3654

ՊՐՈՖ. Ռ. ՖՈՆ ՅԱՇԿԵ

ԳԻՆԵԿՈԼՈԳԻԱ

ԳԵՏՀՐԱՏ





ՀԱՅԱՀ Ա.ՈՒԺՈՂԿՈՄԱՏ

618
Ջ

ՊՐՈՖ. Ռ. ՖՈՆ ՅԱՇԿԵ

ԳԻՆԵԿՈԼՈԳԻԱ

ԳԵՐՄԱՆԵՐԵՆԻՑ ԹԱՐԳՄԱՆԵՑ
ԲԺ. Ա. ՏԵՐ-ՊՈՂՈՍՅԱՆ

II
A 22787
20323



ՊԵՏԱԿԱՆ ՀՐԱՏԱՐԱԿՉՈՒԹՅՈՒՆ
ԵՐԵՎԱՆ 1937

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

	եջ
Առաջաբան	X

ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԳԻՆԵԿՈԼՈԳԻԱ

I. ԱՆԱՏՈՄԻԱ

1. Արտաքին սեռական օրգաններ	1
2. Հեշտոցը	4
3. Արգանդը	5
Արգանդի կապաններըը	7
Արգանդի հեցական ապարատը . . .	10
4. Փողերը	12
5. Ձվարաններըը	13
6. Միզարտազրական սիստեմի և աղեխողովակի սեռականքին հարևան մասերը	14
7. Կոնքի շարակցական հյուսվածքը	17

II. ՁԱՐԳԱՑՈՒՄ

III. ԿՆՈՋ ԲՆԱԽՈՍՈՒԹՅՈՒՆԸ

1. Ձվարանների գործունեյությունը	24
2. Դաշտանը	28
Դաշտանադադարը	30

IV. ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԱԽՏԱՆՇԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

I. Արյունուժներ	32
II. Արտաթորման խանգարուժներ	39
III. Ցավեր ու գանգատներ	41

V. ԳԻՆԵԿՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՉՆՆՈՒԹՅԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

ԱնաՀեղը 48
Չննության ընթացքը . . . . . .
ա) Աբեմնի ներկա վիճակի չննությունը . . . 48
բ) Սերականքի չննությունը . . . . . .
I. Դիտումը 49
II. Մատով չննություն հեշտոցից 50
III. Փորի ծածկույթի — հեշտոցի — ուղիղ աղիքի համակցված չննությունը 51
IV. Սերականքի չննության այլ մեթոդներ . . . 52
1. Ձողիկով (զոնդով) չննությունը . . . 52
2. Վզիկի խողովակի լայնացումն ու արգանդի խոռոչի շոշափումը 52
3. Փորձնական քերումը 53
4. Փորձնական կտրումը 55

VI. ԳԻՆԵԿՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԿԱՆԽԱԶԳՈՒՇՈՒԹՅՈՒՆՆ ՈՒ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Տարիքի դանազան շրջաններում կատարվելիք կանխազգուշությունները 57
Բուժական միջոցառումներ . . . . .
I. Ջրաբուժական արարումներ 60
II. Մասաժ 63
III. Հեշտոցի և արգանդի մեջ դեղորայք ներս տանելը . 63
IV. Մեքենական բուժում հեցապարատներով . . . 64
V. Դիտողություններ աննեխության և հականեխման մասին 65

ՄԱՍՆԱՀԱՏՈՒԿ ԳԻՆԵԿՈԼՈԳԻԱ

I. ԲՈՒՆՈՑԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ջարգացական արատներ 67
Բունոցի բորբոքումներ 69
Բունոցի ուռուցքներ 76
Բունոցի վիրավորումները 79

II. ՀԵՇՏՈՑԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Հեշտոցի նորագոյացութիւններ 89

III. ԱՐԳԱՆԴԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ձարգացական արատներ 96
Արգանդի (և հեշտոցի) դիրքի ու ձևի փոփոխութիւններ . 102
Արգանդի շրջադարձութիւններ 118
Արգանդի բորբոքումներ 118
Ծննդաբերութիւնից և վիժումից հետո արգանդի յետա-
կազմութեան խանգարումներ 124
Արգանդի ուռուցքներ . . . . .
ա) Լավորակ ուռուցքներ 135
բ) Վատորակ ուռուցքներ 144

VI. ՓՈՂԵՐԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Բորբոքումներ 151
Ամլութիւն 165
Արտարգանդային հղութիւն 168

V. ՁՎԱՐԱՆՆԵՐԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ձվարանների բորբոքումները . . . 176
Ձվարանների ուռուցքները . . .

VI. ԿՈՆԲԻ ՇԱՐԱԿՑԱԿԱՆ ՀՑՈՒՍՎԱԾՔԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Բորբոքական պրոցեսները 191

VII. ԿՈՆԲԻ ԸՆԴԵՐԱՊԱՏԱԿԻ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄՆԵՐ

VIII. ՄԻԶՈՒԿԻ ՑԵՎ ՄԻԶԱՓԱՄՓՈՒՇՏԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Միզուկի բորբոքում 205
Միզափամփուշտի բորբոքումները . . . 207
Խլվակները 210

IX. ԱՂԻՔԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Ուղիղ-աղիք 214
2. Սիգմայաձև խթաղի 216
3. Կույր աղիք և ապենդիքս 217

Ա. Ռ Ա Ջ Ա Բ Ա Ն

Այս ձեռնարկի մասին հշդրիտ գնահատականը լավագույն կերպով տվել է պրոֆ. Կ. Սկրոբանսկին, սրա ռուսերեն թարգմանության առաջաբանում, որն այստեղ առաջ ենք բերում՝ նա գրում է.

«Գինեկոլոգիայի այս հակիրճ ձեռնարկը վոչ մասնագետ յերիտասարդ բժշկին՝ նրա գործնական աշխատանքի համար մի համառոտ ուղեցույց տալու շատ հաջողակ փորձն է։ Գործարար բժշկի համար նախատեսված այս գիրքը պարունակում է միայն այն, ինչ վոր կարող է կիրառելի լինի ու ինչ վոր անհրաժեշտ է այդպիսի բժիշկների գործունեության համար։

«Կանխորոշ նպատակին համապատասխանորեն, այս գրքի մեջ առանձին ուշադրություն է դարձված կանանց սեռական քնազավառի հիվանդությունների ամենակարևոր ձևերի ախտորոշման ու բուժման վրա։

«Չնայած իր վոչ մեծ ծավալին, այս գիրքը չի կարելի իբրև միայն մի համառոտագրություն, մի կոնսպեկտ համարել. ընդհակառակը, նկարագրության յեղանակը՝ հիվանդությունների կլինիկական դեպքերի նկարագրության ձևի տակ, հնարավորություն է տվել հեղինակին ընթերցողի ուշադրությունը հրավիրելու մեր մանապրիտական իրականության գործնականորեն անհրաժեշտ այն կողմերի վրա, վորոնք սովորաբար գինեկոլոգիայի ընդարձակ դասագրքերի ընթերցողների ուշադրությունից վրիպում են»։

Կասկած չկա սակայն, վոր այս համառոտ ձեռնարկը մեր մանկաբարձության ընդհանուր ուսմունքը հակիրճ կերպով ամփոփելով հանդերձ, խթան պիտի հանդիսանա ուսանողին և գործարար բժշկին՝ ավելի ընդարձակ դասագրքերի և մենագրությունների ոգնությանը դիմելու, վորով միայն կարող են բավարարվել նրանց գիտական և պրակտիկ պահանջները։

Ներկա թարգմանությունը կատարվել է ընդգրի 15-րդ բարեփոխված հրատարակությունից։ Թարգմանիչը առանձին ուշադրություն է դարձրել ըստ ամենայնի պահելու հեղինակի յուրահատուկ սեղմ վոճը և նրա լեզվական ճկունությունը, վորով առաջադրանքի բոլոր դժվարությունները հաղթահարելու համար ամեն ջանք գործադրել է։ Նկատ-

ված անխուսափելի թերութիւններն ու վրիպումները կարող են մասամբ բացատրվել այս մանրադիտական առարկայի դեռևս վերջնականապես չձևակերպված հայերեն գիտական արտահայտութիւնների և տերմինների բացակայութիւնամբ։

Այս թարգմանութեան մեջ կիրառված տերմիններն ընդհանուր առմամբ, մշակված ու ընդունված են Առժողկոմատին կից Բժշկ. Տերմինաբանական Հանձնաժողովի կողմից։ Դրանցից մի մասը քննութեան են առնված ու համաձայնեցված հանրապետական տերմինաբանական հանձնաժողովի հետ։ Ի հարկե թարգմանչի կողմից գործածված՝ մյուս տերմինները դեռ կարիք ունեն վերանայման, որովհետև կան այնպիսի տերմիններ, որոնց հաջող կամ կատարյալ համարել չի կարելի։ Թարգմանութեան մեջ մեր կողմից մի շարք տերմիններ ուղղված են գրքի վերջին մասում։ Այս հանգամանքը ապացույց է, որ հայերեն տերմինաբանութեան ստեղծումը գտնվում է իր սկզբնավորման շրջանում։

Պրոֆ. վաստ. գործիչ՝ Գ. Առաքելյան

I. ԱՆԱՏՈՄԻԱ

1. ԱՐՏԱՔԻՆ ՍԵՌԱԿԱՆ ՈՐԳԱՆՆԵՐ (Vulva)

Մեջքի վրա պառկած (որսայտի) և վոտքերն իրարից հեռացրած կնոջը զննելիս՝ տարբերում ենք—

1. Ցայլ կամ վեներայի բլուրը (Mons veneris s. pubis, лобок лобковая область). *սա ցայլոսկրի համաճռնի* (Symphysis ossium pubis, лобковое сочленение) *շրջանում գտնված մաշկի այն մասն է, վորը շնորհիվ յենթամաշկային շատ զարգացած ճարպաշերտին, շրջապատից ավելի բարձր է և կնոջ արբունքին հասնելու որից սկսած՝ մազապատ է։*

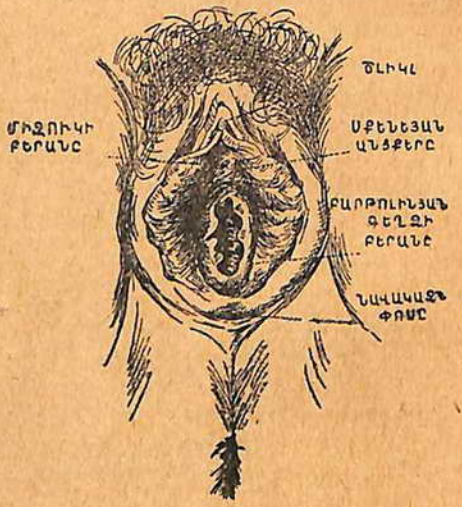
Փորձնականում կարեվոր է հետեվյալը. *Ցայլբի մազերը վերին կողմից հորիզոնական գծով վորոշակիորեն սահմանավորվում են։ Այս ձևից շեղումները, որինակ սուր անկյունով դեպի վերը աճած և սպիտակ գծի (*Linea alba, белая линия*) վրա շարունակված մազոտությունը, ինչպես նաև խիստ սակավ մազոտությունը որգանիզմի զարգացման կասեցման նշաններ են։ Վեներայի բլրի ճարպի սակավությունը նորմալ յերևույթ է ծերության հասակում։ Շատ ուժասպառ յեղած կանանցն էլ այդպես է լինում։*

