

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆ

Վ. Մ. ՄԱՐՏԻՐՈՍՅԱՆ

ԹԵՐԱՊԻԱՅԻ ԶԱՐԳԱՑՈՒՄԸ ՍՈՎԵՏԱԿԱՆ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ

(1920—1950)

Հայաստանում սովետական կարգերի հաստատման պահին կային ընդամենը 57 բժիշկ և 17 հիվանդանոց՝ 614 մահճակալով [1, էջ 19, 315]։ Հայաստանի ռազմահեղափոխական կոմիտեի 1920 թ. դեկտեմբերի 22-ի դեկրետով ստեղծվեց Առողջապահության ժողովրդական կոմիտարիատ, որի իրավասության տակ անցան հանրապետությունում գտնվող բոլոր բժշկասանիտարական հիմնարկները։ Առողջապահական մարմինների առաջնահերթ խնդիրն էր բարելավել հիվանդանոցների աշխատանքը, բազմապատկել մահճակալների ու բժշկական կադրերի թիվը։

1922 թ. Երևանի պետական համալսարանում բացվեց բժշկական ֆակուլտետ [2, գ. 124, թ. 81], իսկ մեկ տարի անց հիմնադրվեց տրոպիկական ինստիտուտը։ Սովետական իշխանության առաջին տարիներին ձեռնարկված լուրջ միջոցառումների շնորհիվ թերապևտիկ հիվանդները ուտանում էին ամբուլատոր, իսկ մի շարք բնակավայրերում նաև ստացիոնար բուժօգնություն։ Թերապևտիկ օգնության կազմակերպման, կադրերի պատրաստման և թերապիայի զարգացման գործում մեծ աշխատանք կատարեցին 1923—26 թվականներին հիմնադրված բժշկական ֆակուլտետի (այնուհետև ինստիտուտի) ներքին հիվանդությունների պրոպեդևտիկայի (Լ. Ա. Հովհաննիսյան), ֆակուլտետային թերապիայի (Ա. Ա. Մելիք-Աղամյան) և հոսպիտալ թերապիայի (Ռ. Ն. Գյանջեցյան) ամբիոնները։

Միաժամանակ սկսվեց հանքային ջրերի և բուժավայրերի ուսումնասիրությունը, որի շնորհիվ 1925 թ. շահագործման հանձնվեց Արղնու առողջարանը [3, գ. 355, թ. 41]։ Արղեն 1925 թ. հանրապետությունում գործում էին 22 հիվանդանոց, 8 տրոպիկայան, 29 բժշկական, 18 բուժական կայան, 12 բուժարան և նույնքան էլ դեղատուն, որոնք սպասարկում էին թերապևտիկ հիվանդներին [4, էջ 212]։ 1920 թվականի

57-ի փոխարեն 1925 թվականին կային 146 բժիշկներ, որոնց մեջ զգալի թիվ էին կազմում թերապևտները: 1927 թ. բժշկական ֆակուլտետը սովեց իր առաջին շրջանավարտները:

Արդեն 1930 թ. հանրապետությունում կային 127 թերապևտներ և 227 թերապևտիկ, 262 բնդհանուր մահճակալ [3, գ. 767, թ. 3—4]: Տարեցտարի ավելի ամուր հիմքերի վրա էին դրվում բնակչության թերապևտիկ օգնության կազմակերպման աշխատանքները: Հայրենական մեծ պատերազմի նախորդ տարում Սովետական Հայաստանում կային 202 թերապևտ և 598 թերապևտիկ մահճակալ [5, էջ 19, 60]:

Պատերազմի առաջին իսկ օրերին գործող բանակի շարքերը մեկնեցին բազմաթիվ հայ բժիշկներ, այդ թվում նաև թերապևտներ, որոնց զգալի մասը աշխատում էր ռազմաճակատում: Քիչ չէր նաև նրանց թիվը, ովքեր աշխատում էին հանրապետության էվակու-հոսպիտալներում:

Թերապիայի ասպարեկում մեծ հաջողություններ ձեռք բերվեցին հետպատերազմյան հնգամյակի ընթացքում: Արդեն 1950 թ. Սովետական Հայաստանում կային ավելի քան 501 թերապևտ և 1150 թերապևտիկ մահճակալ [3, գ. 920, թ. 6, 18]: 15 շրջաններ ապահովված էին թերապևտիկ մահճակալներով, իսկ գյուղական վայրերում կար 20 շրջանային և 53 տեղամասային հիվանդանոց [3, գ. 413, թ. 3, 20]: Թերապևտիկ բազաների և կադրերի քանակական ու որակական աճը նպաստում էր թերապիայի զարգացմանը, օգնում մշակելու գործնական բը-ժշկագիտության հրատապ հարցերը: Թերապևտների ավագ սերնդի ներկայացուցիչների հետ և նրանց անմիջական ղեկավարությամբ գիտական ասպարեղ իջան բազմաթիվ շնորհալի երիտասարդ գիտնականներ:

Թերապիայի ասպարեկում գիտահետազոտական աշխատանքներ էին կատարվում բժշկական մի շարք հիմնարկներում. դրանց մասնակցում էին ոչ միայն Երևանի պետական համալսարանի բժշկական ֆակուլտետի (հետագայում բժշկական ինստիտուտ) պրոֆեսորադասախոսական կազմը և գիտական հիմնարկների գիտաշխատողները, այլև կլինիկաների, հիվանդանոցների բազմաթիվ բժիշկներ: Այդ տարիներին թարգմանվել ու հրատարակվել են դասագրքեր և ուսումնական ձեռնարկներ: Հիշատակության արժանի են նաև հայ գիտնականների ինքնուրույն աշխատությունները, այդ թվում՝ Լ. Ա. Հովհաննիսյանի «Ներքին հիվանդությունների դիագնոստիկայի դասագիրքը», Ա. Ա. Մելիք-Աղամյանի «Թերապևտիկ հիվանդների հետազոտման սխեման», Ռ. Ն. Գյան-ջեցյանի «Մեղի անալիզը» և այլն: Ուշագրություն կենտրոնում էին երկրամասային հիվանդությունների և, առաջին հերթին, մալարիալի հա-

