

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆ

Վ. Մ. ՄԱՐՏԻՐՈՍՅԱՆ

ՄԱՆԿԱՐՈՒԺՈՒԹՅԱՆ ԶԱՐԳԱՑՈՒՄԸ ՍՈՎԵՏԱԿԱՆ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ (1920—1960)

Նախասովետական Հայաստանում մանկաբուժությունը գտնվում էր անմխիթար վիճակում: Երկրում չկար ոչ մի մանկաբույժ, մանկական ոչ մի հիվանդանոց կամ կոնսուլտացիա, ուստի չափազանց շատ էին մահացությունը դեպքերը: 100 նորածնից 26-ը մահանում էր մինչև մեկ տարեկան հասակը:

Դրությունն արմատապես փոխվեց սովետական իշխանության տարիներին: 1921 թ. Առողջկոմատում ստեղծվեց մոր և մանկան պահպանության բաժին, իսկ մեկ տարի անց՝ Երևանի առաջին կոնսուլտացիան¹: Աստիճանաբար սկսեց ընդլայնվել մանկական բուժկանխարգելիչ հիմնարկների ցանցը:

1924 թ. կոնսուլտացիաներ կազմակերպվեցին Լենինականում, Դիլիջանում, Ախտալում, 1925 թ.՝ Էջմիածնում, 1926 թ.՝ Կիրովականում և Նոր Բայազետում²: Արդեն 20-ական թվականների կեսերին Առողջկոմատի մոր և մանկան պահպանության բաժինը գավառներում ուներ 5 ենթաբաժիններ: Մանկական միակ ստացիոնարը Երևանի առաջին մանկական հիվանդանոցն էր, որ պետհամալսարանի բժշկական ֆակուլտետի մանկական հիվանդությունների ամբիոնի ստեղծումից հետո դարձավ ուսումնական բազա ուսանողության համար: Պրոֆ. Հ. Հ. Գաբրիելյանի անմիջական ղեկավարությամբ հիվանդանոցում տարվում էին գիտական ու գործնական մեծ աշխատանքներ: 1925 թ. Մոսկվա և Լենինգրադ գործուղվեցին առաջին մանկաբույժները: Արդեն 1930 թ. հանրապետու-

¹ Տե՛ս Հայկական ՍՍՀ Հոկտեմբերյան հեղափոխության և սոցիալիստական շինարարության պետական կենտրոնական արխիվ (այսուհետև՝ ՀՍՍՀ ՀՀՄԾ ՊԿԱ), ֆ. 118, ց. 1, գ. 44, ք. 121:

² Տե՛ս ՀՍՍՀ ՀՀՄԾ ՊԿԱ, ֆ. 118, ց. 3, գ. 416, ք. 1:

թյունում կաշին 14 մանկաբույժ և 12 կոնսուլտացիա, իսկ Երևանում ու Լենինականում նաև մեկական ամբուլատորիա՝ մանկաբուժական, ակնաբուժական և առամանաբուժական կարիներն երով: Մինչև 1935 թ. կանանց և մանկական կոնսուլտացիաները խառն էին: 1935 թ. կազմակերպվում են կանանց, իսկ 1937 թ.՝ մանկական առաջին կոնսուլտացիաները: Արգեն 1940 թ. Հայաստանում կաշին 2 մանկական և 41 խառը կոնսուլտացիաներ, որոնցից 21-ը գտնվում էին դյուղական վայրերում, իսկ 5-ը՝ Երևանում³:

Հայրենական պատերազմի տարիներին ճակատայինների և էվակուացված երեխաները կոնսուլտացիաներում վերցվում էին հատուկ հաշվառման, նրանց համար կազմակերպվում էին հատուկ ճաշարաններ, անհրաժեշտ դեպքերում ցույց էր տրվում նյութական օգնություն: Առողջարաններ և ճամբարներ առաջին հերթին նրանց էին ուղարկում: 25 մանկատներից 9-ը էվակուացված էին և սպասարկում էին 1500 երեխայի՝ Մանկատներն էվակուացվել էին Լենինգրադից, Օրշոնիկիձեից և այլ քաղաքներից: Որոշ կոնսուլտացիաներին կից կազմակերպվել էին ժամանակավոր ցերեկային ստացիոնարներ: Չնայած պատերազմական պայմաններին, աստիճանաբար ավելանում էր մանկական հիվանդանոցային մահճակալների թիվը, իսկ ամառային ամիսներին ընդլայնվում էր այդ ստացիոնարների ցանցը: Այդ տարիներին արգեն բոլոր խոշոր հիվանդանոցներն ունեին մանկական բաժանմունքներ:

1941 թ. Մանկական կլինիկական հիվանդանոցը, որը հետագայում կոչվեց պրոֆ. Հ. Հ. Գաբրիելյանի անունով, տեղափոխվեց հատուկ կառուցված հարմարավետ և ընդարձակ շենքը, որն ուներ նաև օդաբուժության հրապարակ: Հատուկ ուշադրություն էր դարձվում սուր վարակիչ հիվանդությունների, ինչպես նաև տրախոմալի ու տուբերկուլոզի դեմ մղվող պայքարին: 1942 թ. նոր Բալադետում ստեղծվեց տրախոմալով հիվանդների մանկատունը, որն ուներ 100 մահճակալ: Երևանի հակատուբերկուլոզային դիսպանսերում կար մանկական բաժանմունք, իսկ հանրապետության խոշոր արդյունաբերական կենտրոնների մանկապարտեզներում առանձնացված էին տուբերկուլոզային խմբեր: Եթե 1940 թ. Հայաստանում կար 100 մանկաբույժ և 238 մանկաբուժական մահճ-

³ Տե՛ս ՀՍՍՀ ՀՍՍՀ ՊԿԱ, ֆ. 719, ց. 1, գ. 95, թ. 43:

⁴ Տե՛ս ՀՍՍՀ ՀՍՍՀ ՊԿԱ, ֆ. 118, ց. 3, գ. 46, թ. 65:

ճակալ, ապա 1945 թ. մանկաբույժների թիվը հասավ 116-ի, իսկ մահճակալներինը՝ 335-ի⁵:

Մանկաբուժության ասպարեզում նվաճումները մեծ են հատկապես ետպատերազմյան ժամանակաշրջանում: Հանրապետության քաղաքներում ու շրջաններում մեկը մյուսի հետևից շահագործման են հանձնվում մանկական հիվանդանոցներ, առողջարաններ, կոնսուլտացիաներ ու հիվանդանոցների մանկական բաժանմունքներ: Հանրապետության Մինիստրների սովետն ու առողջապահության մինիստրությունը իրենց որոշումներում բազմիցս անդադարձել են մանկական առողջապահության հարցերին:

Մինիստրների սովետի որոշումները վերաբերում էին Դիլիջանում հակատուբերկուլոզային առողջարանի կազմակերպման, մանկական աղեստամոքսային հիվանդությունների, մանկատներում տրախոմայի վերացման և այլ հարցերի⁶: Աստիճանաբար ավելի բարձր հիմքերի վրա է դրվում մանկական բուժկանխարգելիչ հիմնարկների աշխատանքը: Մանկաբույժների համար կազմակերպվում են սեմինարներ, կոնֆերանսներ և որակավորման դասընթացներ: Այդ ամենը նպաստում էր այն բանին, որ երեխաները ստանան համապատասխան մասնագիտական օգնություն (վիրաբուժական, ակնաբուժական, ներլուգիական և այլն): Նորքում, Դիլիջանում, Մաղկաձորում, Գյուլագարակում, Արագածում, Ջերմուկում, Լենինականում, Արզնիում և այլ վայրերում գործում են մանկական առողջարաններ:

1950 թ. 275 մանկաբույժի և 802 մանկաբուժական մահճակալի փոխարեն 1960 թ. հանրապետությունում կար 759 մանկաբույժ և 1663 մանկաբուժական մահճակալ⁷: Մանկաբուժական կադրերի քանակական և որակական աճը, ինչպես նաև բազաների ստեղծումը հնարավորություն էր ընձեռում գործնականի հետ միաժամանակ ղբադվել նաև գիտական աշխատանքներով:

Իր ստեղծման առաջին իսկ օրերից, Երևանի պետական համալսարանի բժշկական ֆակուլտետի (հետագայում՝ Բժշկական ինստիտուտի) մանկաբուժության ամբիոնը պրոֆ. Հ. Հ. Գաբրիելյանի ղեկավարությամբ ձեռնամուխ եղավ մանկական հիվանդություն-

⁵ Տե՛ս «Состояние здоровья и медицинское обслуживание населения Арм. ССР», Ереван, 1964, стр. 19, 60.

⁶ Տե՛ս ՆՍՍՀ ՆՍՍՀ ՊԿԱ, ֆ. 118, ց. 3, գ. 56, ք. 33 և գ. 59, ք. 18:

⁷ Տե՛ս «Состояние здоровья и медицинское обслуживание населения Арм. ССР», стр. 19, 60.

ների ախտորոշման և բուժման հարցերի ուսումնասիրությունը, Վյետհետե գիտական աշխատանքներով սկսեցին զբաղվել նաև մանկական կոնսուլտացիաներում, հիվանդանոցներում ու առողջարաններում:

Հայ մանկաբույժները ուշադրության արժանի աշխատանքներ են կատարել երկրամասային ախտաբանության հարցերի ուսումնասիրության ասպարեկում: Նրանց ուշադրության կենտրոնում են եղել մալարիան, բրուցելոզը, լիշմանիոզը և ճիճվային հիվանդությունները, որոնցից հատկապես մալարիան և ճիճվային հիվանդությունները, ինչպես նախաստվիտական շրջանում, այնպես էլ 20-ական թվականներին մեծ չափերով տարածված էին Հայաստանում: Ուսումնասիրությունները ցույց տվեցին, որ մալարիայի հետևանքով կարող են երեխաների մոտ առաջանալ էնցեֆալիտ, մենինգոէնցեֆալիտ և մենինգիտ, որոնք յուրօրինակ ձևով են բնթանում (Ն. Ն. Գաբրիելյան):

Այդ աշխատանքներն ունեն զործնական կարևոր նշանակություն, քանի որ որոշ մանկաբույժներ ժխտում էին երեխաների մոտ մալարիային էնցեֆալիտների հնարավորությունը: Ելնելով վերոհիշյալից, անհրաժեշտ էր համարվում էնդեմիկ շրջաններում ներվային համակարգի հիվանդությունների դեպքում օգտվել մալարիայի հայտնաբերման հայտնի եղանակներից, իսկ անհրաժեշտ դեպքում բուժումը սկսել հակամալարիային դեղաձևերով⁸:

Ապացուցված համարելով բնածին մալարիայի առկայությունը, անհրաժեշտ էր անհասության, ոչ լիարժեք նորածինների և վաղ մահացության տոկոսն իջեցնելու նպատակով բուժումը սկսել կնոջ հղիության շրջանում, նկատի ունենալով, որ մոր հիվանդության ծանրությունը բացասաբար է անդրադառնում նորածնի վրա⁹: Ուսումնասիրություններ են կատարվել մալարիայով հիվանդ ծծկեր երեխաների կշռի փոփոխման (Ե. Ի. Ալավերդյան), ինչպես և բնածին մալարիայի և մանկական մալարիայի ախտանշանների (Թ. Ն. Գաբրիելյան) հարցերի վերաբերյալ: Առավել արժեք են ներկայացնում Թ. Ն. Գաբրիելյանի «Երեխաների մոտ մալարիայի ժամանակ դիստրոֆիան և ալիմենտար դիստրոֆիան» (1948) և Ս. Գ. Սլկոնու «Մալարիան երեխաների մոտ պատերազմի տարիներին» (1951)

⁸ Տե՛ս Ս. Ա. Օգանեսյան, История медицины в Армении, т. V, Ереван, 1947, стр. 658.

⁹ Տե՛ս Ս. Ն. Բագатурова, Клиника новорожденных от матерей, больных малярией. Канд. дисс., Ереван, 1946.

դիսերտացիոն աշխատանքները, որոնք ունեին ոչ միայն տեսական, այլև գործնական մեծ նշանակություն:

Մալարիայի բուժման ընթացքում մեծ տեղ էր տրվում ոսկրա-ծուծային արյունաստեղծման հետազոտությանը, քանի որ վերջինս հնարավորություն էր տալիս հետևելու ոսկրածուծում տեղի ունեցող փոփոխություններին, հետևաբար նաև բուժական միջոցառումների արդյունավետությանը¹⁰: Մալարիայի հետևանքով առաջացած սպլենոմեգալիայի բուժումը կատարվում էր տարբեր եղանակներով, որոնցից համեմատաբար լավ արդյունք են տալիս խինինի և ադրենալինի համատեղ կիրառումը: Նման եղանակով բուժման ընթացքում զգալիորեն փոքրանում են ախտաբանորեն մեծացած փայծաղի չափերը, վերանում դրա հետ կապված երևույթները¹¹:

Ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ Հայրենական պատերազմի տարիներին երեխաների մալարիան ընթացել է տարբեր կերպ, երբեմն՝ առիպիկ ձևով, որը դժվարացրել է ախտորոշումն ու բուժումը: Այդ տարիներին հաճախ են նկատվել կոմայի դեպքեր, փոփոխություններ երիկամներում, լյարդում, փայծաղում, հիպովիտամինոզ, դիստրոֆիա: Մալարիայի առկայության պայմաններում մյուս հիվանդությունները (հատկապես դիզենտերիան) ընթանում են ծանր, մահացության տոկոսը մեծ է: Մեծ տեղ էր հատկացվում մալարիայի համակցված բուժմանը (խինին, ակրիխին, պլազմոցին) և անհրաժեշտ էր համարվում այն ներդնել մանկաբուժական պրակտիկայում¹²:

20-ական թվականների վերջերից սկսած՝ Վ. Մ. Պողոսյանի, Հ. Հ. Գաբրիելյանի, Գ. Մ. Մարգարյանի, Բ. Ա. Զուլումյանի և ուրիշների ջանքերով, որոշ ուսումնասիրություններ են կատարվել նաև լեյշմանիոզի վերաբերյալ:

Սովետական Հայաստանում ընդերային լեյշմանիոզի առաջին երկու դեպքը հայտնաբերել է Վ. Մ. Պողոսյանը, իսկ 3 տարի անց արձանագրվել է հիվանդության 46 դեպք¹³: Հիվանդության օջախե-

¹⁰ Տե՛ս Թ. Օ. Каприелян, Исследование пункта костного мозга у детей при малярии и висцерального лейшманиоза, «Труды Ермед. института», вып. 8, 1956, стр. 278.