2. Ամոթուքի մեծ շրթները (Labia majora, большые срамные губы) *առավել կամ նվազ ճարպառատ, արտաքին յերեսին ցանցառ բուսած մազերով ու քրանագեղձերով հարուստ, իսկ ներքին յերեսը խիստ նուրբ և ճարպագեղձերով առատ մաշկով պատած թմբիկներ են, վորոնք քիչ առ քիչ տափակելով, առջևի կողմից՝ ցայլքի մոտ, յետևի կողմից՝ շեքի մոտ աղեղնաձև կերպով միանում են իրար* (Commissura labii ant և post. *շրթների առջևի և յետևի կցան*)։ *Շրթների միջև՝ ամոթուքի ճեղքն է* (Rima pudendi, половая щель)։ *Մեծ շրթների իրարից հեռացնելու դեպքում յետևի կցանից առաջ շրթների ներքին յերեսի վրա բարձրանում է մի պարզորոշ, բարակ, խոտորնակ ձգված ծալք—սանձիկը* (Frenulum, уздечка)։

3. Ամօթուլիի փոքր շրթներ կամ հարսունք (Labia minora, s. Nymphae, малые срамные губы или нимфы) *ճարպագեղձերով հարուստ, լորձաթաղանթի նմանող մաշկի բարակ ծալքեր են։*

Ուշադրության առնելու չի հետեվյալը. անձին կանանց մեծ շրթունքի միջից տեսանելի լեն փոքր շրթների կամ հարսունքի ամենաառջևի մասերը միայն։ Իսկ յերկարած փոքր շրթներ, որոնք թուլացած թևերի նման մեծ շրթունքի միջից դուրս են կախված լինում, կոչվում են շոռոնատային գոդնոց։ Անձին կանանց հարսունքից մեկի՝ մյուսից ավելի յերկար լինելը ոնանականոնության վորոշ ձևերով զբաղված լինելու կասկած և հարուցում, (սակայն չի ապացուցում)։

Դեպի յուր՝ փոքր շրթները հետզհետե տափակում ու իրենց յետին յերրորդ մասում միախառնվում են մեծ շրթների ներսի յերեսի հետ. դեպի առաջ՝ նրանցից յուրաքանչյուրը յերկճեղվում է յերկու նուրբ ծալքերի, ներսի ծալքերը միանում են ծլիկի գլխիկի (Glans clitoridis) ստորին մակերեսին. իսկ դրսի ծալքերը վերի կողմից շըր-



Նկ. 1. Բուճոցը՝ շրթներն իրարից հեռացրած։

ջապատում են գլխիկն ու այդպիսով կազմում են մի տափարակ խորշ՝ ծլիկի բլիթ (Praeputium clitoridis), *որի միջից հազիվ նկատելի՝ դուրս և կարկատած ծլիկի դյուրագրգիռ գլխիկը։*

Ծլիկի մարմինը (Corpus clitoridis) *չի յերևում ու դեպի յուրաքանչյուր կողմ ձգվում և յերկուսի* (Crura clitoridis) *ծլիկի սրունքներ, որոնք իրենց խիտ թելքային պատյանով սեռված են ցայտոսկրի վայրընթաց ճյուղի վոսկրապատակին և դեպի յուրաքանչյուր ոտքի ճանապարհ բարականում են։* Ծլիկի վեռավածիները սասիկ արյունհոսություն են պատճառում։

Փոքր շրթներն իրարից հեռացնելով՝ տեսնում ենք (տես նկ. 1)

4. Ընդասատակը (Vestibulum, преддверие), *այսինքն՝ ծլիկի,*

հարսունքի և յետին կցանի սանձիկի միջև չեղած տարածութիւնը, վորը հեշտոցի կողմից սահմանավորված և կուսաթաղանթով (հիմենով) կամ նրա մնացորդ մասերով։

Կուսաթաղանթը (Hymen, девственная плева) պարզապես հեշտոցի արտաքին բերանի շուրջը բարձրացած լորձաթաղանթի մի կրկնակ կամ ծալք է, մերթ հատ՝ մերթ բարակ, մերթ բարձր՝ մերթ ավելի ցած ու դրան համապատասխանորեն հեշտոցի մուտքն ավելի կամ պակաս չափով սեղմվում նեղանում է (Hymen circularis—շրջաձագաձեվ հիմեն)։ Հիմենի ներքին չեղրը հարթ է, շատ անգամ էլ թեթևակի առաձգավորված. իր ստորին մասում հիմենը սովորաբար ավելի բարձր է լինում քան վերին մասում, վորը գնում միախառնվում է միզուկի բերանի կողմնային ծալքերին, դրա համար էլ կոչվում է մանիկաձեվ ծալք (Hymen semilunaris, полулунная складка)։

Հիմենի անցքի նեղ լինելու պատճառով կուսության խախտման ժամանակ թաղանթը սովորաբար իր հիմքում, մինչև գծից աջ ու ձախ, յերբեմն միայն մեկ կողմից, պատռվում է, վորից հետո ավելի խոր առաձգավորված, իսկ յերբեմն թաղանթը նախապես կոշտ կազմություն ունենալ, վորոշակի կերպով սպիացած է յերևում։

Սակայն նախ քան բժշկական յեղրակացություն տալը, թե արդյոք կուսությունը պահված է թե խախտված, ինձնատի առնելու յի հիմենի ձեվերի տարբերակները. սրանք կարող են սխալեցնել և չեղած տեղը կուսության խախտում ցույց տան. այսպես՝ մի յենթամիջնորմավոր հիմեն (Hymen subseptus) կարող է հիշեցնել ամբողջ ունենա, ինչ վոր ունի միջնորմավոր հիմենը (Hymen septus) կուսության խախտումից հետո։ Յեվ հակառակը, չնայած դուգավորության փաստին, հիմենը կարող է պատռված չլինի։ Շատ պնդակազմ հիմեն չեղած դեպքում և յեթե տղամարդը բավարար առնական կորովության տեր չե, թաղանթը կարող է առնու ներս մանելուն դիմադրել։ Մյուս կողմից, մի նրբակազմ հիմեն, շնորհիվ իր լավ բնդլայնվող հատկության, կարող է առանց պատռվելու՝ առնու ներս մանելուն արգելք չլինել նույնիսկ միջնորմավոր հիմեն յեղած դեպքում։

Ս.գլխասակի կոճղեզները (Bulbi vestibuli, луповицы преддверия) *գտնվում են հեշտոցի մուտքի յերկու կողմում։ Նրանց առջևի սրածայր վերջավորությունները միանում են իրար հետ միզուկի մոտ, վորին նրանք շրջապատում են։ Նրանց յետևի սուր ծայրերը գնում են մեծ շրթների մեջին և յետին յերրորդ մասի սահմանի վրա։ Դրանցից դեպի հեշտոց, մեծ շրթների ճարպային հյուսվածքների խորքում գտնվում և յուրաքանչյուր կողմից մեկ հատ փոքր կապիկի մեծության գեղձ—*

Ս.գլխասակի մեծ գեղձը կամ Բարթոլինյան կամ Դյուվերնեյան գեղձը (Glandula vestibularis maj. s. Bartholini s. Duverney)։ *Այդ գեղձի արտատար ծորանը բացվում է մեծ շրթների ներսի յերեսում, մեջին և յետին յերրորդ մասի սահմանի վրա։ Նրանց արտաթորանքը գորշավուն սպիտակ գույնի յի և ծոր է տալիս։*

Հեշտոցի բերանից (Orificium vaginae) *անմիջապես վերը գտնվում է* **միզուկի արտաքին բերանը** (orificium urethrae ext. наружное отверстие мочеиспускательного канала), *ընդհանրապես շրջապատից ավելի բարձրացած դիրքով, դրա համար էլ կոչվում է* միզկային պայարիկ (Tuberculum urethrale)։ *Միզուկից աջ ու ձախ գտնվում են հատակը փակ փոսեր—***հարամիզկային անցքերը** (Canales paraurethrales, парауретральные ходы)։

3. Շեֆը (Perineum, промежность) *կտրին կցանի և սրբանի միջև ընկած մասն է, մոտավորապես 4—5 սանտիմետր լայնքան, բազմածիններում մոտ ընդհանրապես ավելի կարճ՝ հին ճեղքվածքների պատճառով, մանկականությունն ունեցող կանանց մոտ հաճախ տաշտակաձև և նույնպես կարճ։ Շեֆը կազմված է դեպի սրբանը լայնացող ուղիղ-աղիք ու հեշտոցի միջնորմից* (Septum recto-vaginale), *ինչպես նաև հեշտոցի և ուղիղ-աղիքի միջև ընկած կոնքի և միզասեռական ստծանցու* (Diaphragma pelvis et urogenitale) *մասերից։*

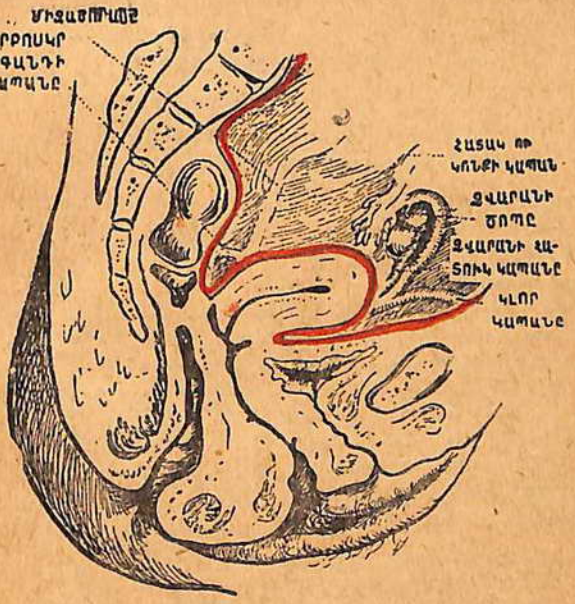
2. ՀԵՇՏՈՑ (Vagina, влагалище)

Մատնաչափ լայնությամբ (7-ից 8 սանտիմետր), տափակ, կնոջ կանգնած դիրքում՝ առջևից ու ներքևից դեպի լետ ու բարձր ընթացող խողովակ է, որը տափակաբջիջ եպիթելով ծածկված փոքրավոր (բազմածիններին համարյա կոկված) լորձաթաղանթ ունի, իսկ պատերը նուրբ շարակցական հյուսվածքով պատած հարթ մկանուքից են։ Խոտորնակ հատածում՝ H տառի ձև ունի։ Շեղակի ընթացող փոքերը հեշտոցի ստորին կեսրորդ մասում ավելի լին բարձրանում ու այդպիսով կազմում են հեշտոցի անցքի մեջ դուրս ցցված թմբիկներ (Columnae rugarum ant. et post, առջևի և հետևի փոքաշար)։ *Առջևի փոքաշարն առանց վորոշակի սահմանի միախառնվում է միզուկի թմբիկին։*