մաճարակագիտության, ախտածնության, պատճառագիտության, կլինիկայի, բուժման ու կանխարգելման հարցերը:

Տրոպիկական ինստիտուտի մի խումբ աշխատակիցներ կազմեցին և հրատարակեցին «Մալարիա», իսկ Ռ. Ն. Գյանջեցյանը՝ «Մալարիայի կլինիկան» աշխատությունները: Վերջինում մանրամասնորեն վերլուծվում են մալարիայի կլինիկայի պարագիտողագիայի և առանձին օրգանահամակարգերում առաջացած փոփոխությունների հետ կապված հարցերը [6, էջ 157]:

Հաշվի առնելով մալարիայի ախտորոշման ժամանակ հանդիպող մի շարք դժվարությունները, մշակվել և կիրառություն էր գտել, այսպես կոչված անտիգենային մեթոդը: Ներմաշկային ներարկվող անտիգենը տալիս էր հիպերգիկ պատկեր: Քանի որ որոշ դեպքերում դրական ռեակցիա էր ստացվում նաև առողջների մոտ, այդ եղանակին տրվում էր միայն օժանդակ դեր: Բազմաթիվ ուսումնասիրություններ են կատարվել հատկապես մալարիայից առաջացած կոմայի, մասնավորապես նրա կլինիկայի ու բուժման վերաբերյալ: Հաստատվել է որոշ էնդոկրին գեղձերի, այդ թվում հարվահանագեղձերի դերը: Այդ գեղձերում տեղի ունեցող ախտաբանական փոփոխությունները իրենց ազդեցությունն են ունենում մալարիայով տառապող հիվանդների մոտ առաջացած կոմայի կլինիկական պատկերի վրա: Միաժամանակ անառարկելիորեն հաստատվել է, որ կոմայի կլինիկական արտահայտությունները խիստ բաղմամբ են՝ մենինգոէնցեֆալիտային, առեակտիվ և այլն:

Ախտածնության մեջ մեծ տեղ էր տրվում ալերգիկ, տոքսիկ և մեխանիկական բնույթի բազմաթիվ ազդակներին, որոնցից յուրաքանչյուրը առանձին դեպքում լինելով գերակշռող, տալիս էր այս կամ այն կլինիկական պատկերը: Հաճախ նկատվում էր նաև երիկամների ախտահարում:

Նկատի ունենալով, որ մալարիայի ժամանակ չի բացառվում անակրնկալ կոմայի վիճակն ու մահը, մեծ տեղ էր տրվում ժամանակին ախտորոշմանը և շտապ միջամտությանը: Միաժամանակ հնարավոր էր համարվում կոմայի և հատկապես նախակոմային վիճակի վաղաժամ ախտորոշումը (Լ. Ա. Հովհաննիսյան): Ապացուցվել է, որ մալարիայով հիվանդի մոտ ստեղծվում է սիրտ-անոթային համակարգի ախտահարման սպառնալիք, ուստի անհրաժեշտ էր համարվում հատուկ ուշադրություն դարձնել սիրտ-անոթային համակարգի վրա, որը հնարավորություն կտար հենց ծագման պահին հայտնաբերել այդ բարդությունները և բուժել (Ա. Ա. Մեխրե-Աղամյան) [7, էջ 257—259]: Այդ բարդությունները, որ հիվանդների մոտ արտահայտվում էին սրտի խփոցի, ցավի և այլ ձևերով, կարող էին հանդես գալ որպես ֆունկցիոնալ փոփոխություն-

ներ կամ արլան շրջանառութեան ծանր անբավարարութիւն, կախված մալարիայի ձևից, տեղութիւնից և օրգանիզմի ունակութեանն է: Մալարիայի ժամանակ սրտի ախտահարումը կրում է առաջնային բնույթ, և սրտի պսակաձև անոթների արլան շրջանառութեան խանգարման հետևանքով սրտամկանում վարզանում են զիստրոֆիկ փոփոխութիւններ:

Ուսումնասիրութիւնները ցույց են տվել, որ մալարիայի ժամանակ ստորին ծայրանդամների սիմետրիկ զանդրեման կապված է հիվանդութեան հետևանքով առաջացած ֆունկցիոնալ և օրգանական փոփոխութիւնների հետ: Հիմնական պատճառը մալարիայի վարակն է, որը մի կողմից առաջ է բերում արլան, սիրտ-անոթային համակարգի, մշտա-կողմից հշտվածքների և արշունատար անոթների ունակութեան փոփոխութիւններ: Արտի գործունեության թուլութիւնը, անոթների ներդրան նեղացումը և արլան կանգը ստեղծում են բարենպաստ պայմաններ զանդրեմայի առաջացման համար [8, էջ 116—124]: Հաստատուի է նաև, որ մալարիան բացասաբար է անդրադառնում նաև կրուպոզ թորորերի, տուբերկուլոզի և շնչառական օրգանների մի շարք հիվանդութիւնների բնթացքի վրա: Հաճախ թորերում առաջանում են ախտաբանական փոփոխութիւններ ու բարդութիւններ, որոնք բժշկների կողմից չեն մեկնարանվում և վերադրվում են այլ հիվանդութիւնների: Հաստատուի է, որ մալարիայի առկայութեան դեպքում կրուպոզ թորերը ավելի ծանր բնթացք են ունենում:

Ժխտվել որոշ հեղինակների անհիմն ու կլինիկական տեսակետից վնասակար կարծիքը, թե իրր գոյութիւն ունի հակամարտութիւն տուբերկուլոզի և մալարիայի միջև [9, էջ 87—91]: Ուսումնասիրութիւններ են կատարվել բացահայտելու մալարիայի ժամանակ փայծաղի չափերի, ձևի և ֆունկցիայի փոփոխութիւնները: Հաստատուի է, որ մալարիայով հիվանդի փայծաղը մեծանում է, ձևափոխվում, փոխվում են նաև նրա ֆունկցիոնալ հատկութիւնները [1, էջ 662]: Փայծաղի մեծացումն ու ձևափոխումը բացասաբար է անդրադառնում հարեան օրգանների նորմալ գործունեության վրա: Մեծացած փայծաղը ճնշելով ստամոքսին, խանգարում է նրա ֆունկցիան, առաջացնելով լայնացում և իջեցում: Մալարիայի ժամանակ հաճախ կարող են լինել նաև ստամոքսաբորբեր, որոնք անցնում են հակամալարիային միջոցներով բուժումից հետո: Նկարագրվել է նաև սուր որովայնի ախտանշանները, որը կարող էր սխալ ախտորոշման տեղիք տալ [10, էջ 234—242]: Ապացուցվել է, որ մալարիայով հիվանդների սուր որովայնի ախտանշանները կարող է առաջանալ որովայնի անոթների խցանման, ար-

յունագեղումների, վեգետոններողների և այլ դեպքերում և հիմնականում պահանջում է կոնսերվատիվ բուժում:

Պարզվել է, որ մալարիան բացասաբար է անդրադառնում նաև ներքին սեկրեցիայի գեղձերի գործունեության վրա: Նշվել են մի շարք գեղձերում տեղի ունեցող տարատեսակ ախտահարումները, որոնք արտահայտվում են մակուղեղային գաճաճության, ոչ շաքարային միզածորության, լորձային այտուցի, բրոնխիտի և այլ երևույթներով: Լինում են նաև վահանագեղձի, սեռական և այլ ախտահարումներ: Բացահայտված է նաև մալարիայի կաղնալուծող ազդեցությունը ժողովրդական տնտեսության, ինչպես նաև բնակչության ֆիզիկական զարգացման ցուցանիշների վրա: Հանրապետության այն շրջաններում, որտեղ մալարիան մեծ տարածում էր ստացել, նկատվել է ֆիզիկական զարգացման դանդաղում, բնակչության բնական աճի և կյանքի միջին տևողության նվազում [11, էջ 70—74]: Ուշադրության արժանի են նաև մալարիայի հետևանքով առաջացած սակավարյունության, նեֆրոպաթիայի, հեմոռաղիկ դիաթեզների և այլ հարցերի շուրջը կատարված աշխատանքները: Հաստատվել է, որ մալարիայի հետևանքով ախտահարվում են նաև երիկամները, սովորաբար նեֆրոզ-նեֆրիտի ձևով: Վերջինս ընթանում է մեծ այտուցների երևույթներով, իսկ խրոնիկ ընթացքի ժամանակ կարող է առաջացնել երիկամների անբավարարություն [12]: Մեծ ուշադրության են արժանացել նաև մալարիայի ժամանակ օրգանիզմի նյութափոխանակության ընթացքում տեղի ունեցող տեղաշարժերը, լյարդում տեղի ունեցող դիստրոֆիկ փոփոխությունները, ինչպես նաև ճարպային ու լիպոլիզ փոխանակության խանգարումները: Ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ մալարիայով հիվանդների լյարդի ֆունկցիոնալ ախտաբանության մեջ կարևոր դեր ունեն նաև ճարպա-լիպոլիզային փոխանակության խանգարումները: Արյան մեջ, ի հաշիվ ալբումինների, իջնում է սպիտակուցների քանակը և ալբումին-գլոբուլինային գործակիցը: Հիպոպրոտեինէմիան կապված է մալարիայի վարակի ազդեցության հետևանքով լյարդի ֆունկցիայի և նրա մազանոթների փոփոխությունների հետ [13, էջ 177—180]: Ուսումնասիրությունները հաստատել են այն կարծիքը, որ մալարիայի ժամանակ մեծապես խանգարվում են նյութափոխանակության բոլոր տեսակները: Մասնավորապես պարզվել է, որ լյարդի ախտահարման հետ կապված ածխաջրածնային փոխանակության խանգարումը ուղղակի փոխադարձ կապի մեջ է խանգարված ֆոսֆորային փոխանակության հետ [14, էջ 75—79]: Իջնում է նաև C-վիտամինային փոխանակությունը: Մալարիայով տառապող հիվանդների մոտ C-ալիտամինոզի և հիպովիտամինոզի երևույթները հիմնականում նկատելի են դառնում

լլարդի և փայծաղի զղալի ախտահարումներին, լլարդ-փայծաղային ախտանշանների, ինչպես նաև կոմատոզ մալարիայի ժամանակ, կատարվել են ուշադրություն արժանի մի շարք աշխատանքներ, որոնց հիմնական նպատակն է եղել հաստատել վեդետատիվ նյարդային համակարգի առաջնային աչն տեղաշարժերը, որոնք միշտ չէ որ հայտնաբերվում են կլինիկական անալիզներով ու ախտաբանա-անատոմիական հետազոտություններով [15, էջ 80—89]։ Այդ աշխատանքները ցույց են տվել, որ մալարիայի ժամանակ հումորալ տեղաշարժերը կրում են բացարձակապես պարասիմպատիկ բնույթ։ Պարզվել է նաև, որ համեմատաբար խիստ արտահայտված սցիտիլսոփինային կրկարածե ունակցիա ստացվում է մալարիային կոմայի ժամանակ։ Դեռևս վերջնականապես լուծված չէր մալարիայի կլինիկական դասակարգման հարցը։

