պատասխան
ստանալուց հետո, պետք է ասել հիվանդին, վոր նրան բժշկելու
պահանջ այլևս չկա:

Գոմոռեյական ծիլիկառայ (բալանիտ): Յերբ թլիփը նեղ ու
յերկար է լինում, գոնորեյով ախտահար միզուկից մշտապես հո-
սող թարախը թլիպի պարկը լորձաթաղանթը զրգոում է
և բորբոքում առաջացնում, այսինքն՝ բալանիտ: Հիվանդությունն
արտահայտվում է նրանով, վոր առնու գլխիկը քոր է գալիս, հի-
վանդն այրոց է զգում, առնին ուռչում է, մաշկը կարմրում, թլիփը
հետ քաշելիս յերևում է, վոր նրա ներքին թերթիկը, ինչպես և
գլխիկի լորձաթաղանթը սաստիկ գերարյունած են, տեղ-տեղ
ուռնն մակերեսային խոցեր, վորոնք թարախային արտադատում
են տալիս: Միևնույն ժամանակ աճուկի զեղձերն ուռչում են և
ցավուն են: Բարձրից արած դեպքերում թլիփն այնքան է ուռ-
չում, վոր գլխիկ բացելն անկարելի յե դառնում (ֆիմոզ):

Տարբերական ախտորոշման ժամանակ պետք է նկատի ու-
նենալ, վոր բալանիտի նման նշաններ կարող են առաջ դալ և այլ
վարակից՝ փափուկ շանկրից, կարծր շանկրից, քաղցկեղից և այլն:

Բուժումը: Թլիփը հետ տանել, գլխիկը 2—3 անգամ տաք
ջրով և սապոնով լվանալ ու հետո գլխիկին ու թլիփի ներքին
թերթիկին արծաթի 10% լուծույթ քսել: Ֆիմոզի դեպքում վերա-
բուժական ձևով թլիփը ճեղքել անու թիկնակի կողմից:

Ալեւատառ ամոքքների և գեղձերի գոմոռեյական բորբոքում: Յերբ
գոնորեյական միզուկատապը շատ սուր ընթացք է ընդունում,
առնու ավշատար անոթներն էլ են ներգրավվում բորբոքային
պրոցեսին:

Առնու թիկնակի վրա շոշափվում է հաստ լար, վորը ձեռք
տալիս ցավում է: Յերբեմն այդ լարի յերկարությամբ ցավուն է
փոքրիկ հանդույցիկներ են շոշափվում: Անոթները ծածկող մաշկը
կարմրած և ուռած է լինում: Միզուկի բորբոքային պրոցեսի հան-
դարավելու հետ միասին սովորաբար հանդարավում է նաև լիմֆան-

գոյիւրը և ավշաառ անոթները ախտահարուժը հատուկ բուժում չի պահանջում:

Գոնորեյական միզուկատապի ժամանակ աճուկի զեղձերը շատ սակավ են բորբոքվում, վարովհետև միզուկի մարզային զեղձերը փոքր կոնքի մեջ են տեղավորված:

Գոնորեյական հոտումիզուկատապ: Միզուկի արտաքին բացվածքի յեզրերի մոտ, որսակաձև ծալի մեջ, առնու մաշկի ստորին մակերեսի վրա յերբեմն քիչ թե շատ խոր խողովակիկների կետաձև անցքեր են յերևում: Այդ հարամիզուկային անցքերը, վարունք զոյացել են ընածին արասի հեռանքով, սովորաբար վարակվում են միզուկի հետ միաժամանակ, կազմում են ապոստարան, վարանդ յերկար ժամանակ կանգ են առնում զոնոկոկները: Շատ սակավ պատահող գեպքերում զոնոկոկները մտնում են հարամիզուկային անցքերի մեջ առաջնակի և զրանց մեջ բուն են դնում առանց ախտահարելու միզուկը: Հիվանդությունն առանց ախտանշիչ յերթանում. այդ և պատճառը, վոր հիվանդները միշտ տարածում են վարակը:

Անցքերի ընած մարզը սեղմելիս կարելի յե լինում աննշան արտազատում զուրս բերել հանգերձ զոնոկոկներով:

Բուժումը: Պետք և վաղնչացնել հարամիզուկային անցքերը՝ ճեղքելով (յեթե տեղափակված են թլիփի վրա), կամ խարելով արծաթի 10% լուծույթով և ելեկարականությամբ:

4

Գ Ո Ն Ո Ր Ե Յ Ի Բ Ա Ր Դ Ո Ւ Թ Յ Ո Ւ Ն Ն Ե Ր Ը

Գ Ո Ն Ո Ր Ե Յ Ի Ա Վ Կ Ա Մ Ո Ր Ը Ա Տ Ա Յ Ա Պ

Եպիդիդիմիտը (մակամորձու բորբոքումը) զոնորեյական միզուկատապի ամենահաճախ հանդիպող բարդություններից մեկն և և պատահում և զոնորեյի թե սուր և թե խրոնիկ փուլում: Հին վիճակագրության ավյալներից հայտնի յե, վոր զոնորեյական միզուկատապի բոլոր գեպքերի 66% -ում մանկամորձն ել և ներգրավվում պրոցեսի մեջ: Արդի վիճակագրության ավյալների համաձայն եպիդիդիմիտը զոնորեյական միզուկատապի բոլոր գեպքերի 5—7% և կազմում: Թվերի այս փոփոխությունը ցույց և տալիս, վոր զոնորեյական միզուկատապի բուժման մեթոդները ներկայումս կատարելագործված են:

Եպիդիդիմիտների ծագումը պայմանավորող ախտածին մո-
մենտները հետևյալներն են. զանազան ֆիզիկական անսովոր լա-
բուսները, սեռական զրգվուրը, զոնորեյական միզուկատապիլ վոչ
խելացի և տրավմա հասցնող բուժումը, այսինքն այնպիսի մո-
մենտներ, վորոնք կարող են առաջացնել սերմնածորանի հակա-
պերիտալտիկ շարժումներ և նպաստել վարակին՝ Թափանցելու
հյուսվածքների խորքը: Եպիդիդիմիտների զլխավոր մաստան յե-
րևան և գալիս զոնորեյական սուր միզուկատապով հիվանդա-
նալու 3—4 շաբաթվա վերջին:

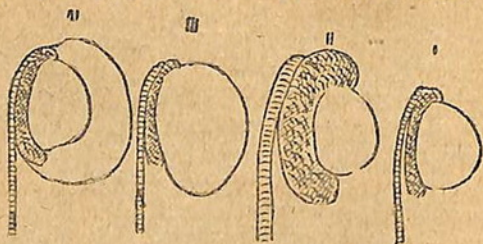
Շատ անգամ զոնորեյական եպիդիդիմիտը բավական ուշ
զոնորեյական միզուկատապի խրոնիկ փուլում և յերեվում: Սո-
վորարար բորբոքային պրոցեսն ախտահարում և մեկ կողմի մա-
կամորձին. թե աջ և թե ձախ մակամորձները հիվանդանում են
համահավասար հաճախությամբ:

Ընթացքը և պարալոգիական ամսաումիտն: Մակամորձու զո-
նորեյական բորբոքումը, վորպես կանոն, խիստ բուռն կերպով և
զարգանում: Մի քանի գեաքերում կարելի յե նկատել նախընթաց
յերեվուլթիներ, այսինքն՝ լինում և ընդհանուր թուլություն, կոն-
քի և փոշտի մեջ աննշան ցավեր: Հետո զող և գալիս, ջերմու-
թյունն արագ բարձրանում և մինչև 39—40°, մակամորձին սաս-
տիկ ցավում և, ծավալով մեծանում և սաղավարտի նման պատում
և ամորձին հետևի կողմից (նկ. 7): Մանրադիտակային քննու-
թյունը հայտարերում և շտրակցական հյուսվածքի մանրաքլիջ
ներսփռանք, արգասավոր գերածուն բորբոքում, խկ խողովակ-
ները պատող եպիթելի բջիջները պոկվում են և լեյկոցիտաների հետ
միասին խցկում խողովակների արտածորանները: Մակամորձու
ներսփռանքի ճնշումից ամորձու արյունատար և ավշատար անոթ-
ների մեջ տեղի ունեն կանգային յերեվուլթիներ, վորոնց հետևան-
քով ամորձին ուռչում է:

Հիվանդության սուր փուլը 6—7 որ և տևում. անպա ընդհա-
նուր և տեղական յերեվուլթիները լավանում են, ջերմն իջնում և,
ինքնուրույն ցավերն անհետանում են և մակամորձու ներսքի-
ոանքը հետգհետ փոքրանում է:

Յնթե բորբոքային պրոցեսը չի սահմանափակվում մակամոր-
ձով, այլ ներգրավվում են նաև ամորձու թագանթները, այդ վերջին-
ներիս խորշում եկուտգատ և կուտակվում (սուր շրջամորձատապ):
Այն ժամանակ մակամորձին ամորձուց բաժանելը չի հաջողվում:

Յերբ հիվանդությանը ներզրավում և նաև սերմնատար ծորանը, այդ վերջինս կարելի չե շոշափել վորպես ցափուն մի հաստ շար, ձգված մակամորձուց դեպի աճուկը. սերմնատար ծորանն առանձնապես հաստ ու պինդ և յերևում, յերբ պրոցեսին ներզրավված է լինում նաև շրջապատող բջջանքը: Մի քանի դեպքերում սերմնատար ծորանը կարելի չե շոշափել վոչ թե միայն պուպարայան



Նկ. 7 Փոշաի սրզանների հիվանդացման փոփոխությունների սխեման:

կապանից վերև, վորի առջևի պատիկի կողմից, այլ և ուղղաձիգ աղիքի կողմից, պրոստատի համապատասխան մասից վերև: Մի շարք դեպքերում զոնոկոկներն արտաքին ծորանի և մակամորձու մեջ ներթափանցում են միզուկի լորձաթաղանթից տարածման ուղիով, ըստ վերում զոնոկոկները կարող են իջնել սերմնատար ծորանն առանց այդ վերջինում կանգ առնելու: Արտաքին ծորանի մեջ տեսանելի փոփոխություններ չառաջացնելով՝ զոնոկոկներն անմիջապես թափանցում են մակամորձու անցքի մեջ և բորբոքային յերկվույթներ առաջացնում:

Մյլ դեպքերում հիվանդությունը ծագում է նրանից, վոր զոնոկոկները մակամորձուն են անցնում ալշա և արյունատար անոթներով, այսինքն մետառազի միջոցով: Նման դեպքերում արտաքին ծորանը քիչ կամ համարյա բոլորովին չի ներզրավվում բորբոքային պրոցեսին կամ յերկրորդային կարգով և ախտահարվում, ըստ վերում բորբոքային յերկվույթները նրա մեջ թուլանում են, քանի հեռանում են մակամորձուց:

Յերբ զոնորեյական միզուկատապը բարդանում է կալիդիդի միտով, հոսումը միզուկից ժամանակավորապես զաղարում է և և այդ կախում ունի ջերմության բարձրացումից, մի հանդամանք,

վոր մասամբ զոնտիկոններին սպանում ե, մասամբ ել արգելում ե նրանց զարգանալը: Մակամորձու սուր յերևվույթների հանգստանալուց հետո, սովորաբար, հասումը միգու կից նորից սկսվում ե:

Սակալ ե պատահում, վոր պրոցեսի հետաճման հետեանքով բորբոքային ներսփռանքը բոլորովին ծծվի. սովորաբար զոյանում ե շարակցական հյուսվածք, վորը խցանում ե մակամորձու անցքը և շոշափելիս միշտ ել կարծրացած ե յերևում: Լինում են գեպրեր, յերբ մակամորձու անցքի խցանում բոլորովին տեղի չի ունենում, այլ նրա մեջ զոյանում են առանձին ու զոցված խոտչանք, միկրոսկոպիկ մեծության կիստանք, վորոնք թարախ են պարունակում և հիվանդության պարբերաբար կրկնման պատճառ դասնում:

Բորբոքային յերևվույթների հետեանքով արտաքեր ծորանի և մակամորձու մեջ զարգացած սպիները խանդարում են նրանց գործունեյութունը և դրանց անցքը սերմնյակների համար անանցանելի յեն դարձնում:

Յերբ սպին զոյանում ե մակամորձու մեջ նրա վերին բևեռի մակարդակի վրա, այսինքն՝ մակամորձու զլիսիկի մեջ, սերմնյակների համար կարող ե հնարավոր լինել անցնելը, վորովհետե ամորձու արտահան խողովակների մի մասը ախտահար չի լինում, իսկ յերբ սպին մակամորձու ստորին բևեռի մոտ ե՝ պոչի մեջն ե զտնվում, այն ժամանակ այդ հնարավորությունը զոյություն չունի:

Յերբ մի կողմի մակամորձին հիվանդացել ե, իսկ մյուսն առողջ և մնացել, սերմի կազմությունը չի փոխվում, յերբ յերկու կողմի մակամորձիներն են բորբոքվում, արտաքեր ծորանների խցանման հետեանքով սերմի մեջ սերմնյակները կայուն կերպով բացակայում են (աձոսպերմիա). դա աղամարդու ամլության պատճառ ե դառնում: Թողովակների անցանելիության պրոզնոզը (նախիմացությունը) անբարեհաջող ե լինում: Գոնորեյական եպիդիդիմիտների ախտոբուժումը պետք ե դնել մակամորձու մեջ գոնիմիտների և ցավուն ուռուցքի հիման վրա, վորին համընդանվող պինդ և ցավուն ուռուցքի հիման վրա, վորին համընդամբաց և ջերմության զգալի բարձրացում ե լինում: Ամորձին զոնտիկոպիս վարակով պայմանավորված բորբոքմանը, վորպես կանոն, չի ներդրավում: Այդպիսով տարբերական ախտորոշումը պետք ե դնել միայն նորագոյացության պրոցեսի (զանդաղ ընդացքը, հիվանդության սակավությունը, ցավ չլինելը) և այն եպիդիդիմիտների հետ, վոր առաջանում են այլ վարակից՝ ամն-

նից շատ ստաֆիլիսիսներից, տուրերկուլյոզի ցուպիկից և այլն:

Տուրերկուլյոզային մակամորձու համար բնորոշ և հիվանդութեան պրոցեսի թուումած և աստիճանաբար զարգացումը, առանց սուրյեկտիվ սուր զգացումների և առանց միաժամանակ ընթացող միզուկատապի: Շոշափելիս որչեկախիվորեն կարելի չե նկատել, վոր մակամորձիները պատած են թմբիկներով, վորոնք հանդիտանալով վորպես տուրերկուլյոզային ներսիտանքներ, կոշտ կամ փափկացած են լինում, նայած նրանց զարգացման փուլին:

Ախտորոշումը գժվարանում և, յերբ գոնորեյական և տուրերկուլյոզային պրոցեսները զուգորդված են ընթանում: Հիվանդութեան ընթացքը, — տուրերկուլյոզային վարակով ախտահար որդանների ունակութունը կպչել մաշկին և խլիակներ սալ, իսկ գոնորեյական եպիդիմիախիտին հատուկ ընդունակութունը՝ շատ շուտ հետ զարգանալ — սմանդակում են ախտորոշումը դնելուն:

Ստաֆիլիսիսային եպիդիմիախիտները հայտնի յեն իրենց թուումած զարգացմամբ — առանց ցավի և ջերմի յեն լինում: զրանց կարելի չե բացասել միայն հետազոտելով արյունը Բորդե ժանգուլի սեպիցիայի բացակայութեան վերաբերյալ:

ԲՈՒԺՈՒՄ: Եպիդիմիախիտ սուր փուլում ամենից նպատակահարմար ձեն անիոդնում բժշկելն և: Յեթե հիվանդը պատկել չի կարող, պետք և անպատճառ լավ հարմարեցված փոշտակալ հաղնի (սուսպենզորիում՝ մի կապ և, վորն ամուր ու բարձր և պահում փոշտը) (նկ. 8): Միզուկատապի տեղական բուժումը եպիդի-



Նկ. 8

Սուսպենզորիում

դիմիտը յերեալուց հետո չպետք և զազարեցնել, վորովհետև բուժման գաղարեցումը միզուկի բորբոքային յերեկուլյոթներին սուր կերպարանք և տալիս և անուղղակի կերպով ուժեղացնում և նույն յերեկուլյոթները մակամորձու մեջ:

Հիվանդութեան հենց սկզբից մակամորձու վրա տաքացնող փաթեթներ դնել. տաք ջրով սեպիտի տապրակ գործածել, կամ

փոշտի համար տեղական վաննաներ 10—15 բողեյով և ջուրը լինի ամենաբարձր տաքության, ինչքանին հիվանդը կարող է դիմանալ: Տեղակայնորեն զործադրված տաքության ազդեցությունից ցավերը կարող են ուժեղանալ, իսկ այդ ստիպում է դիմել թմբեցնող միջոցներին: Մակայն այդ հանգամանքն ամենեվին չի խոսում հոգուտ տեղակայնորեն զործադրվելիք սառցի, վորովհետև տաքի ազդեցությունից հիվանդության սուր փուլը կրճատվում է, իսկ հետագա ներսփռանքները՝ մակամորձու սպիները դառնում են փոքր և փափուկ:

Նման բուժման հեռանքով ջերմն իջնում է մինչև նորման, ցավերը մեղմանում են, մակամորձին ծավալով փոքրանում է, բայց վորոշ կարծրացում դեռևս մնում է:

Բուժման նպատակը պետք է լինի՝ այդ կոշտացումներն ըստ հնարավորին փափկացնել և այդպիսով վերականգնել սերմնյակների համար արտաբեր ծորանների անցանելիությունը: Մյուս կողմից, այդ սպիների վորոշ տեղամասերում կարող են դոյություն ունենալ պատիճավորված ոջախներ, վորոնք կարող են դոնոկոկներ պարունակել և հիվանդության կլինիկական կրկնման պատճառ հանդիսանալ: Մակամորձու հիշյալ սպիների փափկացման համար պետք է կիրառել ցեխարուծություն, տեղական տաք վաննաներ, զանազան տեսակի լուսարուծություն, յուղ ու յոդատ կալիում տալ խմելու և խոնարուծում կատարել: Այդ տեսակ բուժումն անհաջող անցնելու, ինչպես և մակամորձու մեջ բորբոքային պրոցեսը բազմիցս սրանալու դեպքում պետք է ոպերացիա կատարել՝ հեռացնել արտահար մակամորձին և այդպիսով որդանիզմից հեռացնել վարակի ոջախը: Ետիդիդիմիտների վորպես փակ և ոջահեռացնել վարակի ոջախը: Շտիկիդիմիտների վորպես փակ և ոջախային պրոցեսի բուժման հիմնական մեթոդն իմունարուծումն է հանդիսանում (տես ստորև), վորը գերազանց արդյունք է տալիս: Գունեղյակամ սուր պրոստատիտ (տուաջագեղձատայ): Սուր պրոստատիտն ամենից հաճախ միզուկի հետևի մասի բորբոքման հետևանք է լինում. այդտեղից գոնոկոկային, ինչպես և յերկրորդային վարակը թափանցում է պրոստատան՝ նրա արտածորանների միջոցով: Յերբեմն չի հաջողվում հայտարերել միզուկի հետևի մասի միաժամանակ ընթացող հիվանդությունը և կարելի չէ յենթադրել, վոր վարակը դեղձն է թափանցում ավշատար ուղիներիով, առանց արտահարելու միզուկի հետևի մասը:

Սուր պրոստատիտը գոնորեյական միզուկատապի բավական հաճախ պատահող բարդությունն է հանդիսանում, ըստ վորում

խորնիկ գոնորեյի ընթացքում պրոստատայի հիվանդութունն ամբիջի հաճախ ենկատվում, քան սուր փուլում: Իրրև հիվանդությանը նախատող և նախապես տրամադրող մոմենտներ պետք և նշել զոչ խելացի ու գործիքներով կուպարար բուժումը, ինչպես և սեռական կյանքը միզուկատապի ժամանակ:

Ընթացքը և պարսլոգիա կանանցում Սուր պրոստատաի րնթացքում հյուսվածքաբանական տեսակետից պետք և տարբերել յերեք ձև՝ կատարյալ, ֆոլիկուլյար և պարենխիմատող:

Կատարյալ ձևը յերեքին սուրյելիով արտանիշներ չի առաջացնում, յերեքին այդ արտանիշներն արտահայտվում են հաճախակի միզումով առանց ցավի, մանավանդ գիշերները: Հաճախամիզությունը բացատրվում և միզուկի հետևի մասի մխտանիկորեն զրգումամբ ծավալով մեծացած առաջագեղձով: Միզուկի այդ մասում են գտնվում միզման գործողությունը վարող ներվերի պերիֆերիկ վերջավորությունները: Գիշերային հաճախամիզությունը բնորոշ և առաջագեղձի բուրբ հիվանդությունների համար և բացատրվում և գեղձի հիպերմիայով (գերարյունությունով), ինչպես և կոնքի բուրբ սրզաններինը մարզու քնած ժամանակ: Միզափամփուշտի հիվանդության ժամանակ և և միզումը հաճախակի լինում թե գիշերը և թե ցերեկը միատեսակ (նույնիսկ ցերեկն ավելի հաճախ և լինում ուտելու և խմելու շնորհիվ):

Մանրագիտակի տակ մենք տեսնում ենք առաջագեղձի առանձին մասերի եպիթելի հիպերմիան, իսկ գեղձի անցքի բացվածքում լինում և մեծ քանակով զատույցք, վորը բաղկացած և լորձունից, լեյկոցիտներից և պոկ յեկած եպիթելի բջիջներից: Այդ բուրբ տարրերը գոնոկոկներով հանդերձ կարելի յե հայտաբերել նաև գեղձի զատույցքի մեջ, վորը կարելի յե ձևք բերել ուղղածիզ աղիքի կողմից մատով գեղձը սեղմելու: Լեցիտինային մարմնիկները քանակը (առաջագեղձի հատուկ արտադրանքը) պրոստատայի նյութի մեջ խիստ պակասում և: Ուղղածիզ աղիքի կողմից գեղձը մատով հետազոտելիս կարելի յե նկատել, ինչպես գեղձի առանձին մասերը կամ ինքը գեղձն ամբողջովին այտած են և ցավում են: Հիվանդության ընթացքն՝ առանց արտանիշների կամ շատ աննշան արտանիշներով՝ պատճառ և հանդիսանում այն բանին, վոր հիվանդությունը հաճախ աննկատելի յե մնում թե հիվանդների և թե բժիշկների համար և զրա պատճառով գոնորեյական միզուկատապը հաճախ յերկարատև և դառնում: Ուտի գոնորեյական միզուկատապը բժշկելիս պետք և կանոն դարձնել