Հեշտոցի վերին լեզերքն ամեն կողմից շրջապատում է արգանդի հեշտոցային բաժինը (Portio), *վորով հեշտոցի վերին մասն ստանում է կամարաձև կառուցվածք—*հեշտոցի կամար (Fornix vaginae, влагалищный свод)։ *Յետին կամարը նշանակելի չափով ավելի խորն է, վորովհետև հեշտոցը արգանդի հեշտոցաբաժնի լետևի պատին և փակչում բավական բարձրից։ Հեշտոցը սևեռելու լին ծառայում նրա ստորին կեսրորդ մասում լեղած շարակցալուսավածքային թելերի շերտերը, վորոնք հեշտոցի առջևի պատը միզուկին ու միմիշտին, լետևի պատը ուղիղ-աղիքի պատին և կոնքի հատակի մկանուքից դուրս կերկարած թելերին են միաձուլում—միմիուշտ ու հեշտոցի միջնորմ և ուղիղ-աղիք ու հեշտոցի միջնորմ* (Septum vesico-vaginale և Septum recto-vaginale)։ *Հեշտոցը սովորաբար գեղձեր չունի։*

3. ԱՐԳԱՆԴԸ (Uterus, матка)

Առջևից ու յետևից տափակացած, տանձանմանն խոռոչավոր մի օրգան է, վորն ընկնում է միզափամփշտի յետևը և սովորաբար առջևի մակերեսի վրա ծռված ու իր ամբողջությամբ դեպի առաջ և հակված— առաջապատած-առաջածռված[1]) է։ Յերկու կողքերից ներս են մտնում աննգատար անոթները, այնտեղ են կպչում արգանդի լայն կապանները և վերևի կողմից սկիզբն են առնում փողերը (նկ. 2 և 3)։ Տարբերում ենք—



Նկ. 2. Նեռուղեղ հատած կաժիր գոյնով՝ փորապատկեր։

ա) **Արգանդի մարմինը** (Corpus uteri, тело матки), *արգանդի լայն մասը, վորն ամբողջովին տեղավորված է փորի խոռոչում։*

---

1) *Նայած միզափամփշտի և ուղիղ-աղիքի լեցվածության աստիճանին, արգանդի նորմալ դիրքը լենթակա է տատանումների և դրա համեմատ արգանդն իր ամբողջությամբ մերթ ավելի դեպի առաջ կամ յետև, մերթ ավելի քիչ կամ ավելի շատ ծռված դրության մեջ է գտնվում։*

բ) **Արգանդի վզիկը** (Cervix uteri, шейка матки), *իր ամբողջությամբ գլանաձև ներքևի կեսը, որի կոնաձև ստորին ծայրն ազատորեն դուրս է ցցված հեշտոցի խոռոչի մեջ—արգանդի հետցողային բաժինը* (Portio vaginalis uteri, влагалищная часть матки)։

գ) **Արգանդի խոռոչը** (Cavum uteri, полость матки), *ճակատային հատածում կերևում է իբր լուռանկյուն, հետուղիղ հատածում՝ ինչպես նեղ ճեղք, որը շարունակվում է դեպի ցած, դեպի վզիկի համարյա գլանաձև խողովակը, որով արգանդի արտաքին բերանը* (Orificium uteri ext. наружный маточный зев) *բացվում է հեշտոցի մեջ։*

Անծին կանանց արգանդի արտաքին բերանը կլոր կամ ձվարդ, բոլորովին տափարակ փոսիկի ձև, բազմածիննեերինը՝ խոտորնակ ծերպի կամ ճեղքի ձև ունի։ Վզիկի խողովակի ամենանեղ տեղն ընդունվում է իբրև վզիկի վերին սահմանն արգանդի մարմնի հետ և կոչվում է արգանդի ներքին բերան (Orificium uteriint. внутренный маточний зев)։

Արգանդի գլխավոր զանգվածը բաղկացած է հարթ մկանությունից, որն արգանդի մարմնի մեջ ամենաշատն է զարգացած, վզիկի մեջ ու դեպի ցած հետզհետե ավելի ու ավելի ներհյուսվում է շարակցական հյուսվածքով։

Արգանդի խոռոչը պատած է անմիջապես մկանությունին փակչած, մեկից մինչև մերկու միլիմետր հաստությամբ ցանցաո լորձաթաղանթով, որը բաղկացած է կլոր և իլիկաձև բջիջներից կազմված ճկուն քարձունից (Stroma) *և մխաթաղ, դեպի արգանդի վզիկը շարժվող թարթիռն գլանաձև մակերեսային եպիթելից։ Մակերեսի եպիթելը շատ տեղ ընդհատվում է լորձաթաղանթի խորքը՝ պարզ խողովակներ ձևացնելով, որոնք կազմում են* արգանդամաղձի գեղձեր։

Արգանդի վզիկի մեջ լորձաթաղանթը կազմում է մի շարք շեղակի փոքեր (Plicae palmetae—արմավաձեոլ ծալքեր), *որոնք իրենց առջողությամբ կազմում են այսպես կոչված կենաց ծառը* (Arbor vitae). *դեղձերն այստեղ ունեն բազմաթիվ, հաճախ ուղղակի լերկյր լեղյուրներին նմանող ճյուղավորումներ։ Մակերեսի եպիթելն այստեղ շատ ավելի բարձր է և աչքի է ընկնում իր վառ ներկվող պրոտոպլազմայով և բջիջների խարխակողմ դասավորված կորիզներով։*

Արգանդի մարմնի և վզիկի տիպիկ դեղձերի շրջանների սկզբ գանում և փոխանցական լորձաթաղանթով մի նեղ տարածություն՝ առանց փոքերի. այս լորձաթաղանթի դեղձերն ունեն գերազանցապես արգանդամարմնի դեղձերի բնույթը և նշանակելի չեն իրենց բջանման ընդլայնվելու հակումով, այլև նրանով, որ առհասարակ այս տեղ կան մինչև մեկ սանտիմետր լերկայնության շրջանում լորձաթաղանթը շատ ավելի բարակ է, քան արգանդի մարմնի մյուս մասերում։ Ակնապիտորեն այդ մասը համապատասխանում է արգանդի խողովակի ամենանեղ տեղին ու այդ պատճառով նա կոչվում է արգանդի նեղուց (Isthmus uteri, узкий переход матки) *(նկ. 3)։ Սա համապատասխանում է ներքինի* արգանդի ստորին գաւնակ (unteres Uterinsegment, нижный маточный сегмент) *կոչվածին և բան իր գործունեության ևս այլ դնահատման և արժանի, քան արգանդի մարմինը և վզիկը։* Արգանդի խոռոչն, *ինչպես նաև*

գիկի առնվազն վերին բաժինն ու սերական խողովակի բոլոր ավելի վերև ընկած մասերը գեռ են միկրոբներից։

*Արգանդի մարմինը ծածկված է ընդերապատակով, որն արգանդի առաջային պատի կողմից մինչև նեղուցն է վուլվում և ապա տարածվում է միզափամփշտի վրա, իսկ ետևի պատի կողմից ծածկում է նաև արգանդի վզիկը մինչև հետույքի կամարը և ապա անցնելով՝ շարունակում է ծածկել ուղիղ-աղիքը. (տ. նկ. 2)։ Ընդերապատակի այս պատանող ծալքերի այդպես խորն իջնելու հետևանքով արգանդի առջևում և ետևում առաջանում են ընդերապատակով պատատած գրպաններ (*Excavatio vesico-uterina, փամփուշտ ու արգանդի խոռոչ և Excavatio recto-uterina, ուղիղ-աղիք ու արգանդի խոռոչ, *որ կոչվում և նաև Դուգլասյան խոռոչ)։

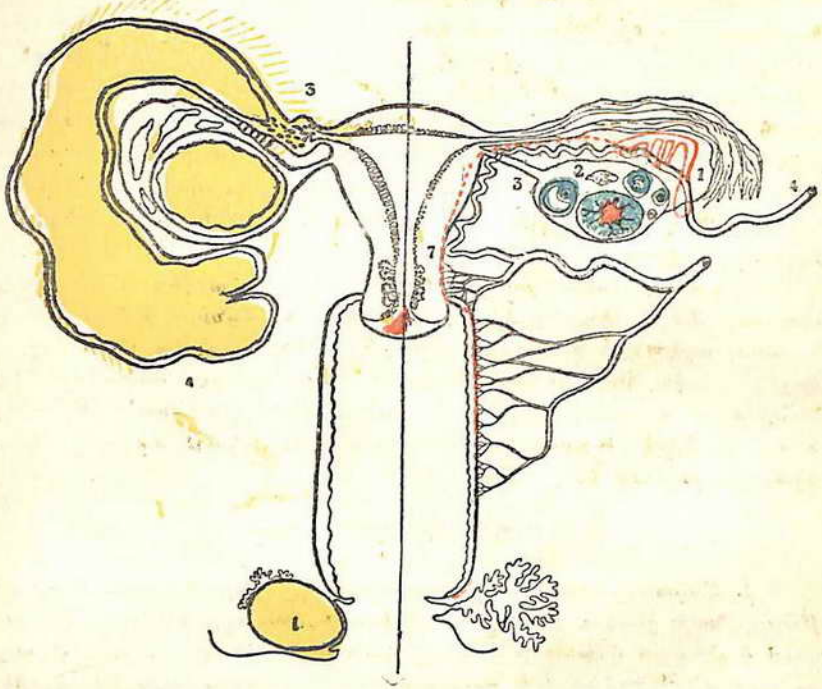
Արգանդի մեծությունը նորմալ կերպով արդեն յենթակա է տատանումների, որոնք կախումն ունեն ծնունդների թվից։ Կենդանի կնոջ արգանդի արտաքին բերանից մինչև հատակը ներկարեցրած ձողիկի երկայնությունն է չափվում, որը հաշվում են անձին կանանց մոտ 6 սանտիմետր, իսկ բազմածիններին մոտ՝ $6^1/_2$ մինչև 7 ու մինչևիսկ 8 սանտիմետր։ Պատավ հասակում արգանդը դարձյալ փոքրանում է։

ԱՐԳԱՆԴԻ ԿԱՊԱՆՆԵՐԸ

*1. Արգանդը ծածկող ընդերապատակը շարունակում է իր ընթացքը նախ կերկու կողմից դեպի կոնքի պատերը և վերևում ծածկում է փողը և ձվարանի հատուկ կապանը (*Lig. ovar. propr.), *ապա ցած իջնելով՝ ծածկում է շարակցահյուսվածքային այն թիթեղնիկը, որը մոտավորապես ճակատային դրվածք ունի և դեպի ցած սեպաձև լայնանում է. սրա միջով և, որ ներվերն ու անոթներն ընթանում են դեպի սերական ապարատը, ինչպես նաև միզածորանը՝ դեպի վուլվուշտը։ Այս ամբողջ կազմությունը կոչվում է* արգանդի լայն կապան (Lig. latum, широкая связка)։ *Սրա ամենավերին, փողից ներքևն ընկած հատվածը կոչվում է* միջափողապատակ (Mesosalpinx, брыжеййка трубы)։ *Այստեղ շարակցական հյուսվածքի մեջ (նկ. 3) դանվում են* մակաձվարանցներ (Parovarium, Epoophoron, придаток яичника), *ուղիմեներատային, վոլֆյան մարմնի մնացորդներին համապատասխանող կազմություններ, որոնք մոտավորապես կոթավոր սաների նմանություն ունեն և նշանակություն են ստանում երբեմն իրրև նորագոյացությունների կազմության աղբյուր։*