Նրևանի մալարիայի և բժշկական պարազիտոլոգիայի գիտահետազոտական ինստիտուտի կլինիկական բաժնի աշխատակիցների մի խումբ մշակեց մալարիայի նոր դասակարգում, որի համաձայն հիվանդությունն, ըստ կլինիկական արտահայտությունից, բաժանվում է չորս հիմնական խմբի։ Այդ դասակարգումը բնորոշվեց և կիրառություն գտավ հանրապետության բազմաթիվ բուժհիմնարկներում, նպաստելով մալարիայի ախտորոշման և բուժման գործին։ Կլինիկայի և ախտորոշման հարցերի հետ մեկտեղ բազմաթիվ ուշագրավ աշխատանքներ են կատարվել նաև հիվանդության բուժման ասպարեզում։ Փորձարկվել են բազում նոր պրեպարատներ և բուժման եղանակներ, որոնցից գործնական կիրառություն են գտել առավել արդյունավետները [16, էջ 198—212]։

Առաջարկվել է մալարիայի անընդմեջ զուգորդված բուժման եղանակ, որի կլինիկական կիրառումը տվել է գոհացուցիչ արդյունքներ [17, էջ 93—100]։ Այդ եղանակով բուժման ընթացքում առանձին կլինիկական ցուցանիշները՝ հիվանդի կշռի, արյան կազմի, լլարդի և փայծաղի փոփոխությունները զգալիորեն մոտենում են նորմային, ունցիդիվներ ալելի քիչ են լինում։ Զգալի աշխատանքներ են կատարվել նաև ոչ սպեցիֆիկ միջոցներով, այդ թվում նաև Հայաստանում հայտնի ժողովրդական բժշկության միջոցներով, արյան փոխներարկումներով մալարիայի բուժման ուղղությամբ։ Լավ արդյունքներ են ստացվել հատկապես արյան փոխներարկումներից, թեև որոշ դեպքերում նկատվել է հիվանդության պատկերի սրում։ Ախտորոշման ընթացքում որոշակի տեղ տալով ոսկրածուծի պոնկցիային, մալարիայի հետևանքով առաջացած սակավարյունության դեպքում լավագույն կենսաբանական խթանիչ էր համարվում արյունաբուժությունը։ Սակավարյունության դեպքում

քում հատկապես գոհացուցիչ արդյունք էր ստացվում, երբ հակամալարիային միջոցները ղուգորդվում էին էրիթրոցիտային դանգվածի հետ: Բուժման ոչ սպեցիֆիկ հղանակների հայտնաբերման ուղղությամբ կատարված աշխատանքների ընթացքում մշակվել է փայծաղալին դիետայով բուժման հղանակ, որը մալարիայի ձգձգվող ձևերի, սակավարյունության և կախեքսիայի դեպքում տալիս էր լավ արդյունք [18, էջ 25—29]: Լավանում էր հիվանդների ընդհանուր վիճակը, փոփոխված արյան կազմի քանակական ու որակական ցուցանիշները մոտենում էին նորմային: Դրական փոփոխություններ էին տեղի ունենում նաև սրտամկանում, լյարդում ու փայծաղում [19]:

Որպես բուժիչ ազդակ որոշակի տեղ էր հատկացվում լեռնային կլիմային, որի պայմաններում առաջին հերթին բուժվում էին մալարիայի դժվարբուժելի ձևերը, այդ թվում նաև սակավարյունությամբ և ոչ խիստ կախեքսիայով ուղեկցվող դեպքերը [20, էջ 84—92]:

Թերապևտների ուշադրության կենտրոնում են եղել սիրտ-անոթային համակարգի հիվանդությունները: Մշակվել են սրտաբանության բազմաթիվ հարցեր, որոնք ունեն ոչ միայն տեսական այլև գործնական մեծ նշանակություն: Ուսումնասիրվել են ծայրամասային արյունատար անոթների տոնուսի փոփոխությունները կապված վեգետատիվ նյարդային և էնդոկրին համակարգերի, ինչպես նաև անոթաշարժ կենտրոնի ֆունկցիայի խանգարումների հետ: Տարբեր ծագման հիպոտոնիաների դեպքերի ուսումնասիրումը ցույց է տվել կլինիկական պրակտիկայում նրա մեծ հաճախականությունը: Մշակվել են հիպոտոնիայի պատճառագիտության, ախտաճնության և կլինիկայի հարցերը [21]: Բուժման ընթացքում յուրահատուկ տեղ էր տրվում կլիմայաբուժությանը, ջրաբուժությանը, հանքային ջրերին, իսկ դեղանյութերից՝ էֆեդրինի կիրառմանը: Բացահայտվել է սիրտ-անոթային համակարգի ֆունկցիայի որոշման ժամանակ արյան նվազագույն, առավելագույն և միջին դինամիկ ճնշման, ինչպես նաև օսցիլոմետրիկ գործակցի դերը: Մեծ տեղ էր տրվում միջին ճնշմանը, որպես կայուն մեծության, որը որոշ մակարդակի վրա է պահում կենտրոնի և պերիֆերիայի փոխաբաբերությունը: Սրտային հիվանդների մոտ միջին ճնշման փոփոխական դառնալը դիտվում էր որպես սիրտ-անոթային համակարգի ֆունկցիոնալ փոփոխությունների ցուցանիշ, անկախ գոյություն ունեցող ձևաբանական փոփոխություններից: Ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ գոյություն ունեն հրակային ճնշման հինգ տեսակներ՝ նորմալ, դինամիկ բարձրացած և իջած, ստատիկ բարձրացած և իջած: Սրտային հիվանդների հարկադրական դիրքի ժամանակ բարձրանում է երակային ճնշումը, պակասում պահեստային արյան քանակը և դանդաղում