¹¹ Տե՛ս Ս. Գ. Слукун, Опыт лечения малярийной спленомегалии адреналином у детей, «Сборник научных трудов Ермед. института», вып. 1, 1940, стр. 184.

¹² Տե՛ս Ս. Գ. Слукун, Малярия у детей за годы Великой Отечественной войны. Автореферат канд. дисс., Ереван, 1951.

¹³ Տե՛ս Լ. Ա. Оганесян, նշվ. աշխ., էջ 657:

ըր հիմնականում տարածված էին Երևանի շրջակայքում (Արտաշատ, Էջմիածին, Վեդի, Աշտարակ և այլն)։ Արդեն 1955 թ. հանրապետության 15 շրջաններում հայտնաբերված էր մանկական կալա-ազար (ընդերային լեյշմանիոզ), ընդ որում հիվանդության խոշոր ծախսը համարվում էր Երևանը։ Այս հիվանդության ուսումնասիրությանն է նվիրված Գ. Մ. Մարգարյանի «Կալա-ազարը Հայկական ՍՍՀ-ում երեխաների մոտ» ղոկտորական դիսերտացիան։ Նա հանգում է այն եզրակացությանը, որ լեյշմանիոզը ախտահարում է աճող մանկական օրգանիզմի բոլոր օրգան-համակարգերը, այդ թրվում կենտրոնական ներվային համակարգը։ Արդյունքը հատկապես գոհացուցիչ է լինում, երբ սուլուսուրմինի հետ միաժամանակ արվում են վիրամիներ և կատարվում է արյան փոխներարկում¹⁴։ Բարդությունների, ինչպես նաև ուղեկցող հիվանդությունների դեպքում անհրաժեշտ է համարվում սուլուսուրմինից բացի, օգտագործել այլ դեղամիջոցներ (Գ. Մ. Մարգարյան, Բ. Ա. Զուլումյան)։

Գեոեա 20-ական թվականների սկզբից Հայաստանում սկսել են դրազվել բրուցելոզի ուսումնասիրությանը։ Նախկինում այն կարծիրն էր տիրում, թե բրուցելոզը դերազանցապես մեծահասակների հիվանդություն է։ Մանկարուժները ծանոթ չէին երեխաների բրուցելոզի կլինիկային, ուստի նույնիսկ բրուցելոզի օջախներում երեխաների հիվանդությունը չէր ախտորոշվում։ Հայաստանում բրուցելոզով երեխաների ախտահարումը առաջին անգամ նկարագրել է Հ. Հ. Գաբրիելյանը։ Բրուցելոզ է ախտորոշվել նույնիսկ ծծկեր երեխայի մոտ։ Երեխաների բրուցելոզի ուսումնասիրությանը են դրազվել Թ. Գ. Բունիաթյանը, Ա. Լ. Մալիլյանը և ուրիշներ։ Ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ բրուցելոզը երեխաների մոտ նույնպես ախտահարում է տարբեր օրգան-համակարգերը, սակայն ախտանիշները ավելի թույլ են արտահայտվում։ Վերջինս պատճառ է դառնում ախտորոշման սխալների։ Առաջարկվում էր բուժման համար օգտագործել սինտոմիցին, որի ազդեցության տակ իջնում էր հիվանդի ջերմությունը, անցնում էին ինտոքսիկացիայի երեույթները, իսկ մեծացած լյարդը և փայծաղը հասնում էին նորմալ չափերի¹⁵։

Հայաստանում մեծ տարածում ունեին ճիճվային հիվանդու-

¹⁴ Տե՛ս Գ. Մ. Մարգարյան, Кала-азар у детей в Арм. ССР. Автореферат докт. дисс., Ереван, 1955.

¹⁵ Տե՛ս Ա. Լ. Մալյան, Лечение бруцеллеза у детей антибиотиками. «Труды Ермед. института», вып. 10, 1959, стр. 300.

թյունները, որոնց դեմ պայքարի միջոցառումների մշակման գործում զգալի ներդրում ունեին նաև մանկաբույժները: Գործնական աշխատանքներին զուգընթաց կատարվել են նաև գիտահետազոտական աշխատանքներ ասկարդիոզի դեպքում թթվածնով դեհլմինթիզացիայի (Ա. Ա. Գալստյան), լյարդի և լեղապարկի ախտաբանության մեջ ասկարիդների դերի (Կ. Մ. Մարգարյան) և այլ հարցերի շուրջը: Ծիծկային հիվանդություններից հեմինոլիպիդոզի և լամբլիոզի դեպքում լավ արդյունք էր ստացվում ակրիխինային բուժումից: Հեմինոլիպիդոզի բուժումը ավելի արդյունավետ է լինում, երբ ակրիխինի հետ միաժամանակ տալիս են դոլումի կորիզ: Ուսումնասիրությունները ցույց էին տվել, որ լամբլիաները երեխաների մոտ կարող են առաջացնել աղիքային հիվանդություններ՝ էնտերիտներ: Վերջիններս աչքի են ընկնում կայուն ընթացքով և հիվանդության հաճախակի ռեցիդիվներով:

Մանկական վարակիչ հիվանդությունները (դիֆթերիա, կարմրուկ, քուժեղ, կապույտ հազ) միշտ էլ եղել են Սովետական Հայաստանի առողջապահական օրգանների և մանկաբույժների ուշադրության կենտրոնում, որոնց նախաձեռնությամբ էլ մշակվել են կանխարգելիչ ու բուժական մի շարք արդյունավետ միջոցառումներ: Դիֆթերիայի դեմ պայքարի կազմակերպման գործում հատկապես մեծ են Ա. Բ. Ալեքսանյանի ծառայությունները: Նրա շնորհիվ Հայաստանում առաջին անգամ կիրառվեց ակտիվ իմունիզացման ինտենսիվ մեթոդը՝ դիֆթերիայի ադսորբցված անատոքսինով: ՀՍՍՀ առողջապահության մինիստրությանը կից ստեղծվեց հատուկ հանձնաժողով, որը դարձավ դիֆթերիայի վերացման ուղղությամբ Հայաստանում տարվող գիտամեթոդական ու գործնական աշխատանքների կենտրոն: Եթե նախկինում սովորական մեթոդով պատվաստված երեխաների մոտ նկատվում էր դիֆթերիայի հանդեպ բարձր ընկալություն, ապա Ա. Բ. Ալեքսանյանի առաջարկած մեթոդի կիրառումից հետո այն չափազանց իջել է: Դիֆթերիայի դեմ պայքարի և նրա վերացման համար, վակցինացիայից բացի, կարևոր տեղ էր տրվում նաև հիվանդության վաղ հայտնաբերմանը, հիվանդության օջախի համապատասխան մշակմանը (Ա. Ս. Բայբուրջյան) և հիվանդների համակցված բուժմանը (Տ. Բ. Ավշարյան): Տեսական և գործնական որոշակի արժեք են ներկայացնում դիֆթերիայի կլինիկա-համաճարակագիտական առանձնահատկությունների, կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունավետության, ինչպես նաև հիվանդության ախտորոշման լավագույն մեթոդների գնա-