2. Կլոր կապանը (Lig. rotundum, круглая связка) *հարթ մկանունքից և շարակցական հյուսվածքից, շատ փոխոխական հաստու-*

թյամբ զարգացած առաստանակ և, ծածկված ընդերապատակային մի կրկնակով, վորը կազմվում է լայն կապանի առաջային թերթիկից։



Նկ. 3 Այժմյոդմի կեսը ցույց և տալիս նորմալ հարաբերությունները։ 1. ձվարանի ծոպերը։ 2. ձվարանը՝ հասարակ պարկիկով, դանագան աստիճանի զարգացած Գրաաֆյան պարկիկներով, թելքային մարմնիկով (2-ի ժոտ), դեղին մարմնիկով։ Ձվարանի ներքին արտաթորության համար հավանորեն վորոշ դեր խաղացող մասերը կապույտ են ներկված. 3 ձվարանի հատուկ կապանը. 4. սերմնային զարկերակը։ 5. արգանդի զարկերակը և նրա ճյուղավորման սքեման. 6. Բարթոլինյան գեղձը. 7. նեղուցի շրջանը (ավելի բարակ լորձաթաղանթի, կարճ գեղձեր՝ արգանդամարմնի գեղձերի բնույթով 8. ամոթածվարանը. կետագրված գիծը ցույց և տալիս, թե վոր տեղը կարելի է վոլշյան անցքի ձևացորդները դանել։

Նկարի ձախակողմի կեսը սքեմայորեն պատկերում և, ըստ Այժանի, կանանց սերտական ապարատի մեջ առաստանակի զանագան տեղակայումները. 1. Բարթոլինյան գեղձի թարախառ. 2. քերծվածք արգանդաբերանի վրա։ Վզիկի խոդոպակի մեջ հաստացած լորձաթաղանթի Նաբոթյան թարախած ձվիկով. արգանդամարմնի մեջ ընդամենը հաստացած, սաստիկ լորձ արտադրող թաղանթ (մարմնի և վզիկի սուսանակային ներարգանդաբորբ). 3. նեղուցային կոշիռաձևոր վոզբորը. 4. փոդը թարախոդի վերածված (դեղին), ձվարանի մեջ թարախառի կազմությունն, մանավորապես դեղնամարմնի թարախառ։ Դեղին գծերը ցույց են տալիս բազմաթիվ առկցումները (պարափողարորբ-ձվարանարորբ, կոնքափորապատակարորբ)։

կլոր կապանն սկսվում է արգանդի առաջային պատից՝ փողերի սկզբնավորության տեղից անմիջապես վերը և տափակ, դեպի դուրս կորնթարդ ազելով ձգվում է դեպի աճուկի խողովակը և սրա միջով անցնելով, հետզհետե բաժանվում է թելերի ու տարածվում է մասամբ վիներայի բլրակի ճարպի մեջ, մասամբ էլ ցայլոսկրի վոսկրապատակի մեջ։

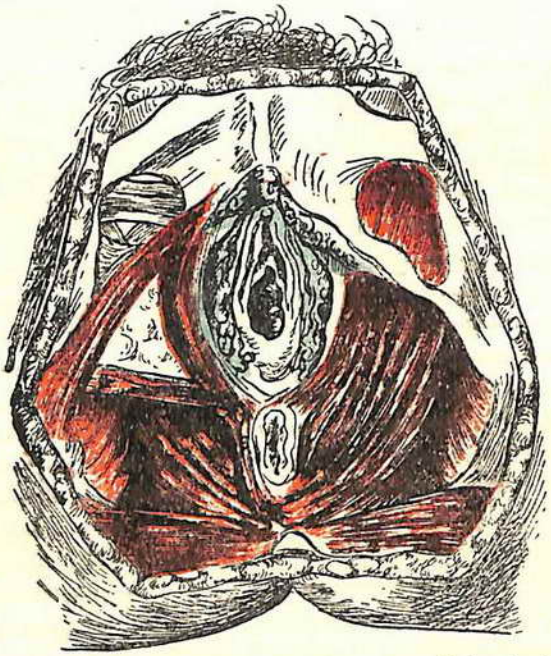
Կապաննների յերրորդ դույդն են—

3. Սրբոսկր ու արգանդի կապաններ (Ligg. sacro-uterina, крестцово-маточные связки), վորոնք ցանցաձև շարակցական հյուսվածքից ու հարթ մկանունքից կազմված տափակ ու նեղ յերիզներ են և վորոնք սրբոսկրի առջևը պոնված շարակցական հյուսվածքի միջից, մասամբ էլ հենց ուղիղ-աղիքից են սկսվում և թեթևակի կորությամբ ուղիղ-աղիքի առջևից անցնելով, ձգվում են դեպի արգանդի յետևի յերեսը, այստեղ նրանք ճոտավորապես ներքին բերանի բարձրությանը փակչում են արգանդին և սրա մարմնի յետևի պատի մեջ ավելում, անհայտանում են։

Վերոհիշյալ կապանները, ընդունելով վոր դրանք լավ զարգացած են, բոլորն էլ արգանդը նորմալ դիրքի մեջ պահելու տեսակետից վորոշ նշանակություն ունեն և դրա համար էլ կոչվում են արգանդի կախակալական պարագաներ։ Նրանց դերը պարզ յերևում է հետևյալից. կլոր կապաններն արգելք են լինում արգանդի հատակի յետ շուռ գալուն. սրբոսկր ու արգանդի կապանները դիմադրում են դեպի առաջ ու դեպի ցած յերթալուն. նույնպես և լայն կապաններն իրենց միջով անցնող մկանունքներով և անոթներով միասին ամբողջ արգանդի չափից ավելի կողմնային թեքման ու նաև դեպի ցած շարժման վրա վորոշ արգելակող ազդեցություն ունեն։ Իսկ արգանդի նորմալ դիրքն առաջ բերելու տեսակետից այդ կապանների նշանակությունը չնչին է։ Թուլլ, դեպի առաջ յերկարող կլոր կապանները վոչ մի դեպքում արգանդի հատակը դեպի առաջ ձգող ազդեցություն չունեն, իբրև արգանդը խարխոխող նրանց բնախոսական նշանակությունը լրիվ կերպով իմաստ և դալիս միայն հղության ժամանակ և հատկապես ծննդաբերության պահին։ Նմանապես սրբոսկր ու արգանդի կապաններն արգանդը հարկ յեղած դիրքի մեջ պահելու ապահովներ են դառնում այն ժամանակ միայն, յերբ ուրիշ նեցուկներ բացակայեն. նորմալ վիճակում նրանց մեջ էլ առանձական լարվածություն չի հայտարերվում։ Արգանդի բոլոր այս կապաններ կարող են կատարել իրենց գործն իբրև դիրք պահող ապարատ միայն այն դեպքում, յերբ միեվնույն ժամանակ արգանդի մյուս նեցուկներն յեվս անլրիվ վիճակումն են գտնվում։

ԱՐԳԱՆԴԻ ՀԵՅԱԿԱՆ ԱՊԱՐԱՏՆԵՐԸ

Ներքևի ու առջևի կողմից բայ վոսկրը կոնքը դրսի աշխարհից անջատում է յերկու մկանային թիթեղնիկների համակարգությամբ, վորոնք միայն ճեղքեր են ազատ թողնում ներվերի, անոթների, ազիքի, հեշտոցի և միզուկի անցման համար (նկ. 4)։ Վերին թիթեղնիկը կոչվում է—



Նկ. 4. Արգանդի հատակի մկանությունքը։ 1. բարձրացնող մկան. 2. երաստանի մեծ մկան. 3. շնքի խոտորնակ մկան. 4. կոճղեզ ու խոռոչի մկան. 5. նստոսկր ու խոռոչի մկան. 6. սրբանի սեղմիչ մկան։

1. Կոնքի ստոծանի (Diaphragma pelvis, пяреграда таза) և կազմված է մի քանի առանձնակի մկաններից համագրված և ձագարի ձևով կոնքի մեջ իջնող՝ սրբանը բարձրացնող մկանից (Musc. lev. ani)։ Այդ մկանները սկիզբն են առնում կոնքի ներքին շրջափակում ցայտոսկրի հորիզոնական ճյուղից հետզհետե դեպի նստոսկրի փշելունն ընթացող վայրից մի գծից և ապա թիթևաձև ազդվում են դեպի կոնքի միջնաձև տարածությունն ու դեպի յետ, ուր ներանք ու-

ղիղ-աղիքի յետևում միանում ու կազմում են մի ընդհանուր թիթեղնիկ, բարձրացնող մկանի թիթեղնիկը (Levatorplatte), որը փակչում անուվում և պոչուկ ու սրբոսկրին։ Սրբոսկրի և նստոսկրի յելունի միջև ազատ մնացած տարածությունը կամրջվում և պոչուսային մկանով (Muse. coccyg) և սրբոսկր ու բմբային ամրակուռ կապանաերով (Ligg. sacro-tuberosa)։ Սակայն դրանով ձեռք բերված կոնքի փակումը կատարյալ չէ, որը յերևում է մկաններին սկզբնավորության տեղերի նկարագրությունից, առընթեր նկարից. ընդհակառակն՝ կենտրոնի կողմից ցայլքի կամարի տակ մնում է մի բաց ճեղք (Levatorspalt, բարձրացնող մկանի ճեղք)։ Շնորհիվ այն հանգամանքի, որ բարձրացնող մկանի ամենաառջևի մասից (Musc. pubo-rectalis, ցայլքուղիղ-աղիքի մկան) անջատվում են մի քանի թելեր, որոնք դեպ ուղիղ-աղիքի առջևում միջին դծի վրա շերքի հյուսվածքների մեջ են ներհյուսվում (բարձրացնող մկանի առաջադիմային թելեր), բարձրացնող մկանի ճեղքը բաժանվում է առջևի և յետևի կեսերի. առջևում՝ սեռականքի բացվածքը (Hiatus genitalis), միզուկի և հեշտոցի անցումի համար, յետևում՝ ուղիղ-աղիքի բացվածքը (Hiatus rectalis), ուղիղ աղիքի անցումի համար։

Վարովհետև բարձրացնող մկանի թելերը ցած են իջնում դեպի պոչուկը, մկանի տակը յուրաքանչյուր կողմից առաջանում է մի խոռոչ (Fossa ischiorectalis, նստոսկր-ուղիղ-աղիքի փոս), որը լեցված է ճարպային հյուսվածքով։

Սեռականքի բացվածքում հեշտոցի և միզուկի անցնելուց հետո ևս հյուսվածքների միջև դեռ մնացած բացատ տեղերը կիսով ծածկելուն, ինչպես նաև հիշյալ որգանները կոնքի յելքում սևեռելուն ծառայում է—