արշան հոսքը Այդ տեսանկյունով էր բացատրվում այն փաստը, որ դեկտեմբերինսացման ղեկարում սրտային հիվանդները իրենց ավելի լավ են զգում, երբ ընդունում են ուղղահայաց դիրք։ Որոշակի հետաքրքրություն են ներկայացնում նաև այն աշխատանքները, որոնք վերաբերում են թոքային որոշ հիվանդությունների ժամանակ սրտի զործունեության փոփոխությունների և արշան հոսքի արագության կլինիկական նշանակության բացահայտմանը։ Ուշադրության են արժանացել նաև որոշ հիվանդությունների ժամանակ էլեկտրասրտագրական տեղաշարժերը, մասնավորապես ձգձգվող մալարիայի ժամանակ։ Մալարիայի համարյա բոլոր ձևերի ժամանակ կլինիկական երևույթների փաստացման հետ արձանագրվել է նաև դիստրոֆիկ փոփոխությունների հետևանքով սիստոլիկ շրջանի տևողության երկարում, որպես սրտամկանի կծկողական հատկության փոփոխության հետևանք [22, էջ 284—291]։ Էլեկտրասրտագրական փոփոխություններ են նկատվել նաև Ինֆուլ տառապող հիվանդների ծայրամասային անոթների շրջանում։ Ուսումնասիրվել են մալարիայի հետևանքով առաջացած կապիլյարոսկոպիկ փոփոխությունները։ Այդ փոփոխությունները ունեն բավական բնորոշ պատկեր, որ կախված էին հիվանդության կլինիկական տեսակից և բարդության աստիճանից։ Լուրջ աշխատանքներ են կատարվել սրտամկանի ինֆարկտի կլինիկական ախտանշանների, կրծքային հեղձուկի և սրտի պտկաձև անոթների խցանման ժամանակ տարբերակիչ ախտորոշման ուղղությամբ։ Անհրաժեշտ էր համարվում սրտամկանի ինֆարկտի ախտորոշումը դարձնել ոչ թե առանձին անհատների, այլ բոլոր թերապևտների սեփականությունը [23, էջ 127—136]։

Ձրադվելով օրգանական աղմուկների ծագման խրթին հարցով, Լ. Ա. Հովհաննիսյանը դալիս է այն համոզման, որ աղմուկի դուլացման հիմնական զործունը արշան հոսքի արագությունն է, իսկ օրգանական ախտահարումների ժամանակ արշան հոսքի արգելքի հետևանքով հոսքի արագությունն ավելի է մեծանում։ Ապացուցվել է նաև, որ սրտի և անոթների պատերը չեն մասնակցում ձայնագոյացմանը, սակայն նրանց ֆիզիկական դրությունը ազդում է հնչյունների ակուստիկ հատկության (ուժ, հնչելություն) վրա։ Ստացվում է, որ սիրտ-անոթային աղմուկները ծագում են արշան շարժման տուրբուլենտ բնույթի հետևանքով [24]։ Միաժամանակ կլինիկական դիտումները ցույց են տվել, որ սրտի աղմուկների հիմքում ընկած են փականների կոպիտ կաղմափոխությունները։ Սրտի և անոթների արատների ախտորոշման դժվարություններից ելնելով անհրաժեշտ էր համարվում հետազոտ մշակման ենթարկել հետադոման անոթասրտագրական եղանակներն ու նրանց կիրառման տեխնիկան։

Բնածին արատներն ղեկավարում, երբ կան արյան շրջանառության անբավարարության չափավոր արտահայտված երևույթներ և բացակայում են բորբոքային պրոցեսները, խորհուրդ էր տրվում կիրառել առողջարանային բուժում, կոփել օրգանիզմը և ընտրել համապատասխան մանագիտություն: Հետազոտվել են սրտային հիվանդությունների բուժման նպատակով կիրառվող դեղապատրաստուկների օգտագործման արդյունքները: Ուսումնասիրվել է մագնեզիումի սուլֆատի ազդեցությունը բրոնխային ասթմայի, հիպոտոնիայի, սուր նեֆրիտի, պիլոռոսպազմի և այլ դեպքերում: Պարզվել է, որ մագնեզիումի սուլֆատի ներարկումները վերացնում են սրտի շրջանի ցավերը: Դա հիմք հանդիսացավ այն օգտագործելու ինչպես բուժման, այնպես էլ պրակտիկ օրգանական և ֆունկցիոնալ ցավերի տարբերիչ ախտորոշման նպատակով [25, էջ 270—274]: Մագնեզիալ թերապիան լավ արդյունք էր տալիս նաև սուր նեֆրիտների սկզբնական շրջանում, իսկ խրոնիկ նեֆրիտների ժամանակ ոչ բոլոր դեպքերում էր լինում լավացում, սակայն հիվանդները դուրս էին գալիս նախաուրեմիկ վիճակից: Այդ աշխատանքները հիմք հանդիսացան, որպեսզի մագնեզիումի սուլֆատի կիրառումը խրոնիկ նեֆրիտների ժամանակ համարվի նախազգուշական միջոց: Հաշվի առնելով սիրտ-անոթային հիվանդությունների խրոնիկական ընթացքը և նրանց բուժման կլինայական պայմանները ու հանքային ջրերի դերը, ուսումնասիրություններ են կատարվել բացահայտելու հանրապետության բուժավայրերի ու հանքային ջրերի դերն ու արդյունավետությունը: Այդ աշխատանքներն ամրապնդեցին Արզնու փառքը որպես սրտային առողջարան՝ նրան տալով համամիութենական ճանաչում: Միաժամանակ ուսումնասիրությունները ցույց տվեցին, որ «Ջերմուկ» հանքային ջրի ազդեցության տակ մեծանում են շրջող արյան ճանալը, սրտի հարվածային ու բաժանական ժավալները [26]:

Սիրտ-թոքային հիվանդություններից կլինիկական պրակտիկայում բազմիցս ախտորոշվել և ուսումնասիրվել են Այերցի հիվանդությունը [27, էջ 178—183], թոքերի աբսցեսը, թոքերի սիֆիլիսը, թոքամզի հրազենային ծագման թաբախային բորբոքումները, թոքերի էխսինոկոկոզը: Ախտաբանա-անատոմիական դրոսկյան ժամանակ առաջանում է թոքային զարկերակի և նրա ճյուղերի կարծրախտ: Ամենահիմնական ազդակը շնչառական փոփոխությունն է, որ ստեղծում է անբավարար օդափոխանակություն: Հիվանդության առաջացմանը օժանդակում են արյան փոքր շրջանառությունում ճնշման բարձրացումը, վարակը և թուլները, որոնք ազդելով թոքային զարկերակի պատերի վրա առաջացնում են կարծրախտ: Ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ թոքերի թաբախակույտը կարող է ընթանալ տարբեր ձևերով և որ ընթացքի վրա

կարեւոր դեր է խաղում թարախակույտի տեղադրութիւնը: Բուժման ընթացքում պահանջվում էր խիստ անհատական մոտեցում, կախված հիվանդութեան ձևից, ընթացքից ու հիվանդի տարիքից:

Ուսումնասիրվել են նաև ունեւատիվներ և ինֆիկցիոն աչլ ծագման հոդախտերը, աչլ թվում՝ խրոնիկ բազմահոդաբորբերի բուժման արդյունավետութիւնը Արզնի առողջարանում: Աչլ աշխատանքները ցույց են տվել, որ հոդախտերի ծագման գործում երբեմն դեր է խաղում նաև մաշարիան, ուստի առաջարկվում էր բաղնիոթերապիայի հետ միաժամանակ նշանակել նաև հակամալարիային միջոցներ: Հոդախտերի բուժման ժամանակ դրական արդյունք էր ստացվում նաև «Արզնի» հանքային ջրի ընդունումից: Կլինիկական պրակտիկայում երբեմն թերապեւտները առիթ էին ունենում հանդիպելու ունեւատիվի առիպիկ ձևերի հետ, որոնք ընթանում էին թորային, որովայնային և խառը արտահայտութիւններով, իսկ դա, անկասկած, դժվարացնում էր հիվանդների ախտորոշման և բուժման գործը: Ռեւմատիզմի առիպիկ ձևերի ախտորոշման ժամանակ հազվի էին առնում նախկինում տեղի ունեցած ունեւատիկ գրոհները, սրտի, անոթների, հոդերի ախտաբանական փոփոխութիւնները և հակաունեւատիկ միջոցների օգտագործումից ստացված արդյունքը [28, էջ 60—65]: Բուժիչ և կանխարգելիչ մեծ նշանակութիւն էր տրվում Բուլոյի հիվանդութեան ձգձգվող տեսակների դեպքում նշագեղձերի էնտերիալային [29, էջ 23—26]:

Կլինիկական պրակտիկայում կիրառութիւն էր գտել հոդաբորբերի բուժման աուտոհեմոթերապիայի ներմաշկային եղանակը, որը տվել էր դրական արդյունք: Մեծ դժվարութիւնների հետ էր կապված որովայնի օրգանների հիվանդութիւնների ախտորոշումը, ուստի Լ. Ա. Հովհաննիսյանը դրադիւմ է աղետամոքսային տրակտի մեթոդական շոշափման հարցերով [30, էջ 199—207]: Միաժամանակ մշակվել է ներորովայնային ուռուցքների ախտորոշման հարցը, որը մեծաքանակ նյութի հիման վրա տվել է բավարար արդյունք: Ուշագրութեան են արժանացել նաև ստամոքսի և 12-մատնյա աղիի խոցային հիվանդութեան պատճառագիտութեան, կլինիկայի ու բուժման հարցերը: Բացահայտվել է մաշարիայի հետեւորով ստամոքսի արյունատար անոթների խցանման և խոցային հիվանդութեան ծագման հնարավորութիւնը: Այն կարծիքն է հայտնվել, որ ընչպէս հիվանդութիւնն ընթանում է տեղային արտահայտված երեւոյթներով, բայց դա, ըստ էութեան, ընդհանուր օրգանիզմի հիվանդութիւն է [31, էջ 9—19, 9—14]: Ուսումնասիրութիւնները ցույց են տվել, որ պատերազմի տարիներին խոցային հիվանդութիւնները հաճախակի են դառնում (հատկապէս դինժառաղոցների մոտ): Հիվանդութեան կլինիկական արտահայտութիւնը բնութա-

գրվում էր ցավերի ու մի շարք ախտանշանների կայունությամբ և հոս-
սիտալային բուժման ժամկետի երկարացմամբ: Ցավային ախտանիշի
կայունությունը պահանջում էր ներգործել նյարդային համակարգի վրա
գերադանցապես ֆիզիոթերապևտիկ միջոցներով [32, էջ 43—48]:

Ստամոքսի և 12-մատնյա աղիի խոցերի մեջ գերակշռում էին առա-
ջինները, սակայն սովորաբար ծանր բարդություններ չէին առաջաց-
րում: Ենթադրվում էր, որ բուժման մի շարք եղանակներ, այդ թվում՝ առողջարանա-
յին և քնարոժության, որոնք տվել են գոհացուցիչ արդյունքներ: Ա. Ա.
Մեխիք-Աղամյանի ղեկավարությամբ մշակվել են Ջերմուկ բուժավայ-
րում հիվանդների բուժման ցուցմունքներն ու հակացուցմունքները:
«Ջերմուկ» հանքային ջուրը երաշխավորվել է ստամոքսի խրոնիկ հի-
վանդությունների, լյարդի խրոնիկ բորբոքման, նյութափոխանակության
խանգարումների, հոգաբորբերի և այլ ղեպքերում [33, էջ 5—12]: «Ջեր-
մուկը» կարգավորում է ստամոքսի շարժիչ և հյութազատիչ գործունեու-
թյունը [34, էջ 79—83]:

Դեղորայքային բուժման ժամանակ հատկապես լավ արդյունքներ
են ստացվել բրոմատրոպինի օգտագործումից: Դործնական մեծ հե-
տաքրքրություն էր ներկայացնում խաղողաբուծությունը: Խաղողի տե-
ղական տեսակներից մի քանիսը գիտական փորձարկումներից հետո ե-
րաշխավորվել են իբրև դիետիկ սնունդ և բուժամիջոց: Ուշադրության են
արժանացել ներդատիչ գեղձերի ախտահարումները, այդ թվում՝ միքսե-
ղեման, ադիպոսյան հիվանդությունը, ուսումնասիրվել են նրանց կլի-
նիկայի և բուժման մի քանի հարցեր:

Ուսումնասիրվել է նաև ներքին հիվանդությունների ղեպքում սուբ-
ֆերիլ կայունությունը: Պարզվել է, որ դրանում որոշակի դեր ունեն
ինչպես ինֆեկցիոն (բրուցելոզ, մալարիա, գրիպ), այնպես էլ ոչ ին-
ֆեկցիոն պատճառները: Երկարատև սուբֆերիլ ջերմությունն ընթա-
նում է որևէ օրգան համակարգի կողմից սուբյեկտիվ երևույթներով և
օբյեկտիվ որոշ տվյալներով դուզորդված:

Թերապևտների ուշադրությունից դուրս չի մնացել նաև մարմնա-
կազմի, մասնավորապես անհատի դինամիկ դասակարգման հարցը:
Փորձ է արվել մարդկանց բաժանել առանձին խմբերի ոչ թե նրանց ձևա-
բանական նշանների, այլ դինամիկ մարմնաշարժության, քայլվածքի,
միմիկայի և այլ հատկությունների հիման վրա [35, էջ 1363—1371]:

Ձգալի թվով աշխատանքներ նվիրվել են հանրապետությունում մեծ
տարածում ստացած ճիճվային հիվանդությունների ու դիզենտերիայի
բուժման և կանխարգելման, ինչպես նաև այդ հիվանդությունների ժա-
մանակ օգտագործվող տարբեր ղեղապատմամեթոդների հարցերին:

Մանրամասն ուսումնասիրվել է հատկապես աղերային ամերիպըր (հարուցիչը, կլինիկան և բուժումը) և հրատարակվել մենագրությամբ:

Խոլեցիստիանների կլինիկայի ուսումնասիրությունը ցույց է տվել, որ լյամբլիոզ խոլեցիստիանները ունեն չորահատուկ ընթացք: Հաստատվել է գիզենտերիայի ժամանակ սուլֆանիլամիդների, ինչպես նաև բակտերիոֆագի, С-փրամինի, արյան փոխներարկումների և լիարժեք սնուցման արդյունավետությունը: Մի շարք աշխատանքներ են նվիրվել նաև բուլցիկոզի համաճարակադիտության, կլինիկայի և բուժման հարցերին:

Խոսելով սովետական իշխանության առաջին երեք տասնամյակների ընթացքում թերապիայի զարգացման մասին, հարկ է նշել թերապևտների ավագ սերնդի ներկայացուցիչների ավանդու նրանք նպաստեցին ինչպես գիտական թերապիայի զարգացմանը, այնպես էլ հանրապետության համար պրակտիկ բժիշկների ու գիտամանկավարժական կադրերի պատրաստմանը: Է. Ա. Հովհաննիսյանի, Ա. Ա. Մելիք-Աղամյանի, Ռ. Ն. Գյանչեցյանի և այլոց ջանքերով ստեղծվեց հայ թերապևտների գիտական դպրոց, որն իր ներդրումն ունեցավ սովետական բժշկագիտության զարգացման գործում:

В. М. МАТИРОСЯН

РАЗВИТИЕ ТЕРАПИИ В СОВЕТСКОЙ АРМЕНИИ

(1920—1950 гг.)

Резюме

За годы Советской власти в Армении достигнуты большие успехи в области организации терапевтической помощи населению и в развитии терапевтической науки. Расширилась сеть медицинских учреждений, открылись терапевтические отделения и клиники, ставшие научными базами для развития терапии. Особенно большая работа проведена в послевоенной пятилетке.

Терапевтами предложены новые способы лечения и диагностики ряда заболеваний. Плодотворные научно-исследовательские работы проведены в области краевых заболеваний, и в первую очередь, малярии. Изучены кардинальные вопросы сердечно-сосудистой, дыхательной системы и желудочно-кишечного тракта. Создана научная школа терапевтов Советской Армении, которая, занимаясь актуальными вопросами современной терапии, способствовала развитию терапевтической науки.

В развитии терапии в республике велики заслуги Л. А. Оганесяна, А. А. Мелик-Адамяна, Р. Н. Гянджеяна, А. Т. Симоняна и др.