հատման (Ա. Վ. Ղազարյան) և դիֆթերիայի հետևանքով առաջացած կրուպի (Ա. Մ. Տեր-Մարկոսյան-Աղասարյան) վերաբերյալ կատարված ուսումնասիրությունները

Նկատի ունենալով, որ հիվանդների վաղ հոսպիտալացման դեպքում դիֆթերիայի կլինիկական ընթացքը համեմատաբար թեթև էր լինում, իսկ հիվանդության ուշացած դեպքերը ուղեկցվում են սրտի, լյարդի, ներվային համակարգի բարդություններով, նաև այն, որ շիճուկային բուժումը ոչ միշտ էլ լավ արդյունք տալիս, առաջարկվում էր բոլոր կասկածելի դեպքերում հիվանդներին շտապ տեղափոխել հիվանդանոց¹⁶։ Միաժամանակ անհրաժեշտ էր համարվում ուժեղացնել կապը հիվանդանոցի և տեղամասային մանկաբույժների միջև, վերջիններիս պարբերաբար ուղարկելով ստացիոնար՝ դիֆթերիայի ախտորոշման անհրաժեշտ փորձ ձեռք բերելու նպատակով։

Մինչև 1956 թվականը, ինչպես Սովետական Միության մյուս հանրապետություններում, այնպես էլ մեզ մոտ բուժելով հիվանդ բոլոր երեխաները պարտադիր կերպով ենթարկվում էին հոսպիտալացման, իսկ հետագայում դրանից հրաժարվեցին, և դա բուժելի համաճարակային դրության վրա բացասական ազդեցություն չունեցավ։ Չարձանագրվեց նաև հիվանդացման և մահվան դեպքերի աճ։ Մանկաբույժների ուշադրությունը հրավիրվում էր տնային պայմաններում բուժելով հիվանդ երեխաների բուժումը ճիշտ կազմակերպելու վրա, միաժամանակ անհրաժեշտ էր համարվում, անկախ հիվանդության ձևից, սուր շրջանում անպայման կիրառել սպեցիֆիկ բուժում (Ս. Գ. Սլկունի)։ Հակաբիոտիկները, հատկապես պենիցիլինը, մեծ կիրառում էին գտել մանկաբուժական պրակտիկայում։ Նրանց օգտագործումը ղգալիորեն իջեցնում էր բուժելի հետևանքով առաջացած բարդությունների թիվը, սակայն վերոհիշյալ պրակտիկաները բացասաբար էին անդրադառնում օրգանիզմի վրա՝ հակամարմիններ առաջացնելու տեսակետից, որի հետևանքով այդ եղանակով բուժված երեխաները ձեռք չէին բերում կայուն անընկալություն։ Նշելով բուժելի կլինիկական ընթացքի ծանրության աստիճանից՝ առանձնացվել են հիվանդության թեթև, միջին և ծանր

¹⁶ См. у Т. Б. Авшарова, Дифтерия в 1955—56 гг. по данным инфек. клинич. больницы. «Сборник трудов Ермед. института», 1958, № 9, стр. 111.

ձևեր, որոնք իրենց հերթին ստորաբաժանվում էին տոբսիկ, սեպտիկ և տոբսիկո-սեպտիկ ձևերի¹⁷։

Մինչև 1960 թ. հանրապետությունում նկատվել է կարմրուկային ինֆեկցիայի մի քանի բռնկում, որոնք կրկնվում էին միջին հաշվով յուրաքանչյուր 4—5 տարին մեկ։ Կարմրուկով հիվանդները ստանում էին գամա-գլոբուլին, հակակարմրուկային շիճուկ, վիտամիններ, իսկ բարդությունների դեպքում համապատասխան բուժում։ Գամա-գլոբուլինի և հակակարմրուկային շիճուկի ժամանակին կիրառումը ապահովում էր հիվանդության թեթև ընթացքը, իսկ բռնկումների սկզբնական շրջանում նաև կանխում վարակի տարածումը (Ս. Գ. Սլկունի)։ Որոշ աշխատանքներ են կատարվել նաև պատվաստված երեխաների մոտ կարմրուկի ընթացքի ուսումնասիրության ուղղությամբ (Տ. Ա. Հաջյան)։

Մանկաբուժական պրակտիկայում հակատուբերկուլոզային միջոցառումներից կարևորն այն էր, որ 1938 թ. հանրապետությունում սկսեցին կատարել երեխաների մասսայական ստուգումներ՝ տուբերկուլոզով վարակվածներին հայտնաբերելու նպատակով, իսկ 1940 թ. (Երևան, Լենինական) սկսած կատարվում էր նորածինների վակցինացիան՝ տուբերկուլոզի դեմ։ Այդ նպատակի համար վակցինան ստանում էին Թբիլիսից։ 1948 թ. ԲՅԺ վակցինա է արտադրվում նաև Երևանում՝ այդ նպատակի համար ստեղծված լաբորատորիայում։

Արդեն 1952 թ. հանրապետության բոլոր շրջաններում կատարվում էր ԲՅԺ վակցինացիա։ Միաժամանակ ուսումնասիրություններ էին կատարվում ԲՅԺ-ի չոր վակցինայով վակցինացված վաղ մանկական հասակի երեխաների մոտ տուբերկուլոզի կլինիկական ընթացքի առանձնահատկությունների վերաբերյալ (Գ. Ն. Մինասյան)։ Ուշադրության արժանի աշխատանքներ են կատարվում երեխաների մոտ ոչ միայն տուբերկուլոզի թոքային, այլև ոսկրահոդային ձևերի ախտորոշման և բուժման վերաբերյալ։ Մեծ տեղ էր տրվում նաև առողջարանային բուժման հարցերին։ Արդեն 1960 թ. Հայաստանում գործում էին Նորքի մանկական պրոֆիլակտորիումը, Գյուլագարակի, Դիլիջանի և Արագածի հակատուբերկուլոզային առողջարանները։

Նկատի ունենալով, որ միայն ԲՅԺ վակցինացիան չի կարող երեխաներին լիովին պահպանել տուբերկուլոզով վարակվելուց,

¹⁷ Տե՛ս Ա. Я. Гиршгорн, Материалы к изучению скарлатины, Ереван, 1946, стр. 148—149.