պարբերաբար հետադռոտել պրոստատան և նրա նյութն անգամ,
յերբ վոչ մի ախտանիշ գեղձի կողմից չկա:

Յեթե այդ փուլում բուժման ազդեցությունից հիվանդու-
թյունը հետաճման չենթարկվի, հիվանդությանը ներդրավի գեղ-
ձի առանձին մասերի պարենխիման և նրանց մեջ գոյանան մեկու-
սացած, շարակցական հյուսվածքային թաղանթով շրջապատված
թարախակույտիկներ, այն ժամանակ ֆոլիկուլյար պրոստատիտի
ձևը կուենենանք: Սուբբեկտիվ ախտանիշները՝ դիշերային հաճախա-
միջության ձևով նման զեպքերում միշտ ել լինում են: Մեղի յերկու
քաժինն ել պղտոր և լինում կամ յերկրորդ պարզ բաժնի մեջ լո-
ղում են ստորակետի նման, թարախային փոքրիկ միավոր թե-
լիկներ, վոր ծագում են միզուկի հետևի մասում բացվող արտա-
ծորաններից: Մատով հետազոտելիս, բացի գեղձի անհամաչափ մե-
ծանալուց, կարելի չե նկատել առանձին խիտ ցավուն տեղամա-
սեր, ախտահարման զոցված ոջախներ՝ ֆոլիկուլներ (պատճուկ-
ներ): Գեղձի մեկ մասի թարախակույտը քայքայելով հարեան մա-
սերից բաժանող շարակցահյուսվածքային թաղանթը, այդ մասերն
ել և ներգրավում բորբոքային պրոցեսին, և գեղձի մի շարք մա-
սերի նման բազմաթիվ ախտահարությունը բորբոքման պարեն-
խիմատող ձև և կոչվում:

Պարենխիմատող պրոստատիտի զեպքումամբողջ գեղձը կամ
կեսը խիտ մեծացած և լինում և ցավուն: Գեղձը սեղմելիս շատ
թե քիչ քանակով թարախային արտազատում և դուրս գալիս, իսկ
յերբ պրոցեսին ներդրաված և նաև գեղձի պատիճը (պերիպրոս-
տատիտ) կամ գեղձը շրջապատող բջջանքը (պարապրոստատիտ),
այն ժամանակ հիվանդի ջերմությունը խիտ բարձրանում և:
Միաժամանակ նկատելի չեն նաև միզախանգարումներ. մեզը քիչ-
քիչ և դուրս գալիս, հոսանքը բարակ. յերբեմն ել մեզը
բոլորովին կանգ և աճում. դա բացատրվում և գեղձի ծավալի մե-
ծանալով, վորպես հետևանք բորբոքային հիպերեմիայի (գերարյու-
նության). այդ վերջինս կրկնապատկվում և ուժերի լարումից և
իր կողմից միզուկի անցքը սեղմելուց: Ծավալով մեծացած և բոր-
բոքված առաջագեղձերի ճնշումն ուղղաձիգ աղիքի վրա կարող և
ցավեր առաջացնել սրբանի անցքի, սրբանոսկրի մեջ, կարող և
նաև փորակապություն լինել: Այդ փորակապությունը բացառ-
վում և վոչ թե մեխանիկական արգելքով, առաջագեղձի ծավալի մե-
ծանալով, այլ կղկղման զործողության անդրադարձ կառեցմամբ՝
ցավերի հետևանք:

Սուր պրոստատիտի յեւրը՝ 1) կարող է հետաճել, գոյացնելով շարակցահյուսվածքային սպի, 2) թարախակույտի փոխարկվել, փոքր կարող է պատվել շրջապատի հյուսվածքների և սրզանների մեջ՝ միզուկի, ուղղաձիգ աղիքի շեքի բջջանքի, 3) կարող է պրոստատայի բորբոքման խրոնիկ ձևին փոխարկվել: Սուր վարակիչ զանազան հիվանդությունները (զրիպը, տիֆը, սեպտիսը, խրոնիկ վարակումները, ֆուրունկուլոզը և սուրերիուլոզը) կարող են սուր պրոստատիտների ծագման պատճառ հանդիսանալ: Սուր պրոստատիտների կլինիկական պատկերը և բուժման սկզբունքները, անկախ վարակի տեսակից, վաղնչուլ չեն տարբերվում գոնորեյականից:

Սուր պրոստատիտի տարբերական ախտորոշումը պետք է նկատի ունենա այլ պրոցեսները, վորոնք նույնպես կարող են զեղծի ծավալի մեծացում առաջացնել՝ նորազոյացություններ, սիֆիլիսային ախտահարություն և հիպերտրոֆիա: Նորազոյացության զեպրում հիվանդությունը դանդաղ և զարգանում, սեզմելիս ուռուցքը ցավուն է չի լինում, ջերմությունը նորմալ է, գլեմմայի զեպրում զեղծը շատ է կոշտ լինում, վասսերմանը դրական է լինում, հիվանդությունը խրոնիկ բնույթ է ունենում, հիպերտրոֆիայի զեպրում—հիվանդը ծեր հասակի չէ լինում և անամնուսում բացասում է գոնորեյական հիվանդությունը:

Սուր պրոստատիտի բուժումը: Սուր պրոստատիտը բուժելիս առաջին տեղը պետք է բնի ախտահար սրզանի հանդիսար, այն է՝ սեռական լիակատար ժուժկալություն: Հիվանդին պետք է զետեղել ստացիոնար բաժանմունքը: Հիվանդությունը կարճացնելու համար պետք է գործադրել ամեն տեսակի տաքություն. տաք ջրի նստած վաննաներ, շեքի վրա տաք ջրով լի շշեր, մինչև 50° տաք ջրով հոգնա, մեկ բաժակի չափ և որական 3—4 անգամ յեթե հոգնայից 10 բույն հետո հիվանդը կղկղելու ցանկություն է զգում, պետք է ջուրը բաց թողնել, իսկ յեթե վոչ, ջուրը կարելի է թողնել աղիքի մեջ. յեթե աղիքը զրգոված է, պետք է հոգնային $\frac{1}{4}$ գդալ տանին կամ մեկ գդալ յերիցուկ (ромашка) ավելացնել: Յավուն նքոցի զեպրում հոգնային 5 կաթիլ ոպիւում ավելացնել կամ մորֆիյով ու բելլադոնով (0,01) մոմեր նշանակել:

Լավ արդյունք է ստացվում իմունաբուժումից (տ. ստորե): Միզուկատապի տեղական բուժումը պետք է համաձայն ընդհանուր կանոնների շարունակել, իսկ պրոստատայի տեղական մանիպուլացիաները (ձեռնահարությունները) ուղղաձիգ աղիքի կողմից հետազոտության ձևով նվազագույն չափերի պետք է հասցնել:

Գեղձի մեծօնայլը կարող է մեզի կանգ առաջացնել. նման դեպքերում կարելի չէ սրահան 2—3 անգամ մեզը կապեորով արձակել, իհարկե առջևի միզուկը նախապես լվանալուց հետո: Յերբ թարթիակույթը պատուվել է գեղձի շրջակա բջջանքի մեջ կամ բնդհանուր յերևույթներ է առաջացրել, պետք է շեքի կողմից ձեղքել այն:

ԳՈՆՈՐԵՅԻԱԿԱՄ ԽՐՈՑԻԿ ԱՐՈՍՏՏՏԻՏ: Հիվանդութունը զարդանում է իրեն հետևանք նախկին սուր պրոցեսի կամ հենց սկզբից թոռոմած կերպով է բնթանում՝ բնզունելով խրոնիկ ձև: Սկզբնական փուլում գեղձի առանձին մասերի եպիթելի մեջ թույլ արտահայտված բորբոքային պրոցեսներ են լինում, փորոնց համբնթաց լորձուեռաթարախային գառուցք է կուտակվում խոռոչներում, իսկ գեղձի շարակցական հյուսվածքի մեջ տեղի չեն ունենում մանրարջիլ ներսփռանք: Ավելի ուշ փուլում գեղձի մեջ բուրբուկներ առողջ տեղամասերի հետ միասին կարելի չէ հայտարերել նաև կիտանման խոռոչներ, լեցուն լորձուեռաթարախային պարունակությամբ: Գեղձի ծորանների անցանելիությունը խանգարվում է: Գեղձային հյուսվածքը փոխարինվում է շարակցական հյուսվածքով:

ԱԽՏՈՑԻՑՈՒՄ ԵՎ ԻՏՈՒՄ: (սիմպտոմատոլոգիա): Որչեկտիվորեն նկատելի չէ հեռեկայլ միզուկից սակավ քանակով արտադատում է հոռում, մեզի յերկու բաժիններն էլ պզտոր են լինում, կամ յերկրորդ պարզ է լինում, թարախային թելիկներով, այսինքն նույն ախտանիշները, ինչ գոնորեյական խրոնիկ միզուկատապի ժամանակ: Մեզի յերկրորդ բաժնի պարզությունն ու թելիկներ չպարունակելը չեն հակասում խրոնիկ պրոստատիտին, վորովհետև դա կարող է կախում ունենալ առաջադեղձ ծորանների ուռուցումից և մեզի մեջ ախտարանական գառուցքի դժվարություններ գուրս գալուց:

Սուրչեկտիվ զգացումներն իրենց սաստիկությամբ շատ գանազան են լինում. շատ անգամ կարող են բուրբուկներ բացակայել և արտահայտվում են նրանով, վոր հիվանդը շեքում ինչ-վոր չեն և արտահայտվում են նրանով, տաքություն, միզուկի մեջ քոր ու խոռոչառում և այդ բոլոր զգացումները խփում են գավակին ու աճուտուտ և այդ բոլոր զգացումները լինելով ինքնին շատ աննշան, չափազանց կին: Այդ զգացումները, լինելով ինքնին շատ աննշան, չափազանց անհանգստացնում են հիվանդին շորհիվ իրենց յերկարատևությամբ: Միզումը, մանավանդ գիշերները, հաճախանում է: Միզման ժամանակ, վորպես կանոն, այրոց ու ցավեր չեն լինում. դա մի հանգամանք է, վորը թույլատրում է տարբերել խրոնիկ պրոստատիտը

հետևի միզուկատապի և միզափամփուշտի բորբոքումից (ցիստիտից)։

Յերբ բորբոքային պրոցեսը յերկար և տևում, դրան միանում են նաև հիվանդի դանդաղաները սեռական խանգարումներից, այն և՛ սերմի վաղաժամ կամ ցավուն ժայթքումը, զիշերային սերմնահեղությունների հաճախությունը, վորը կախում ունի առաջագեղձի մեջ ներվերի վերջավորությունների զրգուտմից բորբոքային պրոցեսի պատճառով։ Պրոստատայի գատուցքի նորմալ զորժանությունն էլ և խանգարվում։ Այդ գատուցքը վաթիս միայն զանգարում և սերմնյակներն ակտիվացնելուց, առաջացնելով մեռած սերմնյակություն, այլև քայքայել ներգործություն և ունենում նրանց վրա։ Առաջագեղձի ներգամուտցքային զորժանության խանգարումն առաջացնում և ուժասպառ սերմնյակներ, որզանիդմի ընդհանուր թունավորման յերեկույթներ՝ հոդնածություն, զլիսացավեր, մարտդական խանգարումներ և այլն։ Այդ բոլոր նշաններն աստիճանաբար աճելով՝ ճնշել ազդեցություն են ունենում հիվանդների վրա և նրանց մեջ սովորաբար նեվրաստիկ բնույթի յերկրորդային յերեկույթներ են դարգանում։