2. Միզասեռական ստոծանին կամ միզասեռական յեռանկյունին (Diaphragma s. Trigonum urogeuitale, мочеполовая преграда или мочеполовой треугольник), մի չլամկանային թիթեղնիկ, որը գոնդվում է բարձրացնող մկանից առաջ ու նրանից ցած, ցայլքի վոսկրակամարի յերկու ճյուղերի միջև և որը նույնպես մի քանի առանձին մկաններից և համադրված։ Նրա յետևի ծայրի մոտից և անցնում հեշտոցը։ Գործարար բժշկի համար կարևորություն ունեն նախ և առաջ հեշտոցի մուտքը մամլակելով շրջափակող մկանը—կռնգեզ ու խոռուսի կամ ճեղոցի սեղմիչ մկանը (Musc, bulbo-cavernosus s. Constrictor cunni), նույնպես և շերի խոտորնակ խորին մկանը (Musc. transvers. perin. prof.), որոնք բարձրացնող մկանի առաջ-ուղիղ-աղիքային թելերի հետ միասին կազմում են շերքի իսկական մկանուն-քը և ծննդաբերության ժամանակ հաճախ յենթակա յին ընասվածքների։ Մինչդեռ ցայլոսկրի վայրընթաց ճյուղին փակչած նստոսկր ու

խոռոչի մկանը (Musc. ischio-cavernos) *այդպիսի անմիջական գործնական նշանակություն չունի։ Բարձրացնող մկանից ներքև, վերոհիշյալ միզասեռական սառնանուն համապատասխանորեն, ուղիղ աղիքի շուրջը սեղմակի պես պատել և արբանի արտաքին սեղմիչ մկանը* (Musc. sphinct. ani ext.)։

Կոնքի հատակի վերոհիշյալ բոլոր մկաններն իրենց վերին և ստորին մակերեսում ծածկված և ուժեղացված են իրենց սեփական փակեղներով, որոնց զարգացումն ընդհանրապես համապատասխանում է նույն մկանունքի զարգացման աստիճանին։

4. ՓՈՂԵՐԸ (Tubae, яйцепроводы)

Թևթևակի գալարուն, մոտ 12 սանտիմետր յերկայն, արգանդից մինչև կոնքի կողմնային պատն ընթացող և հետզհետե լայնացող փողորակներ են։ Տարբերւում ենք—

ա) *Ներպատային կամ անջրպետային բաժին* (Pars intramuralis s. interstitialis), *որ թաղված է հենց արգանդի մկանունքի մեջ. սա միաժամանակ փողի ամենանեղ մասն է, հազիվ մեկ միլիմետր տրամագիծ ունեցող անցքով։*

բ) *Նեղուցային բաժին* (Pars isthmica), *արգանդին ամենից մոտ ընկած ձվատար փողի ազատ և համարյա ուղիղ ընթացող մասը, մոտ 4 սանտիմետր յերկայնութեամբ, որն առանց խստորոշ սահմանի շարունակվում ու միանում է—*

գ) *Ամպուլային բաժնին* (Pars ampullaris), *սա ամբի յև ընկնում իր ավելի հաստութեամբ՝ քան մյուս մասերը և անցքի քիչ առ քիչ ավելացող լայնութեամբ, որը ձվարանի դագաթնային բևեռի շուրջ աղեղնաձև ծռվելով՝ տեղ և բռնում և այնտեղ ծոպերի բաժանված ձագարի ձևով ազատ բացվում և փորի խոռոչի մեջ* (Ostium abdominale, փողի փորային բերան)։ *Ծոպերից մեկը սովորաբար առանձնապես յերկայն է և հասնում է ձվարանի դագաթնային բևեռին (*Fimbria ovariea, *ձվարանային ծոպ)։ Փողի աննշան հարթ գալարվածութեյունը նորմալ է. ավելի մեծ գալարվածութեյունը յերեխայական աստիճանի վրա կանգնած մնալու նշան է,* փողի մանկականություն (Nnfantilismus tubae)։

Փողի պատը կազմված է՝ 1. մի դեղձաղուրկ լորձաթաղանթից՝ յերկայնքին ձգված բազմաթիվ փոքիկով և միախառ թարթուն եպիթելով (թարթման հոսանքն ուղղված է դեպի արգանդը). 2. մի ներքին պարապատ և արտաքին յերկայնակի մկանային խավից։ Իր ստորին յեղրի բացառությամբ, փողը պարուրված է լայն կապանի փորապատակով։

5. ՁՎԱՐԱՆՆԵՐԸ (Ovaria, яичники)

Տափակ ձվարդ, ձեծուքյունով ու ձևով համարյա նշի մեծության, ընդերապատակի շատ կարճ մի կրկնակով (Mesovarium, ձվարանի միջնապատակ) *լայն կապանի յետին թերթիկին ամրացված մարմիններ են։ Արգանդային բևեռը արգանդի հատակի անկյունին և միացված $2^1/_2$-ից մինչև 3 սանտիմետր յերկայնության, բավական կոշտավուն կապի՝* ձվարանի հատուկ կապանի (Lig. ovarii propr.) *միջոցով, վորն իր սկիզբն և առնում փողի սկսված տեղի անմիջապես յետևն ու տակը։ Ձվարանի կոնքային բևեռը գտնվում և քիչ ավելի բարձր և վորոշ չափով հատատուքյուն և գտնում միայն ընդերապատակի մի կրկնակի* (Lig. iufundibulo-pelvic. s. suspensorium ovarii, հատակ ու կոնքի կամ ձվարանի կախակալ կապան) *միջով անցնող սերմնային անոթների շնորհիվ։ Ամբողջ ձվարանը գտնվում և անմիջապես փողի տակը, կոնքի կողմնային պատի մոտ, փորապատակի արտաքին թերթի մի աննշան փոսվածքի մեջ* (Fossa ovarica ձվարանային փոս), *զատի ընդհանուր զարկերակի* (Art. iliaca comm.) *բաժանման կետի ներքև։ Արյան անոթներն անցնում են ձվարանին իր միջնապատակի միջով լայն կապանի կողմի յեղրից* (Hilus ovarii, ձվարանի պորտոն)։

Ձվարանի մակերեսը ընդերապատակով ծածկված չե և դեռատի աղջիկների մոտ՝ բավական հարթ և, արբունքի հասնելուց հետո մակերեսի վրա յերևում են ակոսներ և սպիների փոսեր, վորոնք հետզհետե ավելանում են. սրանք մասամբ համապատասխանում են վերապրած սաղմնային խոշերին, մասամբ էլ պայթած պարկիկների տեղերին, իսկ ավելի հետո դրանք առաջ են գալիս դաշտանադադարի ժամանակ ձվարանի հյուսվածքների անհավասար կերպով թարշամելուց։ Վերջին դեպքում այս շատ փոքրացած որգանը կարող և ծածկված լինել խորունկ ակոսներով (Ovarium gyratum, փորակավոր ձվարան)։

Կանացից սերակցի **արեհետար անոթներով հանձանձումը**, *ինչքան վոր գործարար բժշկին անհրաժեշտորեն հարկավոր և պետևնալ ախտաբանական յերևույթներն ըմբռնելու համար, յերևում և առնթեր նկարներից (նկ. 3, 5)։*

Ներվային հանձանձման *մասին տեսնել մեր աշխատության մանկաբարձական բաժնում։*

Կարևորագույն ավշային ուղիների և յուրաքանչյուր սերական հատվածին պատկանող շրջանային ավշագեղձերի բաշխումը, վորի

5. ՁՎԱՐԱՆՆԵՐԸ (Ovaria, яичники)

Տափակ ձվարդ, ձեծուքյունով ու ձևով համարյա նշի մեծուքյան, ընդերապատակի շատ կարճ մի կրկնակով (Mesovarium, ձվարանի միջնապատակ) *լայն կապանի յետին թերթիկին ամրացված մարմիններ են։ Արգանդային բևեռը արգանդի հատակի անկյունին և միացված $2^1/_2$-ից մինչև 3 սանտիմետր յերկայնուքյան, բավական կոշտավուն կապի՝* ձվարանի հատուկ կապանի (Lig. ovarii propr.) *միջոցով, վորն իր սկիզբն և առնում փողի սկսված տեղի անմիջապես յետևն ու տակը։ Ձվարանի կոնքային բևեռը գտնվում և քիչ ավելի բարձր և վորոշ չափով հատատուքյուն և գտնում միայն ընդերապատակի մի կրկնակի* (Lig. iufundibulo-pelvic. s. suspensorium ovarii, հատակ ու կոնքի կամ ձվարանի կախակալ կապան) *միջով անցնող սերմնային անոթների շնորհիվ։ Ամբողջ ձվարանը գտնվում և անմիջապես փողի տակը, կոնքի կողմնային պատի մոտ, փորապատակի արտաքին թերթի մի աննշան փոսվածքի մեջ (*Fossa ovarica ձվարանային փոս), *զատի ընդհանուր զարկերակի* (Art. iliaca comm.) *բաժանման կետի ներքև։ Արյան անոթներն անցնում են ձվարանին իր միջնապատակի միջով լայն կապանի կողմի յեզրից* (Hilus ovarii, ձվարանի պորտոն)։

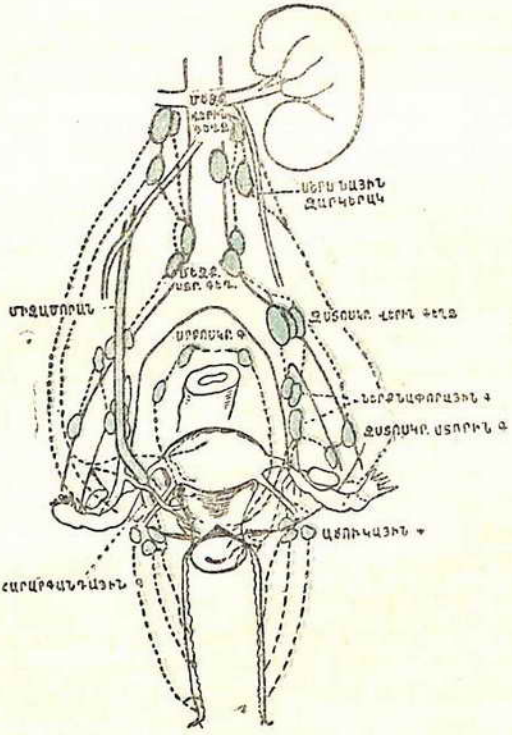
Ձվարանի մակերեսը ընդերապատակով ծածկված չե և դեռատի աղջիկների մոտ՝ բավական հարթ և, արբունքի հասնելուց հետո մակերեսի վրա յերևում են ակռաներ և սպիների փոսեր, վորոնք հետըզհետե ավելանում են. սրանք մասամբ համապատասխանում են վերապրած սաղմնային խորշերին, մասամբ էլ պայթած պարկիկների տեղերին, իսկ ավելի հետո դրանք առաջ են գալիս դաշտանադարձի ժամանակ ձվարանի հյուսվածքների անհավասար կերպով թարշամելուց։ Վերջին դեպքում այս շատ փոքրացած որգանը կարող և ծածկված լինի խորունկ ակռաներով (Ovarium gyratum, փորակավոր ձվարան)։