առաջ էին քաշվում հակատուրերկուլողային մի շարք միջոցառումներ:

Ոսկրահողային տուրերկուլողի բուժումը հիմնականում կատարվում էր օրթոպեդիկ-կոնսերվատիվ եղանակով: Միաժամանակ կատարվում էր ընդհանուր, դեղորայքային, իսկ անհրաժեշտության դեպքում նաև վիրահատական բուժում:

ՍՍՀՄ-ում առաջին անգամ ուսումնասիրություններ կատարվեցին (Օ. Մ. Բոնդարենկո, Գ. Գ. Կարապետյան) պոլիոմիելիտի դեմ կենդանի վակցինայով և հակատուրերկուլողային ԲՅԺ վակցինայով նորածինների իմունիզացիայի վերաբերյալ: Աշխատանքները ցույց տվեցին, որ վերոհիշյալ վակցինաների միաժամանակյա օգտագործումը անվտանգ է և արդյունավետ: Հաջվի առնելով այն փաստը, որ պոլիոմիելիտի դեմ կիրառվող կենդանի վակցինան բացասաբար չի անդրադառնում ԲՅԺ վակցինայի իմունոլոգիական հատկությունների վրա, վերոհիշյալ վակցինաների միաժամանակյա կիրառումը ներդրվեց բժշկական պրակտիկայում¹⁸:

Մանկաբուժական պրակտիկայում քիչ էին նաև պոլիոմիելիտի դեպքերը, սակայն նրանք հիմնականում լինում էին սպորադիկ ձևով, իսկ 1948—54 թթ. նկատվել են փոքր օջախային բռնկումներ (Ն. Ի. Սահառյան): Հայաստանում նկատվել են պոլիոմիելիտի համարյա բոլոր ձևերը (Դ. Ս. Մնարյան): Այդ ուղղությամբ տարվող աշխատանքներում անհրաժեշտ էր համարվում բուժման հետ միաժամանակ բարձր հիմքերի վրա դնել պոլիոմիելիտի հետևվանքով տառապող երեխաների դիսպանսերային հսկողությունը, ինչպես նաև ուժեղացնել պոլիոմիելիտի բուժման հարցերով զբաղվող առողջապահական օղակների կապը (Ն. Ի. Սահառյան): Երեխաների մոտ պոլիոմիելիտի հետևանքով հաճախ առաջանում էին պարեզներ, պարալիչներ, կայուն կոնտրակտուրաներ և դեֆորմացիաներ: 1946 թ. սկսած Տրավմատոլոգիայի և օրթոպեդիայի ինստիտուտում զգալի աշխատանք էր տարվում պոլիոմիելիտի վերոհիշյալ մնացորդային երևույթների վերացման ուղղությամբ: Մինչև վիրահատությունը և վիրահատությունից հետո հիվանդների հետ անց էին կացնում բուժական ֆիզկուլտուրա, մասաժ, ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումներ (Ս. Ս. Հովհաննիսյան, Ս. Զ. Թումյան, Ս. Ա. Տիգրանյան, Լ. Մ. Գրիգորյան): Գոհացուցիչ արդյունքներ էին ստացվում պոլիոմիելիտի մնացորդային երևույթների առողջարա-

¹⁸ См. О. М. Бондаренко, Материалы к изучению полиомиелита в Армянской ССР, Ереван, 1962, стр. 142.

նային (Ջերմուկի) բուժումից (Ա. Հ. Հակոբյան, Հ. Տ. Մուրադյան, Լ. Հ. Բաղալյան): 1948 թ. Ա. Հ. Հակոբյանի առաջարկությամբ Ջերմուկում սկսեցին բուժել պոլիոմիելիտի հետևանքով տառապող երեխաներին, իսկ 1955 թ. այդ նպատակով ստեղծվեց հատուկ մանկական առողջարան: Բուժումը կատարվում էր կոմպլեքս եղանակով (բալնոթերապիա, բուժական ֆիզկուլտուրա, մասսա՝¹⁹): Է՛լ ավելի լավ արդյունք էր ստացվում, երբ վերոհիշյալ միջոցառումների հետ կատարվում էր «Ջերմուկ» հանքային ջրով իոնոֆորեզ²⁰: Բուժման ընթացքում հիվանդներից շատերի մոտ տեղի էր ունենում անդամալույծ եղած վերջավորությունների շարժումների ծավալի մեծացում, ավելանում էր մկանային ուժը, առաջանում ինքնուրույն քայլելու հնարավորություն: Բուժումը ավելի արդյունավետ էր լինում, երբ հիվանդությունը ունենում էր մինչև 5 տարվա պատմություն (Լ. Հ. Բաղալյան): Առողջարանային բուժումից ավելի լավ արդյունք ստանալու համար անհրաժեշտ էր համարվում կատարել կոնսերվատիվ օրթոպեդիկ միջոցառումներ, ցեխաբուժություն, օդաբուժություն և արևաբուժություն: Հատկապես ամառային ամիսներին հատուկ ուշադրություն էր դարձվում աղեստամոքսային հիվանդությունների վրա, քանի որ վերջիններս տալիս էին մահացության բարձր տոկոս: Ուշադրության արժանի աշխատանքներ էին կատարվում վերոհիշյալ հիվանդությունների ակտորոշման կլինիկայի և բուժման վերաբերյալ (Հ. Հ. Գաբրիելյան, Գ. Մ. Մարգարյան, Ս. Գ. Սլկունի, Թ. Հ. Գաբրիելյան, Ս. Ի. Հարությունյան, Լ. Գ. Իսրայելյան, Զ. Հ. Շահինյան, Մ. Ս. Թովմասյան և ուրիշներ): Այդ ասպարեզում կատարված աշխատանքներից հիշատակության արժանի են Ն. Ա. Գասպարյանի «Երեխաների մոտ խրոնիկական բակտերիալ դիզենտերիայի ուսումնասիրման հարցի շուրջը», Բ. Օ. Անժելովի «Բակտերիալ դիզենտերիան երեխաների մոտ», Ա. Դ. Մխիթարյանի «Անտիբիոտիկներով բուժված երեխաների մոտ սուր դիզենտերիայի կլինիկահեմատոլոգիական պատկերը» դիսերտացիոն աշխատանքները:

¹⁹ Տե՛ս Լ. Օ. Бадалян, Итоги наблюдений над лечением больных с последствиями полиомиелита на курорте Джермук, «Сборник трудов института Курортологии и физич. методов лечения», вып. III, Ереван, 1957, стр. 169.

²⁰ Տե՛ս Բ. Ա. Чилингарян, Лечение больных с остаточными явлениями полиомиелита монофорезом минеральной воды «Джермук», «Сборник трудов института Курортологии и физич. методов лечения», вып. III, Ереван, 1957, стр. 167—168.

Հաշվի առնելով, որ հաճախ ի հայտ են գալիս դիզենտերիայի թեթև ու քողարկված ձևեր, անհրաժեշտ էր համարվում լուծի առկայության դեպքում, մանավանդ, եթե երեխան նախկինում տարել է ազնոտամոքսային որևէ հիվանդություն, տարրերակիլ դիզենտերիան²¹։ Սակայն քանի որ ախտորոշման ոչ մի մեթոդ առանձին վերցրած միշտ չէ, որ տալիս էր ցանկացած արդյունք, առաջարկվում էր օգտվել ախտորոշման համակցված մեթոդից (Ն. Ա. Գասպարյան)։