Ախտագրումը պետք և հիմնված լինի զեղձի շոշափմամբ հետազոտության տվյալների, ինչպես և զեղձի արտադատման մանրադիտական հետազոտության վրա։ Առաջագեղձի սերունդությունը փոփոխվում և՛ նա փոփվում և, թուղում և նրա մեջ պինդ հանդուցիկներ են շոշափվում։ Միաժամանակ նկատելի յեղձի անհավասարաչափ մեծացումը և նրա ցավունությունը՝ շոշափելիս։ Պրոստատայի մերձուժով դուրս բերած գատուցքը զգալի քանակով լեյկոցիտներ և պարունակում։

Յեթև նորմալ առաջագեղձի մերձումից հետո ստիպենք հիվանդին միզել, մեզը հավասար կերպով սպալաշոգ և լինում, իսկ նոտվածքի մեջ մանրադիտակով հայտարերվում են լորձյուն, պրոստատայի զորժուճեյություն սպեցիֆիկ արտադրանքը—լեյկոցիտային մարմնիկներ և միավոր լեյկոցիտներ։ Առաջագեղձի գատուցքի մեջ լեյկոցիտների առկայությունն այն ժամանակ և պաթոլոգիական ախտանիշ (սինսպտոմ) համարվում, յերբ գատուցքի մեջ համընթաց հայտարերվում են պաթոգեն միկրոբզանիզմներ և յերբ միևնույն ժամանակ լեյկոցիտային մարմնիկները թվով պակասած են լինում։ Բորբոքային յերեկույթներն ուժեղանալիս զեղձի լեյկոցիտային հատիկները պակասում են և, ընդհակառակը, պաթոլոգիական պրոցեսի նվազելու ժամանակ նրանց քանակն ավելանում է։

Պրոզեզգր (նախիմացությունը) կասկածելի յեղձի

համակերպվելով հիվանդի զգացումներին, առանց ցավացնելու և մի որովա մեջ մեկ անգամից վոշ ավելի և այն ել $1/2$ — 1 բողե Վերքան բորբոքային յերեկույթները թույլ են արտահայտված, այնքան ուժեղ պետք և կատարել մերձուժը: Մերձուժից հետո հիվանդն անպատճառ պետք է միզել և յեթև պրոստատայի հյուսթի մեջ վարակ կա, պետք և լվանալ միզուկը պերմանգանատ կալիումի մեծ քանակի լուծույթով:

Յեթև մերձուժը կանոնավոր և կատարված, հիվանդը վոշ մի ցավ չպետք է զգա: Սովորաբար մերձուժից հետո պրոստատան փոքրանում է և հիվանդի սուրյեկտիվ զգացումները պակասում են: Պետք է պրոստատայի արտադատումը պարբերաբար հետազոտել և յերբ գննողիկները բացակայում են, լեյկոցիտները փոքր թվով են, իսկ լեյկոցիտային մարմնիկները քանակը գնալով ավելանում է, պետք է մերձուժն ընդհատել նախ 3 օրով, հետո 5 օրով և ապա 10 օրով: Յուրաքանչյուր ընդմիջումից հետո նորից են հետազոտում պրոստատայի հյուսթը և բարենպաստ արդյունքի զեպքում ավելի յերկար արձակուրդ են տալիս հիվանդին, հետո նորից են հետազոտում հյուսթը: Վերջապես 3-րդ ընդմիջումից (10 օր) հետո յերբ մեզը մաքուր և լինում և առանց թեյիկների յե, մերձուժից հետո ել հավասարաչափ սպալաշող է, յերբ լեյկոցիտները կայուն կերպով բացակայում են, լեյկոցիտային մարմնիկներն առկա յեն, կարելի յե բուրբուլիս զողարեցնել բուժումը: Գեղձի տեղական բուժման հետ միաժամանակ պետք է բուժել և պրոստատաին ուղեկցող միզուկատայը, այսինքն բժշկել միզուկի պրոստատակ մասը խրոնիկ միզուկատայի բուժման սովորական մեթոդներով:

Սերմնաբջիկի գոնորեյակալ բորբոքում (վեզիկուլիտ): Մերմնարշտիկների բորբոքումը սովորաբար ուղեկցում է մակամորձուկամ առաջագեղձի բորբոքմանը և վարակն ընկնում է նրանց մեջ անմիջապես պրոստատայից, այդ վերջինի արտածորանների անցքով: Սուր բորբոքման զեպքում սերմնարշտիկը լայնանում է և Լեյդում թարախային եկտուդատով:

Սուրյեկտիվ յերեկույթներն աննշան են լինում և ախտորոշումը կարելի յե գնել միայն որյեկտիվ հետազոտության ավյալների հիման վրա: Նորմալ սերմնարշտիկները գնալում են առաջագեղձի վերելի կողմից ուղղաձիգ աղիքի և միզափամփուշտի միջև ընկած փմփուխ բջջանքի մեջ: Բորբոքային պրոցեսների զեպքում կարելի յե նրանց շոշափել վորպես յերկարավուն

ներսփռանքներ, վորոնք կախում ունենալով բորբոքային պրոցեսի սաստիկութունից, ավելի կամ պակաս չափով ցավուն են լինում:

Ախտորոշման համար կարևոր նշանակություն ունի սերմնարշտիկի դատուցքի հետազոտությունը: Չատուցքը հեռեկալ ձևով և ձևաք բերվում: Պետք է մերձել պրոստատան և լվացումով միզուկից հեռացնել պրոստատը սեղմելով դուրս բերած հյութը, ապա մերձել սերմնազարկերը նույնպես ուղղաձիգ աղիքի կողմից և մերձուժից հետո նրանց դատուցքը ստերջած ջրով դուրս բերել միզուկից: Մալյան մանրաշիտալան քննությունից ստացած բացասական տվյալները՝ լեյկոցիտների և բակտերիաների բացակայությունը, ցույց չեն տալիս, վոր սերմնարշտիկներն անպայման առողջ են, վորովհետև այդ տվյալները կարող են պայմանավորված լինել սերմնարշտիկների արտաբեր ծորանի խցանումով:

Հիվանդություն չելքը կամ սերմնարշտիկների պարունակությունը արտաբեր ծորանների միջով թափվում է միզուկի հետևի մասը, հետևապես բորբոքումը հետաճման և յենթարկվում, կամ հիվանդությունը խրոնիկ փուլի յն փոխվում:

Պրոզնոզը (նախիմացությունը) կասկածելի չէ, վորովհետև սերմնարշտիկներն ել իջենց տեղաշարժան հետևանքով անմիջական բուժման չափաչանց գծվար են յենթարկվում: Գոնորեյական միզուկատապի կրկնումների մեծ մասն իր ծագմամբ պարասական և սերմնարշտիկների բորբոքմանը:

Բուժումը պրոստատայի բուժման նման է: Առաջին տեղը պատկանում է ամեն տեսակ տաք միջոցներին:

Բուժվածություն ցուցանիշը պետք է հիմնված լինի ժայթքածի հետազոտման վրա, հատուկ միջավայրում կատարած ցանքի միջոցով:

Գոնորեյական հալոտապ (arthritis): Գոնորեյական հոդատապերը մեծ մասամբ հեռեկան են սերմնարշտիկների կամ միզուկի հետևի մասի գոնորեյական ախտահարման: Գոնորեյական վարակն աչդտեղից առանձնապես հեշտ և տարածվում, ըստ յերեկվածի շնորհիվ անատոմիական բարենպաստ պայմանների՝ այդ մարզի յերակներին և ավշատար անոթների առատություն՝ գոնոկոկներն ու տոկսինները հեշտ են ներծծվում:

Անբացքն ու պարաբրախիալան անասմիան: Գոնորեյական հոդատապը, ծագելով արյան շրջանառություն միջոցով, մեծ մասամբ

բազմաթիվ և լինում, սակազ գեպքերում և մեկ հաս լինում: Կերջին գեպքում ախտահարությունը բուն և զնում «մեծ» հոգեբի մեջ (ծունկ, ուս, արմունկ, յերբ հոգատապը բազմաթիվ և, մանր հոգերն ևն ախտահարվում՝ ձևոքի, վոսքի թաթը և այլն):

Հիմնականում զոնորեյական հոգատապի յերկու ձև են տարբերում. 1) յերբ հոգի խոտոչում և հոգապարկերի մեջ արաաթաբանք և լցվում— դա սովորաբար մենահոգատապ և և 2) բազմահոգատապ, առանց արտաթորանքի— սովսիկ հոգատապ: Առաջին գեպքում ախտահարված հոգը ծալալով իրսա մեծացած և լինում, յերկրորդ գեպքում հոգի տեսանելի փոփոխությունները մեծ չեն լինում: Հիվանդը կարող և թե ուժեղ և թե համեմատաբար աննշան ցավեր զգալ, մի բան, վոր կախում ունի անահատականությունից:

Գոնորեյի համար բնորոշ և հետևյալը. ցավերը տեղավալվում են (լուկալիզացիայի չեն յենթարկվում) այն կետերում, վորտեղ ջլերը կպչում են ախտահար հոգերի փոսկրային յերուստներին: Այսպես կոչված շուրջհոգային այդ ցավերը պայմանավորվում են շիճուկային և լորձային թաղանթների ախտահարումով, վորը բնորոշ և զոնորեյի համար: Սովորական սեղմատիկ հոգատապերի ժամանակ նման ցավեր չեն լինում: Ռեզիմատիկ հոգատապերը սովորաբար ախտահարում են հոգերի խոտոչը, հոգապարկը և, վորպես կանոն, լորձայինային պարկերին և ջլապատյուններին չեն զիպչում, մինչդեռ այդ վերջինները բնորոշ են զոնորեյական ախտահարման համար: Գոնորեյական և սեղմատիկ հոգատապերի այլ տարբերությունների վերաբերյալ պետք և ասել, վոր առաջներում մի հոգանի ախտահարությունը զոնորեյի համար սպեցիֆիկ էլին համարում: Ներկայումս այդ կարծիքը թողել են: Գոնորեյի ժամանակ թե մեկ և թե բազմաթիվ հոգատապեր կարող են լինել: Ախտահարման հաճախակիության կարգը՝ ծունկ, արմունկ, ձևոքի թաթ, ապա մանր հոգերն ևն գալիս:

Տուրբերկուլոզային հոգատապերը զովար թե կարելի՛ լինի բնորոշել զոնորեյականի տեղ, վորովհետև սուրբերկուլոզի գեպքում շուրջհոգային մեկուսացած ախտահարություն չի լինում. հոգը մշտական և ցավում և շոշափելիս համեմատաբար շատ աննշան և ցավում: Տարակուսման գեպքում պետք և ex juvantibus վակցիանարումման դիմել (ս.էս ստրեկ): Ջուս զոնորեյական ախտահարման ժամանակ արտաթորանքը շիճուկային և լինում: Ֆեթե ծակումը թարախ և տալիս, սովորաբար կարելի չե հա-