Կանացից սերակացիի արգեհար ացորգերով հանձանձումը, ինչքան վոր գործարար բժշկին անհրաժեշտորեն հարկավոր և պիտանալ ախտաբանական յերևույթներն ըմբռնելու համար, յերևում և առընթեր նկարներից (նկ. 3, 5)։

Ներվային հանձանձման մասին տեսնել մեր աշխատուքյան մանրակրկիտ բաժնում։

Կարևորագույն ավշային ուղիների և յուրաքանչյուր սերակաև հատվածին պատկանող շրջանային ավշագեղձերի բաշխումը, վորի

ծանոթությունը վոչ միայն բորբոքական պրոցեսների ժամանակ, այլև դիֆերենցյալ վատորակ նորագոյացությունների դեպքում խոշոր դերծնական նշանակություն ունի, բավական պարզորոշ կերպով չեբլուում և առընթեր նկարված սքեմայից (նկ. 5)։



Նկ. 5. Կանանց սեռական ապարատի ավշային դեղձերը։

6. ՄԻԶԱՐՏԱԴՐԱԿԱՆ ՍԻՍՏԵՄԻ ՑԵՎ ԱՊԵՒՈՂԱՎԱԿԻ ՍԵՐԱԿԱՆՔԻՆ ՀԱՐԵՎԱՆ ՄԱՍԵՐԸ

Միզուկը (Urethra, мочеиспускательный канал) իր արտաքին բերանից սկսած, մոտ 3—4 սանտիմետր յերկայնությամբ, յերկայնքից փոքված, լորձաթաղանթով պատատած, գրգռական հյուսվածքից յենթալորձենիով և ներքուստ յերկայնակի, իսկ արտաքուստ պարապատ մկանային խավից բաղկացած մի խողովակ է ու հեշտոցի առաջային պատի և ցայլքի կամարի միջև դեռեղված, ձգվում է դեպի—

Միզափամփուշտը (Vesica urinaria, мочевой пузырь)· *սա 300-ից մինչև 400 խորանարդ սանտիմետր տարողությամբ *) մի փամփուշտ է, գտնվում է ցայլոսկրի համաճոնքի* (Symphysis ossium bubis) *և արգանդի միջև. դատարկ վիճակում դեռ փոքր կոնքի մեջ է և ընդհանրապես մի տափակ ափսեի ձև ունի։ Փամփշտի ներքև բացված միզուղիի բերանին* (Orif. int. urethrae, внутранное отверстие мочеиспускательного канала, միզուկի ներքին բերան) *շրջակա մասերը գտնվում են դեռ արգանդի առաջային պատի առջևը և կոչվում են փամփուշտի եռանկյունի* (Trigonum vesicae) *կամ փամփուշտի վզիկ* (Collum vesicae, шейка мочевого пузыря)։ *Սրա սահմանները պատկերվում են միզուկի ներսի բերանի և քիչ ավելի բարձրում ու յերկու կողմի վրա գտնված միզածորանների* (Ureter, мочеточник) *բերաններից և վերջիններիս իրար միջև ձգված միացման գծով։*

Յեռանկյունու վրա, վորն աչքի յն ընկնում իր բոլորովին հարթ լորձաթաղանթով և սերտ յենթալորձնային շարակցական հյուսվածքով, ինչպես նաև իր անշարժականությամբ, կառուցվում բաթգարանում և միզափամփուշտը, վորի վրա տարբերում ենք գագաթը, մարմինն ու հատակը։ Յեռանկյունին բռնում է փամփշտի հատակի համարյա միջին մասը։ Յերկու միզածորանների բերանների միջև գտնված փամփշտի պատը մի քիչ ծալվում և դեպի առաջ (Plica interureterica, միջմիզածորանային ծալ)· *դրա յետևը գտնվում է մի փոքրիկ փոս— յետմիզածորանային գոգվածքը* (Recessus retroureticus)։

Փամփշտի պատը կազմված է, նայած նրա լիցվածության աստիճանին, առավել կամ նվազ փոքրավոր և ցանցառ յենթալորձնով վրա նստած լորձաթաղանթից ու ներքուստ պատված, իսկ արտաքուստ յերկայնական մկանային խավերից։ Յեռանկյունու մեջ փամփշտի այդ մկանոտնքները շատ քիչ են ձված, դրա փոխարեն այստեղ խիտ զարգացած յենթալորձնային մկանոտնք մի խավ կա, վորը պատում է նաև միզուկի սկզբի մասը և ըստ իր ֆունկցիայի՝ կոչվում է միզուկի ներքին կամ փամփշտի սեղմիչ մկան (Sphincter urethrae int. s· vesicae)։

Արգանդի առաջային պատի ընդերպատատակը համարյա արգանդի ներքին բերանի բարձրությանը գալիս անցնում է յետին և մասամբ նաև կողմնային փամփշտապատից դենը և ապա միանում է փորի առաջային պատի ընդերպատատակին։ Ինքը փամփուշտն ուրեմն արտաընդերապատակային դիրք ունի։

Միզածորանը, *վերևում հիշատակված տեղից սկսած յերկու կողմից հարարգանդային շարակցական հյուսվածքների միջով ու թեթև կերպով լայն կապանի յետին թերթին կից, աննշան կորությամբ ձգվում և դեպի դուրս ու բարձր, ուղղվելով կոնքի պատի կողմ և*

*) Շատ կանոնց, մանավորապես ծննդկանների փամփուշտը կարող է տեղավորել մինչև $1^1/_2$ լիտր մեզ։

այնտեղից սահմանային գծի (Linea terminalis) *վրայով մինչև յերիկամի ավազանը։ Միզափամփուշտն իր տեղումը պահելուն են ծառայում, ամբողջ միզասեռական որգանների լրութիյունն իրար հետ պահող ապարատի հետ միասին, նաև յերիզի նման յերկարող շարակցահյուսվածքային կապերը, վորոնք ձգվում են մի կողմից ցայլոսկրի և փամփշտի միջև* (Ligamenta pubo-vesicalia media և lateralia, ցայլոսկր ու փամփշտի միջին յեվ կողմնային կապանցներ), *իսկ մյուս կողմից փամփշտի և արգանդի վզիկի և կամ հեշտոցի միջև. ընդամին փամփշտի կողմնային մասերը հենվում են նուշնպես բարձրացնող մկանի միջին բաժնին։*

Աղիքի *հետևյալ մասերը կարևոր են մեզ համար միզասեռական ապարատի հետ տեղագրական առընչութիյուն ունենալու պատճառով.—*

1. Սիգմայածեվ կոռվածքը (Flexura sigmoidea) *վորի ընդհարապատակը կպչում է ձախակողմյան ձագար ու կոնքի կապանի* (Lig. infnndibulo-pelvicum sin.) *անմիջապես չեևը։ Նայած միջընդհարապատակի յերկայնութիյան, կորվածքի շարժունութիյունը չափազանց փոփոխական է. շատ սովորաբար նա այնքան յերկայն է լինում, վոր սիգմայաձև խթաղին* (Colon sigmoideum) *իջնում տեղ է բռնում ուղիղ-աղիք ու արգանդի ընդհարապատակային փոսվածքի* (Excavatio recto-uterina) *մեջ։ Այդպիսով, կորվածքի մեջ գցված կղանքի գունդերը հեշտությամբ կարող են մոլորությամբ մեջ ձգեն մարդուն յեվ արգանդի յեսեվում գցված ուռուցք թվան։*

2. *Միջ կողմում մոտիկ առընչութիյուններ կան արգանդի կցոններին* (Adnexa) *և ամենաստորին բարակ աղիքի կամ կույր աղիքի և վորդնաձև յելուկի* (Processus vermicul) *միջև։ Բարակ աղիքն իր ստորին ողակներով սովորաբար հասնում իջնում է ուղիղ-աղիք ու արգանդի ընդհարապատակային փոսվածքի մեջ։ Հազվադեպ չե, վոր կույր աղիքն ու վորդնակերպ յելուկը այնքան ցածում գտնվեն, վոր նրանք յերկուսն էլ, կամ միայնակ վորդնակերպ յելուկը իջնեն կարկառեն փոքր կոնքի մեջ։*

Այսպես ուրեմն շատ դյուրըմբռնելի յե աղիքների հիշյալ մասերի հիվանդութիյունների անցումը սերմականքին և փոխադարձաբար՝ սերմականքի հիվանդութիյունների անցումն աղիքներին։

3. **Ուղիղ-աղիքը** (Rectum, прямая кишка), *վոր սրբոսկրի 3-րդ վողնից հասնում և մինչև սրբանը։ Տարբերում ենք՝ մի ոճեալին բաժին* (Pars perinealis), *մոտ $4^1/_2$ սանտիմետր յերկայն, վորը գտնվում է կոնքի մկանային հատակի մեջ ու նրա տակ և բացի դրանից շրջափակված է համեմատաբար թուլ ներքին և ավելի ուժեղ արտաքին խամ սեղմիչ մկանունքով։ Շեքային բաժնի շարունակութիյունն է կազմում կոնքային բաժինը կամ ամպուլլան* (Pars pelvina s. Amp-

ulla), մոտ $6^1/_2$ մինչև 7 սանտիմետր յերկայն, վորն ունի լայնքին ընկած մի քանի ծալքեր. սրանցից ներքևինը՝ Ռոհյոտուեյան ծալքը, վոր մոտ 6 մինչև 7 սանտիմետր բարձր է սրբանից և դրանից 2—3 սանտիմետր ավելի վերը դարձյալ մի ուրիշ ծալք մյուսներից ավելի կարկառուն են։ Ամբողջ ուղիղ-աղիքն ուրեմն մոտ 11 սանտիմետր յերկայնություն ունի, այնպես վոր ճարտարորեն քննություն կատարելիս՝ հնարավոր է մատով ուղիղ- աղիքից էլ այն կողմը շոշափել։

7. ԿՈՆՔԻ ՇԱՐԱԿՑԱԿԱՆ ՀՅՈՒՍՎԱԾՔԸ

Իբրև ինասվածքների և հիվանդությունների հաճախ յենթակա հյուսվածք, կոնքի շարակցական հյուսվածքն ավելի մեծ ուշադրության է արժանի, քան այդ տեղի ունի ընդհանրապես։ Կոնքի բոլոր խոռոչավոր որգանները գտնվում են շարակցահյուսվածքային վաթսուքների մեջ, վորոնք ամեն կողմից կցված են իրենց շրջապատին այնպես, վոր այդ ամբողջ շարակցական հյուսվածքն իրենից ներկայացնում է վորոշ չափով մի միաձուլ ապարատ, թեպետ և նրանում գտնված առանձին որգաններն, ինչպես նաև վորոշ միջնորմներ այս ամբողջական ապարատն անբռնազբոսիկ կերպով անջատ շրջանների են բաժանում։ Փորի խոռոչի կողմից սահմանը կազմում է ընդերապատակի ծածկուլթը, վորը նույնպես առանձին սերական որգաններ մասամբ ծածկում է։