Ուսումնասիրությունները հայ մանկաբույժներին հանդեսգրել են այն կորակացության, որ դիզենտերիայի ժամանակ ախտահարվում է ամբողջ օրգանիզմը, և նկատվում են նյութափոխանակության, սնուցման, մարսողության խանգարումներ, ինչպես և տարրեր բարդություններ։ Դիզենտերիայի բուժման ընթացքում մեծ կիրառում էին գտել հակաբիոտիկները, արյան և նրա բաղադրիչ մասերի փոխներարկումները։ Վաղ մանկական հասակում, հատկապես ծանր, թունավոր ձևերի ժամանակ օգտագործվում էր բիոմիցին-սլազմա, որի ազդեցության տակ բարելավվում էր հիվանդ երեխաների ընդհանուր վիճակը, վերանում էին տրոսիկոզի երևույթները (Ս. Գ. Սլկունի և ուրիշներ)։ Հակաբիոտիկների օգտագործման հետևանքով որոշ երեխաների մոտ նկատվել էին այդ դեղանյութերի ազդեցության կողմնային երևույթներ, որոնք ուղեկցվում են արյան կազմի որոշակի փոփոխություններով (Ա. Գ. Մխիթարյան)։ Ուսումնասիրությունները ցույց տվեցին, որ մանկական հասակում դիզենտերիայի ժամանակ ներվային համակարգում տեղի են ունենում ֆունկցիոնալ-դինամիկ, օջախային և վեգետատիվ-տրոֆիկ ֆունկցիայի խանգարումներ (Վ. Ն. Սալգուշկինա, Լ. Հ. Բադալյան)։ Չնայած որոշ սխեմատիկությանը, դիզենտերիայի ժամանակ ներվային համակարգում տեղի ունեցող փոփոխությունների նման դասակարգումը արտացոլում է նյարդաբանական պատկերի էությունը և հնարավոր է կիրառել կլինիկական պրակտիկայում²²։

Նպատակահարմար գտնելով փոխել նաև կլիմայական պայմանները, մանկաբույժ-գիտնականները Առողջապահության մի-

²¹ Տե՛ս Բ. Օ. Анджелов, Поносные заболевания у детей в эпидемиологической оценке, «Труды Ермед. института», вып. VIII, 1956, стр. 282.

²² Տե՛ս В. Н. Сайгушкина, Л. О. Бадалян, К клинике и патогенезу изменений нервной системы при дизентерии в детском возрасте, «Труды Ермед. института», вып. X, 1959, стр. 349—351.

նիստրությանը առաջարկում են խրոնիկ դիզենտերիայով տառապող երեխաներին ամռան շոգ ամիսներին Երևանից ուղարկել նախալեռնային շրջանները, իսկ մանկատան կրծքի երեխաներին տեղափոխել Նորք, Ավան, Քանաքեռ և այլ շրջաններ, որոնք ունեն համեմատաբար լավ բնակլիմայական պայմաններ: Այս միջոցառումը դրական արդյունք էր տալիս: Հսկայական աշխատանքներ են կատարվել դիզենտերիայի կանխարգելման ասպարեղում, որի շնորհիվ աստիճանաբար իջել է հիվանդացության տոկոսը: Եթե մինչև 1942 թ. դիզենտերիայի դեմ սպեցիֆիկ կանխարգելման նրպատակով կիրառվում էր էնտերովակցինան, ապա հետագա տարիների ընթացքում մեծ չափերով սկսեցին օգտվել բակտերիոֆագից:

Վաղ մանկական հասակի երեխաների մոտ սալմոնելոզը հաճախ ընթանում էր որպես աղիքային սուր հիվանդություն՝ կոլիտ, էնտերիտ կամ դիզենտերիա: Հիվանդությունը կրկնվում էր և անցնում խրոնիկական ձևին: Պրոցեսն ընդգրկում էր նաև շնչառական ուղիները (Մ. Ս. Թովմասյան): Նկատի ունենալով, որ Հայաստանում սալմոնելոզի առկայության պայմաններում կար նաև բացիլակրություն, անհրաժեշտ էր համարվում թե՛ հիվանդության և թե՛ բացիլակրության ժամանակ կիրառել հակահամաճարակային անհրաժեշտ միջոցառումներ (Ս. Գ. Սլկունի, Ս. Տ. Փոստոյան):

Վաղ մանկական հասակի երեխաների աղեստամոքսային ուղու սուր հիվանդությունների տոքսիկ ձևերի ժամանակ բուժիչ լավ արդյունքներ են ստացվում ռինգերյան լուծույթի, գլյուկոզայի և պրլազմայի միաժամանակյա կիրառումից (Մ. Օ. Զոթյան): Միջոցառումների կոմպլեքսում հաջողությամբ կիրառվում էին նաև բակտերիոլիզինը (Թ. Ա. Հաջյան), կոլիմիցինը (Մ. Ս. Սադոյան) և այլ պրեպարատներ:

Հայ մանկաբույժների աշխատանքներում զգալի տեղ ունեն այն ուսումնասիրությունները, որոնք վերաբերում են սիրտ-անոթային համակարգի հիվանդությունների պատճառագիտության, ախտաճանաչման, ախտորոշման և բուժման հարցերին: Առանձնապես մեծ աշխատանքներ են կատարվել ռեմատիզմի պրոբլեմի վերաբերյալ (Հ. Հ. Գաբրիելյան, Գ. Մ. Մարգարյան, Ս. Գ. Սլկունի, Թ. Հ. Գաբրիելյան, Ս. Ի. Հարությունյան, Լ. Ն. Բազատուրովա, Վ. Ա. Աստվածատրյան, Ա. Ա. Գալստյան և ուրիշներ): Անգինայից բացի, կարևոր տեղ էր տրվում ռեմատիզմին նախորդող մի շարք հիվանդությունների, հատկապես քուրթնի (Լ. Վ.

Դավթյան): Հիվանդության սուր շրջանում խիստ խանգարվում է լյարդի հակառոսթիկ ֆունկցիան, որի առտիճանը կախված է հիվանդության ընթացքի ծանրությունից (Գ. Ա. Կիրակոսյան): Բուժման ընթացքում օգտագործում էին հորմոններ, սալիցիլային նատրիում, պիրամիդոն, պենիցիլին, ստրեպտոմիցին (Մ. Ս. Սահակյան): Բուժական կոմպլեքս միջոցառումների հետ միասին կորտիկոներ տալիս էր լավ արդյունք: Նրա ազդեցության տակ լավանում էր հիվանդների ընդհանուր վիճակը և վերականգնվում լյարդի հակառոսթիկ ֆունկցիան (Գ. Ա. Կիրակոսյան)²³: Նկատի ունենալով, որ քունը ռեմատիզմի սուր շրջանում կարող է բարձրացնել բուժական միջոցառումների արդյունավետությունը, հաճախ դիմում էին քնարուժության օգնությանը: Վաղ հոսպիտալացման, անկողնային երկարատև ռեժիմի, իսկ հետագայում դիսպանսերային հսկողության ու հիվանդության դրոշների կանխարգելման պայմաններում քնարուժության արդյունքը դոհացուցիչ էր (Ս. Գ. Սլիունի): Է՛լ ավելի լավ արդյունք էր տալիս բուժումը «Արզնի» առողջարանում (Զ. Լ. Դուրբաջյան, Ս. Գ. Մովսիսյան, Լ. Վ. Դավթյան): Հետագայում Արզնիում ստեղծվեց մանկական առողջարան, որտեղ բուժումը տարվում էր համակցված եղանակով (բուժական ֆիզիկոտուրա, հանրային ջուր, օդային և արևային լողանքներ, սանացիոն միջոցառումներ և այլն)²⁴:

Որոշակի հետաքրքրություն են ներկայացնում նաև սակավարյունության կլինիկայի և բուժման (Գ. Մ. Մարգարյան, Թ. Հ. Գաբրիելյան), ալիմենտար դիստրոֆիայի (Հ. Հ. Գաբրիելյան, Թ. Հ. Գաբրիելյան), ռեմատիզմով հիվանդ երեխաների վեկտոկարդիոգրաֆիայի (Վ. Ա. Աստվածատրյան), արյան հոսքի արագության որոշման անարյուն եղանակի (Ա. Ա. Գալստյան) շուրջը կատարված հետազոտությունները: Անհրաժեշտ է նշել, որ Գ. Մ. Մարգարյանի «Երեխաների մոտ երկրորդային սակավարյունության ժամանակ արյան փոխներարկումը» աշխատությունը մանկաբուժական թեմայով առաջին գիտերտացիան էր Հայաստանում:

Գերմոգրաֆիզմը, որ համարվում էր վեգետատիվ ներվային համակարգի զնահատման ցուցանիշ, առաջարկվում էր կիրառել

²³ Տե՛ս Գ. Ա. Киракосян, К вопросу лечения ревматизма у детей кортизоном, «Труды Ермед. института», вып. XI, 1960, стр. 301—304.