ՀՐԱՇԱՆԻՐՔՆԵՐ

- 1 Оганесян Л. А. История медицины в Армении, т. 5, Ереван, 1947.
- 2 Հալի. ՍՍՀ ՀՀՍԵ ԿՊԱ, ֆ. 20.
- 3 Հալի. ՍՍՀ ՀՀՍԵ ԿՊԱ, ֆ. 118, ց. 3.
- 4 Փառաշնայան Բ. Ս., Հայաստանի տաղանթավորների պատմություն, Երևան, 1973.
- 5 Состояние здоровья и медицинское обслуживание населения Арм. ССР,— Статистический сборник. Ереван. 1964.
6. Չափերցյան Բ. Ն., Մալարիայի կիրքիկան, Երևան, 1945.
- 7 Акопян А. А. Третья научная конференция врачей эвакогоспиталей Арм. ССР.—Известия Ереванского мед. института и медич. общества Армении, вып. 1—2, Ереван, 1944.
- 8 Нанагулян О. А. Симметрическая гангрена нижних конечностей при малярии.—Известия Ереванского мед. института и медич. общества Армении, вып. 3, Ереван, 1945.
- 9 Тер-Исаакян Л. Я. Симбиоз малярии и туберкулеза.—Проблемы туберкулеза, 1935, № 9.
- 10 Геворкян И. Х. Об остром животе при малярии.—Труды третьего Закавказского съезда хирургов, Ереван, 1949.
- 11 Азатян А. Н. К вопросу о влиянии малярии на физическое развитие населения.—Труды третьего съезда по борьбе с малярией и другими тропическими заболеваниями в ССР Армении, Эривань, 1933.
- 12 Бунатян В. П. О нефропатиях малярийного происхождения, кандидатская диссертация, 1940.
- 13 Симонян А. Т., Даниел-Бек Л. Я. О колебаниях в содержании белка и белковых фракций в крови у маляриков.—Известия Ереванского мед. института и медич. общества Армении, вып. 4—5, Ереван, 1946.
- 14 Симонян А. Т. О колебаниях в содержании неорганического фосфора в крови при заболеваниях печени.—Труды Ереванского медицинского института, вып. 6, Ереван, 1949.
- 15 Гаспарян Е. И. Гуморальные сдвиги нервного возбуждения при малярии.—Труды Ереванского медицинского института, вып. 6, Ереван, 1949.
- 16 Арутюнян А. А., Егнарян В. О., Саркисян С., Маркарян А. Результаты массового лечения малярии новыми синтетическими препаратами.—Труды 3 Закавказского съезда по борьбе с малярией и другими тропическими заболеваниями, Тбилиси, 1939.
- 17 Оганесян Л. А., Егнарян В. О., О непрерывном комбинированном методе лечения малярии в лихорадочном периоде.—Известия Ереванского мед. института и медич. общества Армении. вып. 4—5, Ереван, 1946.
- 18 Оганесов Л. А., Фарманян А. К., Даниел-Бек Л. Я. Селезеночная органотерапия как фактор лечения тяжелой малярии и некоторых ее последствий.—Советская медицина, 1940. № 9.

- 19 Даниел-Бек Л. Я. Гематологические и биохимические сдвиги при применении селенитовой диеты у больных с тяжелой малярией и метамаларийными заболеваниями, кандидатская диссертация, 1947.
- 20 Мелик-Адамян А. А. Горный климат как целебный фактор при малярии.—Известия Ереванского мед. института и медиц. общества Армении, вып. 4—5, Ереван, 1946.
- 21 Мелик-Адамян А. А. Материалы к изучению гипотонического синдрома, докторская диссертация, 1937.
- 22 Катания А. А. Электrokардиографические изменения при первичной и тяжелой малярии.—Известия Ереванского мед. института и медиц. общества Армении, вып. 4—5, Ереван, 1946.
- 23 Мелик-Адамян А. А. К прижизненной диагностике инфаркта миокарда.—Сборник научных трудов Ереванского мед. института, вып. I, Ереван, 1940.
- 24 Оганесян Л. А. Происхождение шумов сердца, докторская диссертация, 1937.
- 25 Дарбинян Г. Л. К клиническому наблюдению над действием сернохлорид магнесии на болевой синдром сердца.—Известия Ереванского мед. института и медиц. общества Армении, вып. 4—5, Ереван.
- 26 Асекян В. Х. К вопросу о «плюс» и «минус» декомпенсации, канд. диссертация, 1939.
- 27 Бунатян В. П. Случай болезни Айерца.—Известия Ереванского мед. института и медиц. общества Армении, вып. 3, 1945.
- 28 Авакян В. М. К клинике эпидемических форм ревматизма (болезни Буйо).—Труды Ереванского медицинского института, вып. 6, Ереван, 1949.
- 29 Авакян В. М. О значении энуклеации миндалин в терапии затяжных форм ревматизма (болезни Буйо).—Советская медицина, 1939, № 14.
- 30 Հովհաննիսյան Լ. Ա., Ստամոքս-աղիքային տրակտի մեթոդական շտաբման մասին, ՀՍԽՀ պետ. համալսարանի գիտական տեղեկագիր, Երևան, 1980, № 5:
- 31 Մելիք-Ադամյան Ա. Ա., Ստամոքսի և առանդրամասնի աղիքի խոցի հարցի շուրջը, Բժշկական հանդես, 1926, № 1, 1927, № 2:
- 32 Гляджецян Р. Н. Сравнительные данные о заболеваемости язвенной болезнью за последние годы.—Известия Ереванского мед. института и медиц. общества Армении, вып. 1—2, Ереван, 1944.
- 33 Африкян Б. Л. Химический состав минеральных вод «Джермук».—Труды Ереванского медицинского института, вып. 6, Ереван, 1949.
- 34 Манукян Е. Т. Лечение больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки Джермукской минеральной водой.—Сборник трудов республиканской клинической больницы, вып. I, Ереван.
- 35 Оганесов Л. А. Опыт динамической классификации личности.—Врачебное дело, 1930, № 19—20.