Ամենակարևորները կարելի յե մեկ յերկու հատածով պատկերացնել։

I. Նեռուղեղ հատած. *ինչպես յերևում է նկարից, փորի առաջային պատի ընդերապատակը համաճոնքիդ քիչ բարձր փովում անցնում է փամփշտի դագաթի վրա, ապա փամփշտի յետևի պատի վրայից մինչև այն տեղ, վորը համապատասխանում է արգանդի ներքին բերանի բարձրությանը։ Այստեղ ընդերապատակը տարածվում է արգանդի վրա, ծածկում է նրա առաջային պատը, նրա հատակը և հետո արգանդի յետևի պատի յերկարությամբ ձգվելով, անցնում է ուղիղ աղիքի վրա և այնտեղից հասնում է կոնքի յետևի պատին։ Այսպես տեսնում ենք, վոր շարակցական հյուսվածքով բռնված հետևյալ տարածությունները են մնում։*

1. Մի կողմից միզափամփշտի, իսկ մյուս կողմից ցայլոսկրի համաճոնքի և փորի առաջային պատի միջև—Ռեցիոսյան նախընդերապատակային խոռոչ (Cavum praeperitoneale Retzii)։

2. Փամփշտի և արգանդի վզիկի միջև—վզիկի առջևի տարածություն (Spatium antecervicale), վորը ներքևի կողմից հա-

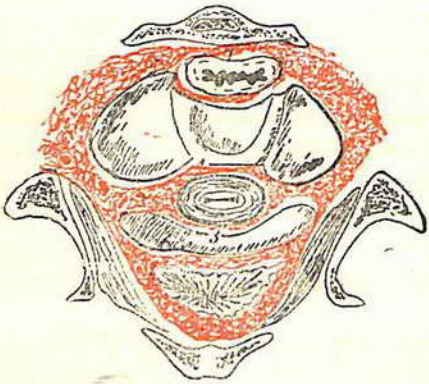
ՀՀ ԳԱԱ Գրադարան
Ակադեմիա

բաբերութեան մէջ և փամփուշտ ու ճիշտոցի միջնորմի (Septum vesicovaginale) *հետ։*

3. Ուղիղ աղիքի և արգանդի վզիկի յետևի կողմից հետոցի մկացման տեղի մէջև յեղած տարածութիւնը—նախասուլիդաղիխային տարածութիւն (Spatium praerectale) *կամ ըստ վերաբերութեան՝ վզիկի յետեվի տարածութիւն, որը շարունակվում և դեպի ցած ու մխանում ուղիղ-աղիքը ու հետոցի միջնորմին։*

Այս բոլոր տարածութիւններ ճետուղիղ հարթութիւն վրա իրար ճետ զարուճակական կապակցութեան մեջ են *փամփշտի և արգանդի ընդհանրապատակի տակը գտնված հիշյալ որգանների շարակցահյուսվածքային պատճուճի միջոցով։*

II. *Ազդրի հոդափոսերի բարձրութեանը կատարված հորիզոնական հատածից յերևում է, թե ինչպես հիշյալ տարածութիւնները հորիզոնական հարթութեան վրա ևս մեկը մյուսի հետ կապակցութեան մեջ են փամփշտի, արգանդի և ուղիղ-աղիքի կողքերին գտնված շարակցական հյուսվածքի կուտակների միջոցով, վորոնց հարաձրութիւնները առընթեր նկարից (նկ. 6) կարելի յե պատկերացնել. Այս առանձին տարածութիւնների, այն է՝ հարափամփշտային* (Spatium paravesicale), *հարարգանդային* (Sp. parauterinum), *հարուղիղաղիքային* (Sp. pararectale), *և նախասրբոսկրային* (Sp. praesacrale) *տարածութիւնների սահմանները վորոշվում են ընդհանուր առմամբ ցանցաձև հյուսվածքի առավել կամ նվազ ուղղադիր ձգված խտացումներով։ Այս միջնորմների շնորհիվ հիվանդութիւնները հաճախ պարփակված են մնում ամբողջ շարակցահյուսվածքային տարածութեան սահմանափակ մի մասի մեջ։*



Նկ 6· 1 Նախափամփշտային (Ինգելմանի) տարածութիւն· 2. պարափամփշտային տարածութիւն. 3 առաջափամփշտային տարածութիւն. 4. յետափամփշտային տարածութիւն. 5. պարարգանդային տարածութիւն. 6. պարասրբանային տարածութիւն. 7. նախասրբոսկրային տարածութիւն։

II. ԶԱՐԳԱՑԱՏՈՒՄ

Այս նյութի մասին պիտի խոսենք միայն այնքան, ինչքան այդ անպայմանորեն անհրաժեշտ և կարևոր դժկերպութիւնները հասկանալու համար։

Կանանց միզասեռական որգանների զարգացման ընթացքում պետք է տարբերել, 1. միզագեղձի և իր ծորանների, 2. սերական գեղձի և իր արտաատար ուղիների և 3. միզասեռական ծոցի զարգացումը։

I. *Ինչպես բոլոր ամնիոնավորների, նույնպես և մարդու զարգացման ընթացքում հաջորդաբար զարգանում են յերիկամի միջին սաղմնաթերթային յերիք յեղուտնե* (Anlage).

ա) **Նախերիկամը** (Pronephros, nped-почка), *որը սակայն մարդկանց մոտ արդեն իսկ աննշան իր նախնական զարգացումից հետո անհետ կորչում է. միայն նախերիկամի ծորանը—Վոլֆյան ծորանը շարունակում է ինալ և աճում և դանդուղոչային ուղղությամբ և հասնում է մինչև կոյանցը* (Cloaca) *մոտավորապես հղության 2-րդ ամսվան վերջը։ Այնուհետև նա ծառայում է իբրև ծորան—*

բ) **Միջներիկամի** (Mesonephros, первичная почка) *համար, որի վրա պետք է նայել իբրև յերիկամի յերկրորդ սերունդ։ Սա զարգանում և փորի պատի մոտ մի կողմի վրա այնտեղ, ուր ապագայում պիտի զարգանա սերական գեղձի յեղուտը։ Ըստ իր կազմության՝ միջներիկամը շատ նման է յերիկամի վերջնական կառուցվածքին։ Միջներիկամի խողովակիկներն իրենց ամման ընթացքում հասնում են Վոլֆյան ծորանին և առաձին առանձին բացվում են նրա մեջ, այնպես որ սկզբնապես նախերիկամի ծորանն այժմ դառնում է միջներիկամի ծորան։*

Միջներիկամի զարգացումը հասնում է իր զագաթնակետին հասարյա այն ժամանակ, յերբ սաղմը 20 միլիմետր յերկայնության է լինում. ապա սկսում է նրա յետաճումը։

Հետագայում հետևյալ գոյակները հիշեցնում են, թե միջներիկամ գոյություն է ունեցել (նկ. 3 և 7)։

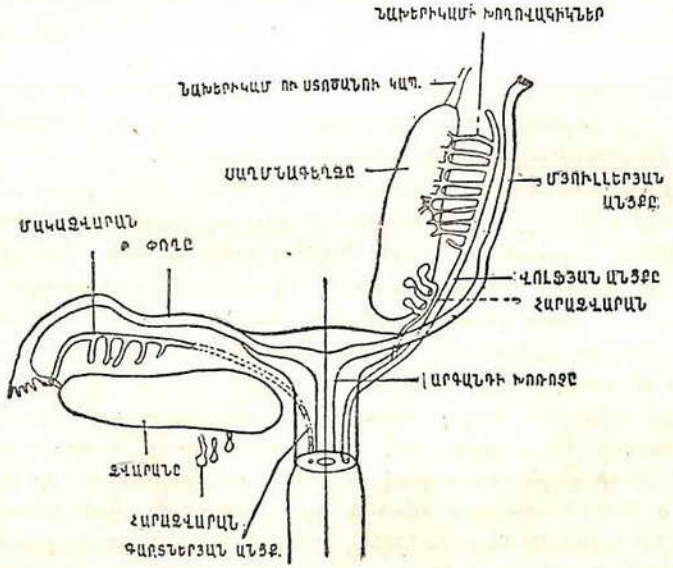
1. Հատակ ու կոնքի կապանը (Lig. infundibulopelvicum). *սա համապատասխանում է ընդերապատակային ամն ծալքին—միջներիկամի բնդերապատակային ծալքին, որը կազմվում է փորի թիկնային պատի մոտ միջներիկամի, նաև սերական գեղձի զարգացման ժամանակ։*

ԵՋՄԻԱԾԻՆԻ
ՄԱՏԵՆԱԴԱՐԱՆ

2. *Մակաձվարանը* (Epoophoron s. Parovarium), *որը հա-մապատասխանում է միջներիկամի գանգակողմյան մասին։*

3. *Հարաձվարանը* (Paroophoron), *լայն կապանի մեջ ընկած և թարթուն եպիթելով պատառուած մի զույգ ոլորձուն խողովակներ, որոնք առաջացել են միջներիկամի պոչակողմյան մասից։*

4. *Վերջապես սկզբում նախերիկամի, հետագայում միջնե-րիկամի արտաբերը ծորանն անցքերից մնում են անհատից ան-*



Նկ. 7. Նեբքին սերմականքի զարգացման սքեման (ձախ կողմ՝ վերջնական հարաբերու-թյուններըր)։ Ձևակերպված ըստ Բալֆուր-Մալի։

հատ տարբեր, սակայն համհնման դեպք աննշան մնացորդներ միայն, որոնք կոչվում են Գարտներյան անցքեր։

դ. *Ճետճերիկամ* (Metanephros, после-почка), *յերիկամի յերրորդ սերունդը, հանդիսանում է վերջնական յերիկամի և միզամորանի յեղուտը։*

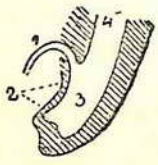
II. *Սերմական գեղձը զարգանում է համեմատաբար ուշ, եպիթելի մի փոթվածքի ձևով—սեռական փորվածք* (Genitalleiste, половая склад-ка), *որը կազմվում է միջներիկամի մեջին ու փորային մակերեսի արտաքին ծածկույթի ուռճացումից։ Այս սերմական փոթվածքի մեջին բաժիններում, որտեղ մակերեսային խալը շուռով իր պատվանդա-*

նից նկատելիորեն բարձրանում և իբրև «սաղմնեպիթել» (Keimepithel, зородышевой эпителий), այժմ հետզհետե տարորոշվում են մեծ, պրոտոպլազմաշատ, լուսավոր կորիզ ունեցող բջիջներ, որոնք դառնում են իսկական սերմական բջիջներ, դառնում են ձու։ Եպիթելային բջիջների այս կուտակը խորքից բխող շարակցական հյուսվածքով բաժանվում և առանձին խմբերի—ձվակուլտերի, որոնք հետագա տարորոշումով և բաժանումով դառնում են սկզբնական պարկիկներ (Primaerfollikel, первичные фолликулы), այսինքն ձվաբջիջ, շրջապատված եպիթելային բջիջների մի փունջով։ Սրանցից այն բջիջները, որոնք որգանի խորին խավերումն են գտնվում, կամաց կամաց չքանում են, իսկ սաղմնեպիթելին մոտ եղած, այսինքն՝ մակերևույթին մոտիկ գտնվածները շարունակում են տպրել, միայն թե մինչև աղկա արբունքին հասնելը պահում են եյապես հանգստյան վիճակ։ Սերմական գեղձը սաղմի զարգացման ընթացքում քիչառքիչ ավելի խորն և իջնում դեպի ցած՝ փորը կոնքի մեջ։