²⁴ Տե՛ս 3. Л. Долапчян, О. Г. Цовян, Лечение детей в межприступном периоде ревматизма с сердечно-сосудистыми заболеваниями на курорте Арзни, «Сборник трудов института Курортологии и физич. методов лечения», вып. V, Ереван, 1958, стр. 109—112.

նաև անոթային որոշ հիվանդությունների ախտորոշման ընթացքում, քանի որ այն արյան մազանոթների ֆիզիոլոգիական թափանցելիության խանգարման արժեքավոր ցուցանիշ է (Թ. Հ. Գաբրիելյան):

Հ. Հ. Գաբրիելյանի, Գ. Մ. Մարգարյանի, Ս. Գ. Սլկունու, Թ. Հ. Գաբրիելյանի, Ս. Ի. Հարությունյանի, Լ. Գ. Իսրայելյանի, Տ. Ա. Հաջյանի, Ջ. Հ. Շահինյանի և մյուսների ջանքերով ուսումնասիրություններ են կատարվել թոքաբորբերի ախտորոշման և բուժման վերաբերյալ: Ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ թոքաբորբերի ախտածնության մեջ օրգանիզմի անատոմաֆիզիոլոգիական առանձնահատկություններից բացի զգալի դեր են խաղում նաև խնամքի, ռեժիմի, սնուցման խանգարումները ու կլինիկական պայմանները (Ջ. Հ. Շահինյան): Հաճախ թոքաբորբերն ուղեկցվում են ռախիտով և հիպոտրոֆիայով, որը ծանրացնում է թոքաբորբերի ընթացքը: Թոքաբորբերի առաջացմանը նպաստում են օրգանիզմի թուլությունը, սենյակի վատ օդափոխումը, մաքուր օդում գտնվելու պակասը, հյուծվածությունը, արհեստական և խառը սնուցումը, գրիպը և այլն (Թ. Հ. Գաբրիելյան): Կյանքի առաջին ամսում թոքաբորբով ավելի հաճախ հիվանդանում են առաջնածին և երիտասարդ մայրերի երեխաները: Կանխարգելման նպատակով առաջարկվում էր բարելավել սան-հիգիենիկ աշխատանքը, նորածինների խնամքը ծննդատներում, ինչպես նաև մանկական կոնսուլտացիայի պատրոնաժ աշխատանքը (Ս. Ի. Հարությունյան):

Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ սակավարյունությունը ընթացող թոքաբորբերի ժամանակ ոսկրածուծի արյունաստեղծման ֆունկցիան ճնշվում է (Թ. Հ. Գաբրիելյան), իսկ վաղ հասակի երեխաների թոքաբորբերի ժամանակ հաճախ լինում է մարսողական օրգանների խանգարում, որի ընթացքում պակասում է էնտերոկլինազան: Տոքսիկոզով ուղեկցվող թոքաբորբերի դեպքում աղիքային ֆերմենտի պարունակության փոփոխությունը ավելի ցայտուն է արտահայտվում (Ջ. Հ. Շահինյան): Թոքաբորբերի ժամանակ արյան մեջ զգալիորեն պակասում է նաև ածխային անհիդրազան, որի քանակական որոշումը հիվանդության ծանրության ախտորոշիչ ցուցանիշ է²⁵:

²⁵ St' u Л. Г. Исраэлян, Т. А. Аджян, Карбоангидраза крови при пневмонии у детей раннего возраста, «Сборник трудов Ермед. института», вып. IX, 1956, стр. 133.

Հիշատակության արժանի են նաև ռախիտի և հիպոտրոֆիայի կանխարգելման ու բուժման հարցերին նվիրված աշխատանքները, որոնցով զբաղվել է հայ մանկաբույժների ավագ սերունդը:

Ռախիտի առաջացումը հիմնականում կապվելով կենցաղային պայմանների հետ (Լ. Ն. Բազատուրովա), մանկաբույժները առաջ են քաշել մի շարք անհրաժեշտ միջոցառումներ այն կանխարգելելու նպատակով: Հաշվի առնելով, որ միայն վիտամինային բուժմամբ հնարավոր չէ ցանկալի արդյունք ստանալ, անհրաժեշտ էր համարվում միաժամանակ կիրառել նաև բնական կամ արհեստական ուլտրամանուշակագույն ճառագայթում, կարգավորել խնամքի և սնուցման հարցերը, կատարել մասսաժ և մարմնամարզական վարժություններ: Վերոհիշյալ միջոցառումները տվել են լավ արդյունք: Մինչև մեկ տարեկան երեխաների սնուցման հարցերի ուսումնասիրությունը ցույց է տվել, որ նրանց անհրաժեշտ է առաջին իսկ ամիսներին ընդունել «D» և «B» խմբի վիտամիններ, իսկ վեց ամիս հետո սնունդը դարձնել բազմազան և լիարժեք (Լ. Գ. Խարաչկյան): Ուսումնասիրվել են նորածինների նյութափոխանակության (Լ. Ն. Բազատուրովա), ինչպես նաև հիդրոլիզիների կիրառության արդյունավետությունը նյութափոխանակության խանգարման հետևանքով առաջացած հիպոտրոֆիայի և հիպոպրոտեինեմիայի դեպքում (Ա. Մ. Սիմոնյան): Ուշադրության արժանի են հատկապես սնուցման խրոնիկ խանգարումներով հիվանդ երեխաների մոտ սակավարյունության հարցի վերաբերյալ կատարված ուսումնասիրությունները (Թ. Հ. Գաբրիելյան):

Հայաստանի մանկաբույժները մշտապես մեծ հետաքրքրություն են ցուցաբերել վիտամինային բուժման նկատմամբ: Մանկաբուժական պրակտիկայում հատկապես մեծ կիրառում են ստացել «A», «B», «C», «D» և «K» վիտամինները: Ապացուցվել է նրանց արդյունավետությունը տարբեր հիվանդությունների ժամանակ: Ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ արյունահոսությունում և արյունազեղումներով ուղեկցվող մի շարք հիվանդությունների ժամանակ (մալարիա, կալա-ազար, խոցային ստոմատիտ, դիզենտերիա, ավիտամինոզներ) բուժական այլ միջոցառումներին զուգընթաց լավ արդյունք է տալիս «K» վիտամինի օգտագործումը²⁶: Տարբեր հիվանդությունների ժամանակ իբրև զուգա-

²⁶ Տե՛ս Օ. Ա. Каприелян, О применении витамина «K» у детей, «Известия Ермед. института и мед. общества Армении», 1946, № 4—5, стр. 242—243.