վատանել, վոր յերկրորդային վարակում ևս տեղի ունի: Մակայն գոնորելով ախտահար հողի ծակումը առհասարակ սակավ զեպքերում և արդյունք տալիս, վորսփնեան նման բորբոքումների զըլխավոր մասը չոր հողատապերն են լինում: (Սիֆիլիսային հողատապից տարբերելու համար պետք և ուշադրություն դարձնել սիֆիլիսային այլ ախտանիշների, ինչպես նաև Վասսերմանի սեակցիայի վրա: Խմբ.):

Հողի խոտոչի պարունակության ցանքի ժամանակ զեպքերի կես մասում գոնոսիսներ չեն դանվում: Առավել ևս քիչ են գանվում գոնոսիսներ, յերբ բորբոքված հողի խոտոչի պարունակությունն անմիջական մանրադիտական քննության և յենթարկվում: Յերբ անկասկածելի գոնորեյական ախտահարության զեպքում հողի մեջ գոնոսիսներ չեն հայտարարվում, պետք և յենթադրել, վոր պրոցեսն առաջացնող գոնոտոսիսներն կան, վորոնք ըստ յերեզվութիւն ընտրություն են ցուցարեբում սերող թաղանթի վերաբերյալ:

Հողատապերի բուժումը սերմարշախիկների և հետևի միզուկի համընթաց ախտահարման վերը բերած փաստի վրա պետք և լինի հիմնված, ուրիմն բուժումը պետք և սկսել հենց դրանից:

Տեղական բուժումը տաքացնող միջոցներ զործադրելու մեջ և կայանում, տաքությունը շատացնում և արյան հոսանքը զեպի ախտահար հողերը և բարձրացնում և որդանիզմի տեղական պաշտպանողական ունակցիան. այդ իրազործելու համար պետք և տաք պանոզական ունակցիան. այդ իրազործելու համար պետք և տաք վաննաներ կիրառել մինչև 25 բուլե տեվոդությամը, վաննաներից հետո լավ չորացնել և հողը բամբակով լավ փաթաթել. ցետի բլիթներ հետո լավ չորացնել և հողը բամբակով լավ փաթաթել, ըստ Բիրի կանգադնել, կիրառել կապույտ լույս, գիատերմիա, ըստ Բիրի կանգադնել հիտերեմիա առաջացնել (ախտահար հողից վերև 15—20 բուլե վերջավորությունը պետք և կապել մինչև ցավ զգալը): Անպե վերջավորությունը պետք և թեև անշարժ կապից հետո շարժ կապերը հակացուցված են: Ճիշտ և, թեև անշարժ կապից հետո ցավերն անցնում են, սակայն իրրև հետևանք վերջավորությունը, ցավերն անցնում են, սակայն իրրև հետևանք վերջավորությունը, վորպես կանոն, անկիրող (հողակցություն) և ստանում, վորովհետև գոնոսիսը և նրա առկախները հակում ունեն հյուսվածքների և գոնոսիսը և նրա առկախները հակում ունեն հյուսվածքների և գոնոսիսը (կարծրացում) առաջացնել: Բորբոքման ամենաուժեղ սկիւբոզ (կարծրացում) առաջացնել: Բորբոքման ամենաուժեղ փուլում ախտահար հողը պետք և հանգիստ թողնել (անկոսուր փուլում ախտահար հողը պետք և վորքան կարելի յե զին գնել հիվանդին), բայց հետո պետք և վորքան կարելի յե շուտ սկսել նախ պասսիվ ու հետո ակտիվ շարժումները, վորոնք շուտ սկսել նախ պասսիվ ու հետո ակտիվ շարժումները, վորոնք շարժրացնում են հողի սննդատուր և նրա ակտիվությունը վարակի զեմ պայթարելու համար:

Նույնը պետք է ասել հողի մերձման նկատմամբ. հիվանդութեան սուր փուլում, յերբ կարող է հիվանդութունն ընդհանրանալ, վտանգավոր է մերձումը, իսկ վոչ սուր և խրոնիկ շրջանում մերձումը ցուցված է:

Գոնորեյական հոգառապերի բոլոր դեպքերում իմունաբուժումը ցուցված է:

Գ Ա Ն Ո Ր Ե Յ Յ Կ Ա Ն Ա Ն Ե Ր Ո Ր Տ Ե Ն Ա Տ Ա Վ (Ե Ա Ղ Ա Կ Ա Ր Ղ Ի Տ).

Գոնորեյական բոլոր ախտահարութեաններից այդ հիվանդութունն ամենածանրն է. սովորաբար նա մահով է վերջանում և բարեբախտաբար սակավ է պատահում: Թեև հիվանդութեան սուր փուլում գոնոկոկները միշտ էլ արյանն են անցնում, բայց սովորաբար նրանք արյան մեջ վոչնչանում են ավելի շուտ, քան սրտի կափույրների վրա նստելը և ախտահարում առաջացնելը: Պաթոլոգո-անատոմիական տեսակետից պետք է տարբերել խոցավոր ներսրտենատապ և հանգրիճավոր:

Կլինիկապես տարբերում են յերկու ձև—բարվորակ, յերբ միայն միտրալ կափույրն է ախտահար, և չարվորակ, յերբ բոլոր կափույրներն են ախտահար: Շատ անգամ նաև սրտապատակի բորբոքում է լինում: Հիվանդները գանգատվում են ջերմութեան բարձրացումից, շնչարգելութեանից և սրտացավից: Սովորաբար շարժողական ապարատի կողմից ետ համընթաց ախտահարումներ են նկատվում:

Բուժումը.— Հիվանդին անկողնում պահել, սրտի միջոցներ նշանակել և շիճարութում կատարել: Մի քանի դեպքերում կոլլարգոլի 0,5—2⁰/₁₀ լուծույթի ներշերտակային սրտկումներից լավ արդյունք է ստացվել:

Մ Ի Ղ Ա Փ Ա Մ Փ Ա Ր Շ Տ Ի Բ Ո Ր Բ Ո Ւ Մ (Յ Ի Ո Տ Ի Տ).

Պաքոգեմեզ (ախտածագում): Միզափամփուռը գոնորեյի ընթացքում քիչ է ախտահարվում, սովորաբար նրա վզիկն է միայն ներգրավում հիվանդութանը: Այդ հանդամանքը բացատրվում է նրանով, վոր գոնոկոկը քիչ է ընդունակ թափանցելու միզափամփուռը պատռղ տափակ եպիթելի մեջ, վոր գոնոկոկը հեղուկի մեզի հանդեպ պակաս դիմացկանութուն է ցուցաբերում: Ամենուրյա լվացումների ժամանակ միզափամփուռտի մեջ մեծ քանակով ընկած գոնոկոկներն ավելի շուտ են վոչնչանում, քան կարող են պատվաստվել լորձաթաղանթին և բորբոքում առաջացնել:

Միզափամփուռից յեկբի մարզը—միզային յեռանկյունին, էր անատոմիական կառուցվածքով հետևի միզուկի շարունակու-

թյունն և կազմում և վարակը կարող և հեշտութեամբ թափանցել
այստեղ, մանավանդ կանանց մեջ, և բորբոքման յերևութաներ
առաջացնել՝ յեռանկյունատապ (տրիդոնիտ): Սակայն միգափամ-
փուշտը գոնորեյի ընթացքում ավելի հաճախ յերկրորդային վա-
րակով և ախտահարվում — ստաֆիլոկոկներով, ստրեպտոկոկներով
և ադիբիցուսիկով, վոր կարող են միգափամփուշտը բերվել միգուլի
վրա կատարվող բժշկական բնույթի մանիպուլյացիաների ժամա-
նակ: Ուստի և հասկանալի յե, վոր միգափամփուշտի ախտահարու-
թյունը սովորաբար տեղի յե ունենում խրոնիկ միգուլկատապի
ընթացքում: Քանի վոր զեպքերի անադին մեծամասնութեան մեջ
միգափամփուշտի վզիկի բորբոքումը հետևի միգուլի ախտահա-
րությունից անխղիչ յե, գոյություն ունի հատուկ տերմին՝
ուրեթրոցիտիա (միգուլկափամփուշտատապ):

Պարալոգիական ակտսոսիան և ընթացքը: Հիվանդութեան սուր
փուլում միգափամփուշտի լորձաթաղանթը յեռանկյունու շրջա-
նում և միգափամփուշտի հատակում աարածուն զերարյունած և լի-
նում, այտած, անոթներն և առատորեն զարգացած: Լորձաթաղանթի
վրա տեղ-տեղ կետանման բնույթի արյունազեղումներ են լինում:
Քրոնիկ փուլում լորձաթաղանթը հաստացած և, փխրուն, տեղ-
տեղ հատիճներով ծածկված մասեր են լինում, իսկ անդ-տեղ և
եպիթելի պոկման հետևանքով մակերեսային խոցեր: Քանի բոր-
բոքման յերևութաները հեռանում են միգուլի ներքին բացված-
քից, այնքան նրանց սաստկությունը թուլանում և:

Հիվանդութեան ախտանշանները հանրազումարն և մեզի
յերկրորդ բաժնի պղտորում, հաճախակի և ցավուն միգուլ: Ի
զանազանություն պրոստատիաի ժամանակ միզման խանգարում-
ներից՝ միգումը զիշերն ավելի սակավ և լինում, քան ցերեկը:
Ճափերը յերևան են զալիս միգումից առաջ, միգումից հետո ավե-
լի սաստկանում են, շատ անգամ նրանց հետ համընթաց լինում
և նաև կղկղելու ցանկություն:

Հիվանդի ընդհանուր զրությունը քիչ և տուժում և ջերմ
սակավ և նկատվում: Նախագուշակումը բարենպաստ և, սակայն
պեռք և նկատի ունենալ, վոր հիվանդությունը կարող և խրո-
նիկ զանալ և յերբեմն վարակը կարող և անցնել մեզի վերին
ուղիներին: Վորքան բուժն թափով և ընթանում ցիստիալ, այն-
քան լավ և կանխիմացությունը:

Բուժումը: Միգափամփուշտի սուր բորբոքման զեպքում
տեղական բուժումը հակացուցված և: Կերակուրը զրգոնիչ չպիտք

ե լինի, խմելիք շատ տալ, վորովհետև թանձր մեզը գրգռում ե միզային ուղիները: Քանի վոր մեզի ալկալիությունն անբարենբ-պաստ ազդեցություն ե անում բորբոքային պրոցեսների վրա, ուստի հանքային ալկալի ջրեր գործածելը հակացուցված ե:

Հաճախ միզելու ցանկությունը ե ցավերը պետք ե հանգար-տեցնել, կիրառելով տաքացնող միջոցներ: Միզափամփուշտի մար-զի վրա սեռինի սոսպրակով տաք ջուր դնել, նստած վաննաներ նշանակել, խմելու համար ախտահանիչ ե թմրեցնող ճարեր նշա-նակել (սալոլ ե բելլադոննա): Սուր փուլում ուրուրոպինը հա-կացուցված ե, վորովհետև դուրս գալով մեզի հետ ֆորմալինի ձևով, գրգռում ե լորձաթաղանթը ե միզելիս ցավ պատճառում:

Նկարագրած բուժման ազդեցությունից սուր ցիստիտի սու-րյեկտիվ յերևույթները շատ շուտ են անհետանում: Յեթե միև-նույն ժամանակ մեզը չի պարզվում, այլ զգալի քանակով լեյկոցիտներ ե պարունակում, անհրաժեշտ ե դիմել միզափամ-փուշտի լորձաթաղանթի տեղական բուժմանը, այն ե՝ որընդմեջ կամ ամեն որ միզափամփուշտը կատետրի ոժանդակությամբ լվա-նալ լյապիսի (1 : 2000—4000) կամ կոլլարգոլի (1 : 1000) լուծույ-թով: Լվանալուց հետո հեղուկի մի վորոշ քանակը պետք ե մի-զափամփուշտի մեջ թողնել: Կատետրը հանելուց հետո հիվանդը դուրս ե թողնում հեղուկը ե այդպիսով վողողում միզուկի հետեի մասը: Նման լվացումները պետք ե կատարել վոչ թե միայն մինչև սուրյեկտիվ յերևույթների վերանալը, այլ ե մեզի յերկրորդ բաժնից լեյկոցիտների անհետանալը:

Համառ ցիստիտների, ինչպես ե մեզի յերկրորդ բաժնի յեր-կար ժամանակ պղտորվածության դեպքում, վոր լվացումներով տեղական բուժման չի յենթարկվում, անհրաժեշտ ե միզափամ-փուշտը ցիստոսկոպով գննել, վորպեսզի կարելի լինի բացասել միզային վերին ուղիների ախտահարությունը:

Պ Ի Ն Լ Ի Տ

ՆՏ Ի Ս Լ Ո Վ Ի Ա Ն : Յերիկամների ալազանների բորբոքումը — պիելիտը — գուտ գոնոկոկային վարակից շատ սակավ ե առաջ գալիս, բայց բավական հաճախ պատահում ե վոչ սուր ե խրո-նիկ գոնորեյի ընթացքում ե առաջ ե գալիս յերկրորդային վա-րակումից ու ամենից հաճախ գիպլոկոկներից կամ ալիքային ցուպիկից:

Վարակը կամ թափանցում ե միգուկային ուղիով՝ անմիջապես միգուկի լորձաթաղանթի մակերեսից միզամիամուշտին և այնտեղից ել միզատարով՝ յերիկամի ավազանին, կամ թափանցում ե միզատարները և ավազանը ավշային ուղիով՝ հաստ աղիքներից: Այդ վերջինների ավշային համակարգությունն անմիջապես փոխարկվում ե վերին միզային ուղիների ավշային համակարգության:

Ընթացքը և պարսյուզիտիան անասմիան: Պիելիտը սովորաբար սուբ ձևով ե սկսվում, այդպես ել սուբ ընթացում ե և շուտ ել սպաքինվում կամ խրոնիկ և դառնում: Ջերմությունը խիստ բարձրանում ե, 3—5 օր բարձր ե մնում և բուրհանածե (կրիտիկորեն) ընկնում: Միզատարի և ավազանի լորձաթաղանթը դերարյունած և լինում, տեղ-տեղ հատիկավոր տեքսուսի, վրան ել առանձին տարաճողություններ են լինում: Ավազանների պարունակությունը դժվար և արտահոսում միզատարի լորձաթաղանթի այտուցի պատճառով: Ավազանի խոռոչը լայնացած և լինում և պարունակում ե թարախանման պղտոր հեղուկ: Ավազանի պատիկներից բորբոքումը կարող ե անցնել յերիկամի պատիկներին, իսկ դրանցից ել՝ յերիկամի բուն հյուսվածքին: Այստեղ զարգանում ե սջախային մանր բջիջային ներսփռանք, վորք հետո իր հերթին մանր թարախակույտիկներ ե զոյացնում:

Հիվանդների հիմնական զանգաար գոտիատեղի ցավերիցն ե: Հիվանդության առաջին սրերը մեղը մարուր ե լինում, և միայն ջերմի իջնելուց հետո յե պարունակում լեյկոցիտներ, բակտերիաներ և շատ կամ քիչ զգալի քանակով սպիտի խառնուրդ:

Ախտորոշումը միշտ ել հեշտ չի լինում և պետք ե հիմնված ինի մեզի միջի թարախի, յերիկամի մարզը շոշափելիս ցավունության և Պատերնացիու գրական ախտանիշի վրա (հետեի կողմից յերիկամի մարզը հարվածելիս հիվանդը ցավ և զգում): Թրոնիկ դեպքերում ախտորոշումը հաստատվում ե ցիստոսկոպի սոմանդակությամբ և միզատարների կատետադրմամբ:

Բուժումը: Պետք ե աշխատել հեռացնել ավազաններից բորբոքման արդյունքները և ախտահանել նրանք: Առաջին նպատակին կարելի յե հասնել ավելացնելով միզումը, որընդմեջ (35°) վաննաներ քառորդ ժամով, (ոետինե) տալրակով տաք ջուր կամ տաքացնող կոմպրես դնել յերիկամների մարզին: Խմելիք շատ տաքացնող կոմպրես դնել յերիկամները նշանակել (արջախաղողի տերևներ, արտալ, միզարեր յեփուկներ նշանակել (արջախաղողի տերևներ, արջի տկանջ): Յերկրորդ նպատակի համար նշանակել սալու, ուրս-

արուպին կամ այդ վերջինի 40⁰ |₀ լուծույթից ամեն սր 5 խ. սմ. նե-
քարկել յերակի մեջ:

Սալուր և ուրոտորուպինը տարրալուծվելով՝ որդանիզմի մեջ,
մեզի մեջ յերևում են՝ սալուր կարբուլյան թթվուտի, իսկ ուրո-
տորուպինը ֆորմալինի ձևով: Այդ միջոցները մանրեապան ներգոր-
ծություն ունեն ավազանը թափանցած միկրոօրգանիզմի վրա: Ուրո-
տորուպինը պետք և կիրառել միայն մեզի թթու լինելու դեպքում,
վորովհետև արկալի մեզի մեջ նրա ախտահանիչ ներգործությունն
անհետանում և: Արկալի մեզի մեջ ախտահանելու հատկու-
թյուն ունի սալուրը, վորը բացի դրանից մեզի արկալի ռեակցիան
թթվի յե փոխում: Յերկար ժամանակ ընդունելիս սալուր
զրգուծ և յերկամի եպիթելը՝ այդ զրգիւղը բնորոշվում և նրա-
նով, վոր մեզի մեջ սպիտ և յերևում:

Նկարագրած բուժման աղղեցությունից հիվանդության սուբ-
յերևույթները շատ շուտ հանդարտվում են: Ավազանից անմիջա-
պես ստացած մեզի միջի լեյկոցիտների լիակատար անհետանալը
շատ շուտ չի հաջողվում ձեռք բերել, այդ նպատակով յերկարա-
տե դեպքերում ստիպված պետք և միզատարի մեջ կատետր անց-
կացնել և ավազանն անմիջապես լվանալ լյապիսի 1⁰ |₀ լուծույ-
թով:

ԳՈՆՈՐԵՑՑԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԳՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԻՄՈՒՆԱԲՈՒԺՈՒՄԸ

Գոնորեյի բուժման մեթոդներից մեկը պատվաստուկարու-
ծումն (վակցինոտերապիա) և, վորը չափազանց լավ արդյունքներ
և տալիս: Այն ժամանակ, յերբ գոնորեյական միզուկատապի ժա-
մանակակից բուժման մեջ ֆիզիկաքիմիական սկզբունքներն են
դերիշխում, գոնորեյական միզուկատապի բարդությունների բուժ-
ման փոխորտում, մասնավորապես, միտաստոզների դեպքում, զնա-
լով ավելի ու ավելի տեղ և զբաղվում իմունարուծումը, վորի հիմ-
քը կաղմում և որդանիզմի պաշտպանողական ռեակցիայի բարձ-
րացումը: Պատվաստով բուժման սկզբունքն—որդանիզմը ներգոր-
ծուն իմունիզացիայի յենթարկելու սկզբունքը—կայանում և հե-
տեպիս: Ներարկելով նյութավածքների մեջ շերմությամբ և ման-
րեասպան ֆիմիական նյութերով սպանված գոնոկոկային կուլ-
տուրան, մենք զբանով զրգում ենք որդանիզմին ինքնուրույնու-
թեն արտադրիլ պաշտպանողական մարմիններ:

Ապսոնիկ իմոգեկսը: Պատվաստուկի կիրառման տեսա-

կան հիմունքները դրել և Ռայաը, վորը ցույց և ավել, թե հիմնադ
որդանիդմի մեջ վակցինա մտցնելիս արյան շիճուկի մեջ ոպսո-
նիկ ինդելիս, ոպսոնինների՝ հատուկ նյութերի, պարունակման
տատանումներ և տեղի ունենում:

Վակցինայի փոքր դոզա մտցնելիս ոպսոնինների քանակը
արյան մեջ արագ ավելանում և և 2—3 սրից հետո շատ շուտ
նրանք անհետանում են: Միջին դոզա մտցնելիս ոպսոնինների
քանակը կարճատև անկումից հետո յերկար ժամանակով կուտակ-
վում և, 5—7 սրից հետո պակասում, բայց և այնպես ավելի շատ
և լինում, քան մինչև բուժումը: Առաջին շրջանը բացասական
փուլ և կոչվում, իսկ յերկրորդը՝ դրական: Մեծ դոզաներով վակ-
ցինա մտցնելիս ոպսոնինների պարունակումը խիստ ընկնում և
և միայն յերկար ժամանակից հետո յե նորմալ չափին հասնում:
Այդպիսով այդ դեպքում սրզանիդմի պաշտպանողական ռեակ-
ցիաների ճնշում և տեղի ունենում և դրական փուլ չի լինում:
Յեթե վակցինան կրկնակի սրսկիլի բացասական փուլի ընթաց-
քում, ոպսոնինների պարունակումն ավելի խիստ և պակասում և
դրական փուլը կարող և չլինել: Ընդհակառակը, յերբ վակցինան
դրական փուլի ընթացքում են սրսկում, ոպսոնինների պարու-
նակման կարճատև պակասումից հետո, նրանց քանակն արյան
մեջ ևլ ավելի յե բարձրանում:

Այդպիսով բուժման եֆեկտ ստանալու համար անհրաժեշտ
և վակցինան կրկնվող դոզաներով սրսկել դրական փուլի ժամա-
նակ այնպիսի քանակով, վոր բացասական փուլը նվազագույն
չափերով լինի:

Ներկայումս ոպսոնինների ինդելիսը վորոշելու միջոցով պատ-
վաստուկա բուժման շիճուկաբանական ստուգումը չեն կիրա-
ռում, ինչպես այդ կատարում ելին այդ ձևի կիրառման սկզբնե-
րում, վորովհետև այժմ անտարակուսորեն ապացուցված և, վոր
ոպսոնինների պարունակման շատանալուն համապատասխան հի-
վանդության ախտանիշները կլինիկապես լավանում են և մենք
այժմ վակցինայի ներգործության մասին դատելու համար ոգտը-
վում ենք կլինիկական ռեակցիայի ովյալներով:

ԳՈՍՆՈՒԿՅԱՅԻՆ ՎԱԿՑԻՆԱՅԻ ՄԵՔՈՐԾԱՆՔՅԱՆ ՄԵ-
ԽԱՄԻԳՄԻ հետևյալ ձևով պետք և պատկերացնել, վակցինան,
իմունացնելով սրզանիդմը, վերջինիս հյուսվածքները զոնտիկ-
ների սպրեելու համար անհամապատասխան միջավայր և դարձ-
նում, այդ իմունիտետը ժամանակավոր և, շուտ անցնող և կան-

խիչ նպատակներին ծառայել չի կարող: Հիվանդութեան ոչախից արշան մեջ վարակը վորոշ քանակով միշտ մանուս ե—ինքնավարակում ե տեղի ունենում:

Պատաստուկի (վակցինայի) արհեստական կերպով սրգանիցմի մեջ մացնելու առավելութեանը բնական ինքնավարակումից այն ե, վոր առաջին դեպքում միշտ ե հնարավոր ե ինքնակամ կանոնավորել հակամարմինների գոյացման քանակը ե համապատասխանեցնել այն հիվանդութեան ընթացքին: Բնական ինքնավարակման դեպքում արշան մեջ տոկսինները անցումը տեղի ունի անկանոն ընդմիջումներով—անհավասարաչափ կերպով՝ կամ շատ քիչ, վոր բավարար չեալից ե առաջացում, կամ չափից գուրս շատ ե այն ժամանակ պաշտպանողական մարմիններ արտադրող ապարատը ճնշման ե յենթարկվում: Վակցինարուծման յերկրորդ նպատակն ե՝ արշան մեջ տոկսինները համաչափորեն մացնել:

Վակցինարուծման ժամանակ կարելի յե համընթաց կիրառել ե այլ միջոցառումներ ու բժշկական այնպիսի գործողութեաններ, վորոնք նպաստում են այն ախտահար սրգանների արշան առհասարակ, վորոնց վրա վակցինայի ներդրութեանն առավելագույն չափով պետք ե արտահայտվի: Այդ ոչախների հիպերեմիան ոժանդակում ե, վոր արշան պլազմայի հետ միասին շատ հակամարմիններ հոսն դեպի այգտեղ ե այգպիտով խթանի վակցինայի ներգործութեանը: Սաք միջոցներ տեղում կիրառելը հակացուցված ե, վորովհետե սառնութեանը պակասեցնում ե գերբյութեանութեանը (հիպերեմիան): Մերձումը ցանկալի չե, վորովհետե դա նպաստում ե հիվանդութեան ոչախներից արշան մեջ գոնոկոկային անտիգենի անորոշ բանակով անցնելուն, իսկ այդ հանդամանքը կարող ե վակցինայի ներգործութեանն ուժեղացնել կամ թուլացնել: Յելնելով այդ նկատառումից, պետք ե առաջին տեղում դնել ախտահար սրգանների հանդիստը:

Գոնոկոկային վակցինամ գոնոկոկների մաքուր կուլտուրան ե, վոր 60° ջերմութեամբ ե ախտահանիչ միջոցներով (ֆենոլ, ուրոտրոպին) սպանված ե:

Իգեալական, ամենաեֆեկտավոր վակցինան ինքնածին (ատոպեն) վակցինան ե, այսինքն այն վակցինան, վոր պատրաստված ե հիվանդութեան ոչախից անմիջապես վերցրած բակտերիաներից: Քանի վոր ինքնածին (ատոպեն) վակցինայի պատրաստումը գործնականորեն շատ դժվար ե, ուստի սովորաբար սպառար-

ծում են պոլիվալենա վակցինա, վորը 8—12 շտամ գոնտիոկ և պարունակում: Վորքան թարմ և վակցինան, այնքան ուժեղ և նրա ներգործութունը: Լավ վակցինայից պահանջվում է՝ առաջացնել տեղական նվազագույն զրգուռմ և ունենալ հաստառ ու զորեղ ներգործութուն: Վակցինայի ստանդարտիզացիան կատարում են կամ յուրաքանչյուր մեկ խոր. սանա. մեջ յեղած միկրոսոսների թվով, կամ ճազարների մաշկի տակ սրահիլու միջոցով: Այն դոզան, վորը փորձնական կենդանու մաշկի տակ մտցնելիս բջջանքի փոքրագույն չափով այտուց և առաջացնում, սկզբնական բուժիչ դոզան և հանդիսանում և նշանակվում և յուրաքանչյուր սրվակին կցած զբության մեջ: Վակցինայի սովորական ախարն է՝ յուրաքանչյուր 0,4—0,5 խոր. սանա. մեջ պարունակել 20—30 միլիոն միկրոսոսային մարմիններ:

Մրտկելու ձևը և դոզան: Վակցինան սրսկում են ազդրի կամ յերաստանի մկանների մեջ սրսկելչի (շարիցի) միջոցով: Լավ սնունդ չունեցողների մկանների մեջ սրսկելիս վակցինան կարող է դանդաղորեն ծծվել, ուստի պետք է ներյերակային սրսկուր կատարել: Նման ներյերակային սրսկումները, պահաս չափով, առաջարկվում և կատարել նաև այն անձանց, վորոնց զոնտիոկային վակցինայի սովորական (ներմկանային) սրսկումները դրական արդյունք չեն տալիս: Առհասարակ ասած՝ վակցինայի կիրառումը պետք է խիստ անհատականացնել, նայած դեպքի բնույթին և հիվանդի որդանիցմի առանձնահատկութուններին: Սրսկումների հաճախակիութունը և վակցինայի քանակը կարելի չէ վորոշել միայն վակցինայի նախնական մոցրած դոզայի թողած ազդեցության զնահատականից հետո:

Նախնական դոզան յերբք սուր սեակցիաներ չպետք է առաջացնի: Սուր դեպքերում այդ պայմանին բավարարում և վակցինայի «փոքր» դոզան, դրանից հետո դրական փուլը սովորաբար 5—7 օր և տևում. խրանիկ փուլում միևնույն արդյունքը տալիս է «միջին» դոզան: Փոքր դեզա ասելով՝ պետք է ընդունել այն դոզան, վորը ճազարի բջջանքի մեջ ամենափոքր չափի այտուց և առաջացնում, իսկ միջինը մեկ ու կես դոզան է: Սուր շրջանում դրական փուլն ալելի կարճ և լինում և 3—5 օր և տևում: Խրանիկ դեպքերում փոքր դոզա սրսկելիս հիվանդության ընթացքի բարելավում չի նկատվում, իսկ սուր դեպքերում մեծ դոզան, ընդհակառակը, նույնիսկ վասս և հասցնում, վորովհետև ջերմությունը խիստ բարձրանում և, հիվանդի ընդհանուր զբությունը

և տեղական յերևույթները խիստ վատթարանում են: Դրանց հետևյալ յեղրակացութունը պետք և անել: ամենակարևորը—ճիշտ դազա վերցնելն է:

Յեթն վակցիոնայի սրտկման հետևանքով 24—36 ժամ ժամանակավորապես վատթարանալուց հետո հիվանդի դրութունը 3—4 սրով լավանում է, և յեթն յուրաքանչյուր սրտկումից հետո վատթարանալու շրջանը կրճատվում է, իսկ լավանալունը՝ յերկարում, կնշանակի զոգանները ճիշտ են վերցրած: Յեթն սրտկումից հետո հիվանդութունն անմիջապես չի վատանում, այլ միայն կարճատև լավանում է ու հետո նորից վատթարանում, կնշանակի զոգան փոքր եր և պետք է ավելացնել: Յեթն վատթարության շրջանը մի քանի սր է տևում, իսկ դրան փոխարինող բարելավումը հազիվ նկատելի յե լինում, կնշանակի զոգան չափից դուրս մեծ եր, պետք և պակասեցնել և հաջորդ սրտկումները պետք և կտաարել յուրաքանչյուր 3—5 սրից հետո: Որգանիզմի ուժեղ սեղանիայի դեպքում զոգան կրկնվում է, թույլի դեպքում կրկնապատկվում է:

Վորքան վակցիոնայի զոգան մեծ է, այնքան պետք է յերկար լինեն յերկու սրտկումների միջև ընդմիջումները. մեկ-յերկու սրտկումով ապաքինում չի կարող լինել: Մի շարք սրտկումներ են հարկավոր և այն ել համակցված սրգանիզմի սեղանիաների հետ, վորպեսզի լավ արդյունք ստացվի: Վակցիոնան պետք է սրտկել այնքան, քանի վոր սրգանիզմը հակադրում է նրան, իսկ վակցիոնայի սրտկումից հետո սեղանիա չլինելը ցույց է տալիս, վոր արյան մեջ տոկոսինները լիովին չեզոքացված են և հետագա սրտկումներն այլևս աննպատակ են:

Կլիմիկա կոմ ո ե ա կ ց ի ա մ ե ր: Պատաստուկի (վակցիոնայի) սրտկումից հետո մի շարք կլիմիկական սեղաններ են նկատվում, վորոնք փոփոխվում են նայած տեղին, սրտկման ձևին, սրգանիզմի անհատականությանը, պրոպեի բնույթին, ակտահարության աստիճանին և հիվանդության վաղեմիությանը:

1. Տեղական սեղան սովորաբար սրտկումից 5—6 ժամ հետո շատ խիստ նկատելի յե լինում, սրտկած տեղը կարճրում է, շուրջը բորբոքային տյտուց է յերևում, սրտկած տեղին դիպչելիս հիվանդը ցավ է զգում: Տեղական սեղանի Ժայրագույն գարգացման է հասնում սրտկելուց 24 ժամ հետո: Սակայն դեպքերում սրտկած տեղում սահմանավակ ներսփռանք է զոյանում: Տեղական սեղանի յերևալուց հետո պետք է վոչ պակաս 10—12 ժամ մնա:

խակ յեթե սրսկումից հետո նրա տեղում ուսուցք և 5—6 ժամ տևող կարմրություն յերևան, նման սեակցիան զրսկան չպետք և համարել, վորովհետև դա կարող և լինել և հյուսվածքների բերանահան զրգուցից, վորպես հետևանք սրսկած հեղուկի:

2. Ոջախային սեակցիան ամենից շատ և արժեքավոր. վակցինայի սրսկումից հետո հիվանդությունը սուր ընթացք և սասնում: Ախտահար սրգաններում ցավերը սաստկանում են, ներսփռանքն իր ծավալով մեծանում և, միզումն հաճախանում և և ցավուն և դառնում, իսկ պարթուզիական արտաթորությունն հարուցում կարող են հայտարարվել գոնոկոկներ, վոր առաջ չէր հաջողվում հայտարարել (վակցինայի զրգուիչ՝ պրովոկացիոն ներգործությունը): Ոջախային սեակցիան բացասական փուլի, այսինքն՝ հիվանդության վաթարանալու ախտանիշն և և տեղի յե ունենում վակցինան սրսկելուց 2—3 ժամ հետո և մի քանի՛ ժամ և տևում, յերբեմն մնում և մոտավորապես մեկ սր: Յեթե ոջախային սեակցիան 24 ժամից ավելի յե տևում, կնշանակի վերցրած դոզան շատ մեծ և յեղել և հետագայում այլևս չպետք և ուժեղացնել: Հետագա սրսկումներն ոջախային ավելի թույլ սեակցիաներ են տալիս:

Յեթե գոնորեյական անտարակուսելի հիվանդության զեպքում սրսկումից հետո ոջախային սեակցիան տեղի չի ունեցել, կնշանակի կամ վերցրած դոզան փոքր և յեղել, կամ անտիգենի հասնելն ոջախին դժվարացած և, կամ վերջապես սրգանիզմը չափից դուրս այնպես և ուժասպառ յեղել, վոր ներարկած անտիգենին հակազդել այլևս անկարող եր: Յեթե ոջախային սեակցիան կրկնակի անգամ չի արասնացվում, կնշանակի վակցինարուծումը հետագայում այլևս միտք չունի:

3. Ընդհանուր սեակցիան մի շարք յերեվույթներ են, վորոնք ծագում են սրգանիզմի մեջ ի պատասխան ներարկած վակցինայի. դիսպեպսիա, ջարդվածություն, թուլություն, քնկատություն, գարկերակի և շնչման հաճախացում: Այդ սեակցիան թուլում և մնում և 12—18 ժամ: Ընդհանուր սեակցիայի սաստկություն և նրա հաճախակիության վրա անկասկած ազդում են հիվանդանոցի թանաքի թարմությունը, ծանրությունը և հիվանդանոցի ընդհանուր զրույթյունը: Միշտ էլ չի կարելի վորոշել անմիջապես ուղիղ կադն ընդհանուր սեակցիայի և վակցինայի ներարկման միջև, վորովհետև նման յերեվույթները կարող են տեղի

ուսնեալ և կողմնակի այլ պատճառներից, մանավանդ յերթեկէ հիվանդներն մեջ:

4. Ջերմութեան ունակցիւն վակցինայի ներմիջանային սրբու-
ման ժամանակ արտահայտում և ջերմութեան բարձրացմամբ,
վորը տեղի յե ունենում սրակումից 3—4 ժամ հետո և բուրհանա-
ձև (կրիաիկորեն) իջնում և 12—30 ժամից հետո. այդ սեակցիան
բացատրվում և նրանով, վոր բացասական փուլի ժամանակ ախ-
տահար ոջախից արջան մեջ ուժեղ կերպով տակսիններ են ծծվում:
Ջերմութեան բարձրութեանը ախտահարման սրութեան և ծան-
րութեան նկատմամբ բոլորովին համապատասխանում և նրա
բնույթին: Յեթե կանոնավոր դոզա սրակելուց հետո ջերմութեան
սեակցիան չի արտահայտվում, սրակումներ այլևս չպետք և կատա-
րել, վորովհետև այդ սրակումները վոչ մի բուժիչ եֆեկտ չեն տա:

Յ ու ռ Մ ա լ Ա Մ Բ Ե Խ Ե ր: Գոնոկոկային վակցինայի սրակումները
բուժիչ եֆեկտ են տալիս միայն գուտ գոնորեյական հիվանդու-
թյունների դեպքում և այդպիսով նրանք սպեցիֆիկ են հանդի-
սանում: Վակցինայի կիրառումը ցուցված և բոլոր այն պրոցես-
ների ժամանակ, յերբ վաբալը թափանցել և հյուսվածքների և
որգանների խորքը, վորովհետև գոյացած տակսինները միայն այդ-
տեղ կարող են չեզոքանալ արջան շիճուկի մեջ գոյացած հատուկ
մարմիններով: Նման պայմաններ գոյութեան ունեն, յերբ վա-
բալը գտնվում և հիվանդ որդանիզմի արջան և վակ ու պատի-
ճով շրջապատված ոջախներում: Կորձաթաղանթի մակերեսում հա-
կամարմիններ չեն կարող գոյանալ, վորովհետև շրջապայող գոնո-
տոկսիններն այստեղից մեղի և թարախի հետ շատ շուտ դուրս
են մղվում: Այդպիսով գոնոկոկային սուր միզուկատապի դեպքում
պատվաստուկը (վակցինան) ցուցված և միայն միզուկի տեղական
բուժման հետ համակցած: Տեղական բուժմամբ լորձաթաղանթի
մակերեսի վրա բուն դրած միկրոբները վոչնչանում են, իսկ
պատվաստուկ կիրառելով՝ լորձաթաղանթի տակի խորքում գոյա-
ցած գոնոտոկսինները չեզոքացվում են: Խրոնիկ միզուկատապի
ժամանակ, յերբ հիվանդութեանը պայմանավորված և լիարեյան
զեղձերի ախտահարութեամբ և յերբ մենք ունենք պատիճով շրջա-
պատված ոջախներ, պատվաստուկարուժումը լավ արդյունքներ
և տալիս:

Գոնորեյական միզուկատապի բարդութեանների բոլոր դեպ-
քերում գոնոկոկային վակցինան ուղղակի ցուցված և, ըստ վա-
րում թարմ դեպքերը բուժման ավելի լավ են յինթարկվում, քան

խորհիկ դեպքերը: Այդ բացատրվում է նրանով, վոր գոնորեյական միգուկատայի բարդութուններէ թարմ դեպքերում հյուսվածքներէ անոթալորումն ավելի լավ է; քան խորհիկ դեպքերում և այդ շրջավակ ոջախներն ավելի յեռանդուն են հակադրում վակցինային: Ախտահար ոջախներէ մեջ յեղած խտոր վարակը խանգարում և վակցինարուծման հաջողութեանը. նման դեպքերում ավելի հաջող յեղք և ստացվում ինքնածին պոլիվալենտ պատվաստուկից:

Հակացուցումներ: Վակցինարուծումն ուղղակի հակացուցումներ չունի: Սակայն անոթային համակարգութեան հիվանդութեան, ինչպես և տուբերկուլյոզի ախտի վարակի առկայութեան դեպքում վակցինան պետք է սրահել վորոշ զգուշութեամբ, վորովհետև նրա առաջացրած ջերմութեան տատանումները նշած հիվանդաների համար այնքան էլ անտարբեր չեն լինում:

Կարևորութեամբ: Այսինքն կաթի սրահումներով բուժումը գոնորեյի վոչ սպեցիֆիկ իմունարուծման մեթոդներէ մեկն է հանդիսանում — պրոտեինարուծում: Կաթնարուծման տեսական հիմնավորումը գեղեկ լիովին չի պարզարանված: Մենք յենթադրում ենք, վոր պրոտեինարուծման դեպքում բորբոքված սրգանի բջիջները գրգռվում են ներարկած սպիտանքով: Դրա հետևանքով տեղի յե ունենում ուժեղ ինքնավարակում և ապա սրգանի գմի ինքնախմուռացում: Այդ ինքնախմուռացումը տարբեր և լինում, կախում ունի նրանից, թե վոր սրգանն և ակտահարված և ինչպես և ծծվելիութունն արյան մեջ այդ սրգանից:

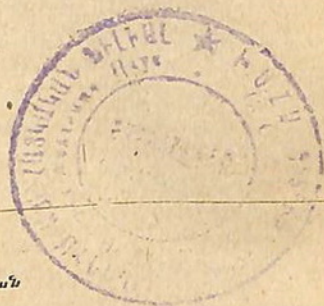
Պրոտեինարուծումը պետք է կիրառել գոնորեյական միգուկատայի բարդութունների դեպքում, գոնովակցինարուծումը լավ արդունքներ չի տալիս: Կաթ ներարկելիս պետք է միևնույն սկըսբունքներով դեկավարվել, ինչպես պատվաստուկարուծման ժամանակ: Այն դեպքերում, յերբ բորբոքային պրոցեսն առաջացել է վոչ միայն գոնոկոկից, այլ խտոր վարակից, կաթը կարծես ներգործում է զանազան միլրարներէ վրա պոլիվալենտ կերպով — առաջացնելով ինքնավարակում զանազան տոկսիններով: Բուժումը կատարելիս պետք է դեկավարվել կլինիկական օեակցիաների բաղմակողմանի գնահատականով, վորչքը նկատելի յեն սրահումներից հետո: Պետք է նկատել, վոր կաթնարուծման ջերմային օեակցիան ավելի բուժիչ և լինում, քան գոնովակցինարուծման ժամանակ:

Կաթը պետք է ներարկել մկանների մեջ յերաստանի վերնադրսի քառակուսում: Սկըբնական զոգան է 3 խոր. սանտ:

Կրկնակի սրսկումները պետք է կատարել 3—5 օր ընդմիջումից հետո, կաթը սրսկել 3—4 անգամ, վերջին դոզան հասցնելով մինչև 10 խ. սանառ.:

Ի ն Բ ն ա Ր Յ Ո Ւ ն ա Բ ո Ւ ժ ու մ: Վերջին ժամանակներս լայն չափերով և կիրանովում գոնորեյական հիվանդությունների բուժման համար հիվանդի սեփական արյունը սրսկելու մեթոդը: Սկզբնական դոզան 3—5 խոր. սանառ.: Հիվանդի յերակից վերջրած արյունը հենց իրեն մկանի մեջ էլ ներարկել, 3-ական օր ընդմիջում տալով և ավելացնելով հետագա դոզան 1½—2 անգամ: Ինքնարյունարուժման արդյունքները պատվաստուկարուժումից վատ են: Մակայն ինքնարյունարուժումը նաև վորոշ առավելություն ունի իր սեփական արյան սրսկումից հետո ախտահար սրզաններից ավելը, վորպես կանոն, զգալի կերպով պակասում են:

Բուժման այդ մեթոդի կերտոման ցուցումները պարզ են վերն ասածից:



8611

Պատ խմբագիր՝ Գ. Քացախյան
Տեխ. խմբագիր՝ Լ. Ոհանյան
Սրբագրիչ՝ Վ. Ավաղյան
Կոնտրոլ սրբագրիչ՝ Յն. Տեր-Մինասյան

Համալրակ. Լիսագր. Ա. 3051. Հասց. 1922.

Գրքերի ցուցակի համար 6.

Պատվիր 66. Տիրամ 1500.

Թուղթ 62x94. Տպագր. 45 մամ.

Մեկ մամ 38100 նիշ. Հեղին 338 մամ.

Հանձնված է արտադրության 10 հունվարի 38 թ.

Ստորագրված է տպագրության 10 փետրվարի 38 թ.

Գինը 1 ո. 50 կոպ.

Յերևան, Պետհրատի 1 տպարան, Լենինի 65

Մրց. 1940թ

Վ Ր Ի Պ Ա Կ Ն Ե Ր

Սրբագրել է ընկ. Վ. Ավագյանի մեղքով սպրդել են հետևյալ վրեպակները.

Եջ	տոլ	սպված է	պետք է լինի
33	9 վեր.	խակ միդելուց հետո	խակ մերձելուց հետո
34	1 >	վորովհետև մետաղե ձողերը	վորովհետև մետաքսե ձողերը
37	18 >	լորձաթաղանթային բնույթ ստանա	լորձաթաղանթային բնույթ ստանա

բաց է բողկված

43 13 ցածից .. մակամորձիներն են ըսրբագրվում (բոլոր դեպքերի 65⁰/0-ում),

ԳԱԱ Հիմնարար Գիտ. Գրադ.

 FL0009934

ԳԻՆԸ 1 ռ. 50 Կ.

22
ЦЕНА

А II
16757

Проф. Р. М. ФРОНШТЕЙН
ГОНОРЕЯ
Гиз Арм. ССР Ереван, 1988 г.