հեռ բուժամիջոց հաջողությամբ կիրառվում էր հյուսվածաբուժությունը, որի ընթացքում օգտագործում էին կախույթ՝ Վերջինիս պատրաստման և կիրառման հղանակը մշակել է Մ. Ա. Հայրյանը։ Հաշվի առնելով, որ հյուսվածաբուժությունը կարճ ժամանակամիջոցում տալիս է բուժական լավ արդյունք, առաջարկվում էր այն լայնորեն կիրառել մանկաբուժական պրակտիկայում։

Որոշակի աշխատանքներ են կատարվել նաև նորածինների հիվանդությունների կանխարգելման և բուժման ասպարեզում (Հ. Հ. Գաբրիելյան, Ս. Գ. Սլկունի, Թ. Հ. Գաբրիելյան, Ս. Ի. Հարությունյան, Լ. Ն. Բագատուրովա և ուրիշներ)։ Ուշադրության են արժանացել հատկապես անհասության, հեմոլիտիկ հիվանդության, նորածինների թոքաբորբերի կանխարգելման և բուժման հարցերը։ Արդեն 50-ական թվականների վերջերից ստեղծվել են անհասների բաժանմունքներ, որտեղ նորածինների նկատմամբ կիրառվում են համակցված միջոցառումներ՝ հատուկ խնամք, անհրաժեշտ սնուցում, վիտամինաբուժություն և այլն (Գ. Ա. Մեղրոյան)։ Հիշարժան ուսումնասիրություններ են կատարվել նորածինների ֆիզիոլոգիայի և ախտաբանության վերաբերյալ (Հ. Հ. Գաբրիելյան, Թ. Հ. Գաբրիելյան)։

Վերջին տարիներս մանկաբույժները զբաղվել են նաև պերիոդիկ (հաշվական) հիվանդության կլինիկայի ուսումնասիրությամբ։ Այդ ուղղությամբ կատարված աշխատանքները մանկաբույժներին բերեցին այն համոզման, որ հիվանդությունը ունենում է խրոնիկական ընթացք։ Մեծ մասամբ այն սկսվում է վաղ մանկական հասակում և տարիներ տևում։ Պերիոդիկ հիվանդության դեպքում երեխաների ֆիզիկական զարգացումը նորմայից ետ է մնում, իսկ առանձին օրգանների, հաճախ երիկամների ախտահարումը կարող է դառնալ մահվան պատճառ (Ս. Գ. Սլկունի)։ Գիտագործնական աշխատանքների ընթացքում բացահայտվել են նորածինների և մինչև մեկ տարեկան երեխաների մոտ էպիդեմիկ ցերեբրոսպինալ մենինգիտի, ինչպես նաև կրծքի երեխաների մենինգիտի ամբուլատոր ձևեր (Հ. Հ. Գաբրիելյան և ուրիշներ)։

Վերոհիշյալ բազմամյա գիտահետազոտական աշխատանքների արդյունքները մանկական առողջապահության մեջ ներդնելու շնորհիվ զգալիորեն իջել է մանկական մահացության տոկոսը, սակայն այն նվազագույնի հասցնելու համար անհրաժեշտ էր համարվում մանկական առողջապահության բոլոր օղակներում, սկսած մանկաբուժական տեղամասերից և մայրերի հետ տարվող սանլուս

միջոցառումներից, աշխատանքն էլ ավելի բարելավել, այն դեպքում բարձր հիմքերի վրա²⁷։

Սովետական Հայաստանում 1920—60 թթ. մանկաբուժությունը աննախընթաց վերելք ապրեց։ Ստեղծվեց հայ մանկաբույժների գիտական դպրոց, որի լավագույն ներկայացուցիչները իրենց ավանդը ներդրեցին հայրենական մանկաբուժության զարգացման գործում։

Հայաստանում մանկաբուժության զարգացման, ինչպես նաև մանկաբույժների պատրաստման գործում մեծ ավանդ ունեն հանրապետությունում գիտական մանկաբուժության հիմնադիր պրոֆ. Ն. Ն. Գաբրիելյանը, բժշկական գիտությունների դոկտոր Գ. Մ. Մարգարյանը, դոցենտ Ս. Գ. Սլիունին, պրոֆ. Թ. Ն. Գաբրիելյանը և ուրիշներ։ Այդ տարիներին իրենց գիտական առաջին քայլերն էին կատարում խոստումնալից մանկաբույժներ, հետագայում անվանի գիտնականներ՝ Վ. Ա. Աստվածատրյանը, Ա. Ա. Գալստյանը, Ս. Ռ. Իրոյանը և ուրիշներ։

Հայաստանում մանկաբուժական գիտական մտքի զարգացման գործում մեծ է ինչպես մանկաբույժների ավագ սերնդի ներկայացուցիչների, այնպես էլ Հայաստանի մանկաբույժների գիտական ընկերության և Երևանի բժշկական ինստիտուտի մանկական հիվանդությունների ամբիոնի դերը։

В. М. МАРТИРОСЯН

РАЗВИТИЕ ПЕДИАТРИИ В СОВЕТСКОЙ АРМЕНИИ (1920—1960)

Резюме

С установлением Советской власти в Армении создались благоприятные условия для развития медицинских наук, в том числе и педиатрии.

Медицинское обслуживание детского населения Армянской ССР осуществлялось многочисленными лечебными учреждениями, где работало много высококвалифицированных специалистов-педиатров.

²⁷ Տե՛ս Շ. Գ. Տլյուნი, Анализ досуточной летальности по данным детской клинической больницы на 1955—56 гг., «Труды Ермед. института», вып. X, 1959, стр. 364.

Особое внимание уделялось санаторно-курортному лечению детей. Большой популярностью пользовались детские санатории в Арзни, Дилижане, Агавнадзоре, Гюлагараке, Арагаце и других местах.

Созданная проф. О. А. Каприеляном в 1926 году кафедра детских болезней медицинского факультета государственного университета стала центром не только подготовки кадров, но и научных исследований. В первые годы создания кафедры и клиники детских болезней педиатры республики в основном выступали с докладами и журнальными статьями, в послевоенный период появились и диссертационные работы.

Первая кандидатская диссертация по педиатрии «Переливание крови при вторичных анемиях у детей» — была защищена в 1945 году Г. М. Маркаряном.

Вслед за ним диссертации защитили С. И. Арутюнян, Т. О. Каприелян, С. Г. Слкуни и др.

Каждая из этих работ имеет не только теоретическое, но и практическое значение.

В научных трудах педиатров Армении разрабатывались актуальные вопросы краевой патологии, а также этио-патогенеза, клиники, лечения и профилактики болезней органов дыхания, сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта. Особое внимание уделялось распространенным в республике детским заболеваниям, в том числе и инфекционным (дифтерия, корь, скарлатина и т. д.).

За короткий срок создана научная школа педиатров Армении, лучшие представители которой внесли свою лепту в дело развития педиатрии в республике.