Սերմական գեղձի արտաքին ծորանը կազմվում և, սաղմի 12 միլիմետր երկայն եղած ժամանակ, Վոլֆյան մարմնի գանգակողմյան ծայրից մի կողմի վրա փորի խոռոչի եպիթելի մեջ գոյացած և հետզհետե փակվելով խողովակ (**Մյուլլերյան** անցք) դարձած ակոսաձև փոսվածքից։ Այդ խողովակի վերին բացվածքը համապատասխանում և հետագայում փողի փորային բերանին (Ostium abdominale tubae, брюшное отверстие трубы), իսկ դրան կից մասը հենց իրան՝ փողին։ Հետագա զարգացման ընթացքում աջ և ձախ Մյուլլերյան անցքերը հակվում են դեպի միջին գիծը, խաչում անցնում են Վոլֆյան խողովակի վրայից և իվերջո (մոտավորապես յերբ սաղմը 25 միլիմետր յերկայնության է լինում), միջին գծի վրա իրար միանում ու կազմում են մի ընդհանուր արգանդա—հետտոցային խողովակ։ Փողի և արգանդի սահմանը նշվում և այսպես կոչված միջնաերիկամի թմբի ծալքի (հետագայում՝ կոր կապանի) դուրս ելնած տեղը։

III. Միզասեռական ծոց (Sinus urogenitobis)։ Սկզբնապես մարմնի պոչակողմին մոտ մասում գոյություն ունի մի կոյանց (Cloaca, клоакп), որից միայն հետագայում բաժանվում և միզասեռական ծոցը (Հմմտ. 8—11-րդ նկարները)։ Փորակողմից «կոյանցապաղանքով» անջատված կոյանցի մեջ վերևից բացվում և աղեցոտիսի անցքը, իսկ կողքերից դալիս միանում են Վոլֆյան անցքերը։ Ալանատիսի անցքի և ապիքի միջև վերևից միջին սաղմնաթերթի մի ծալքի՝ միզա—ուղիղաղիքային միջնորմի (Septum urorectale) առաջախաղացումով կոյանցը բաժանվում և մի փորակողմյան մասի—միզասեռական ծոցի և մի թիկնային մասի -աղիքների։ Յերբ արդեն միզա-ուղիղաղիքային միջնորմը կոյանցաթաղանթին և հասնում, վերոհիշյալ բաժանումը դառնում

և կատարյալ ու մշտական՝ կոյանցաթաղանթի առջևի բաժինը դառնում է հիմա միզասեռական թաղանթ (Membrana urogenitalis, урогенитальная перепонка), հետևի բաժինը՝ սրբանի թաղանթ (Membrana analis, анальная перепонка), միջին մասը համապատասխանում է ապագա շեֆին (Perineum, промежность)։ Ձարգացման հետագա փուլում փեռևկվում է նաև միզասեռական թաղանթը և դրանով հարաբերության մեջ է դրվում արտաքին աշխարհի հետ. բայց ավելի ուշ՝ փեռևկվում է նաև սրբանաթաղանթը, որով առաջանում է վերջնական սրբանը։



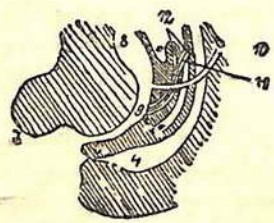
Sig. 8.

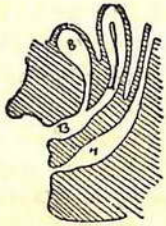


Sig. 9.



Sig. 10.





Նկ. 8—12։ Սեռական ապարատի զարգացման սխեման, ըստ Վալդեյերի։ 1. աչանոթ 2 կոյանցի թաղանթը. 3 կոյանցը 4. աղիքը. 5. միզասեռական միջնորմ 6. անդաստակային թաղանթը 7. սրբանային թաղանթ. 8. միզափամփուշտը 9 միացյալ Մյուլլերյան անցքերի անցման տեղը դեպի միզասեռական ծոցը. 10. միզածորան 11. Վոլֆյան անցքը. 12. Մյուլլերյան անցքը. 13. սիզասեռական ծոցը։

Միզասեռական թաղանթի ընդհատումից հետո, միացած Մյուլլերյան անցքերն ևս (հետագայը) վերևից ու հետևի կողմից հասնում են միզասեռական ծոցի պատին։ Այնտեղ, ուր նրանք հետագայում բացվում են միզասեռական ծոցի մեջ, կազմվում է հիմենը, որն այսպիսով միզասեռական ծոցը (Vestibulum—անդաստակը) վերևի կողմից բաժանում է հետագիցս։

Այդ ժամանակամիջոցում միզասեռական ծոցի սաղրին հասավածի վերջային պատի մոտ կազմվում է մի ակոս, որն ավելի ուշ՝ գոց-

վում խողովակ և դառնում—միզուկը (Urethra, мочеиспускательный канал), իսկ միզասեռական ծոցի վերին հատվածը դառնում է միզապարկ (Vesica urinaria, мочевой пузырь), ալանտոիսի անցքն էլ դառնում է միզանցք (Urachus, հետագայում՝ պորտի միջին կապան—Lig. umblicale medium). միաժամանակ Մյուլլերյան անցքի առաջ մղվելով, միզուկի, միզապարկի և հեշտոցի միջև յուղած բաժանումը դառնում է կատարյալ. Այս փոփոխությունները կատարվելու միջոցին այսպես կոչված սեռական թմբիկների (մեծ և փոքր շրթունքների ու ծլիկի) կազմվելով միզասեռական ծոցն ավելի դեպի խորքն է մղվում *):

III. ԿՆՈՋ ԲՆԱԽՈՄՈՒԹՅՈՒՆԸ

Այնպես, ինչպես անատոմիայի և զարգացաբանության վորոշ հիմնական ոլորտների ծանոթությունը, այդպես էլ կանանց սեռական ապարատի հիվանդային իրադարձությունների մասին ուղիղ պատկերացում ունենալու և հիվանդ կնոջը դարմանելու համար անհրաժեշտորեն հարկավոր է մի քանի առանձնահատուկ կանացիական յերևույթների ծանոթությունը։

Կնոջ կյանքում սեռական իրադարձությունները անհամեմատ ավելի խոշոր դեր են խաղում, քան այլ մարդու կյանքում, նրանք կնոջ առողջ թե հիվանդ որևէ որգանիզմի վրա հաճախ այնպես խորն են ազդում, վոր միակողմանիորեն սեռական ապարատին ուղղված զննությունը և բուժումը շատ դեպքերում լրիվ հաջողության վերաբերմամբ մոլորության մեջ են թողնում։

Սակայն այստեղ մեր հետապնդած նպատակին հասնելու համար կբավի մեր դիտողություններն սկսել այն ժամկետից, յերբ սեռական ապարատը մանկության շրջանում իր պահած համարյա կատարյալ հանգստյան դրությունից դուրս է գալիս, յերբ աղջիկը զարդանում դառնում և մանկամարդ կին։ Այս իրադարձություններն անվանում ենք—արբուցիից հասնել։

Արբուցիի ներքին եյությունը. Անհայտ պատճառներից աղջկա 12-ից մինչև 14-րդ տարիքում ամբողջ սեռական ապարատը զարգանում է, վոր ի ամենից շատ աչքի ընկնող նորքին նշաններն են՝ ձվարանների, ինչպես նաև արգանդի մարմնի մեծանալը։ Դրան զուգահեռ ընթանում և անդամները, մասնավորապես զսակ կլորացումը, վեներայի

*) Իսկական իրադարձությունները և մանավանդ նրանց փոխադարձ կապակցությունները այստեղ մի քիչ պարզված ձևով են նկարագրված։

բերի առատ ճարպակալումը և այդտեղից, ինչպես նաև անթառամի մազավորումը, ատինքների լողբոջումը։

Նախ քան այս իրագործություններն իրենց բարձր գագաթնակետին հասնելն, ընդհանրապես 14-ից մինչև 16-րդ տարիքում, ձվարանն առաջին անգամ մի հասուն ձվաբջիջ և դուրս մղում—ձվաբերը (Ovulatio, овуляция) և շատ չանցած սեղի կ՚ունենում առաջին դաշտանը (Menarche, արնահոսքընութիւն), որին այդ որվանից, արդարև սկզբում դեռ անկանոնություններով ու մի քանի ամսվա ընդհատումով, վորոշ միջամտությամբ կրկնվում է։

Այս ժամանակամիջոցում սերտական ապարատի վերոհիշյալ արտաքին ու ներքին փոփոխությունները և ընդհանուր տեսքը (Habitus) հասնում են իրենց լրիվ զարգացման աստիճանին։ Հոդեպես ևս փոխված, ստեպ արագորեն փոփոխական ու անբավական արամադրություններով, մտորումների չենթակա, մյուս սեռի հանդեպ փոխված վերաբերմունքով՝ վորը հետզհետե դառնում է գիտակցական սեռական մղում, ահա այս անցողական անորոշ յերևույթների կարճ կամ ավելի յերկարատև շրջանից հետո վրա յի հասնում նոր, համեմատաբար ավելի հավասարակշիռ մի դրություն։

Սեռական կատարյալ հասունության շրջանը, յերբ աղջիկը 17—18 տարեկան է դարձել։ Ձվարանների լրիվ գործունեությունն, կանոնավորապես կրկնվող դաշտան, առավել կամ նվազ արտահայտված սեռական մղում և բնականաբար արտաքին պայմաններից կախված դարգացած սեռական կյանք, սրանք կնոջ կյանքի 30-ից 35 տարի տևող այս շրջանի հայտարար նշաններն են։

1. ՁՎԱՐԱՆՆԵՐԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅՈՒՆԸ

Ձվարանների գործունեության ամենաակնբախ և ամենից ավելի հայտնի մասը ձվաբերն է,—մի վորոշ ժամանակվա, սովորաբար չորեքշաբաթյա միջամտությամբ, հավանորեն աջ և ձախ ձվարաններից փոխնիփոխ, մի հասունացած յեվ բեղմնավորման ընդունակ ձվի դուրս մղվելը։

Իր մանրամասնների մեջ բարդ այս պրոցեսը սքեմայորեն այսպես է կատարվում. Ձվարանը ծածկող այսպես կոչված «սաղմնեպիթելի» տակ փոփոխական խորության մեջ թաղված նախապարկիկների (Primärfollikeln, первичные фолликулы)—դրանց թիվը մոտավորապես 30,000 է լինում ամեն մի կնոջ ձվարանում—մի մասը սկսում է աճել, բան վորում չատանում ու բազմանալ և դառնում այսպես անվանված պարկիկի եպիթելի այն խավը, վոր պատում է ձվաբջիջը։ Այս պրոցեսի վորոշ բարձրության հասած պահին, պարկիկի եպիթելը, այժմ արդեն բազմանալ դարձած ու այսպես կոչված՝ հատկավոր թաղանթի (Membrana granulosa) մեջ առաջ է գալիս շիջուկով—պարկիկի հեղուկով (Liquor folliculi) լցուն մի ճեղք, վորն աստիճանաբար մեծանալով դառ-

նում է խորշ և ձուն պատող եպիթելի միացորդը մի կողմի վրա չի քշում։ Ահա այսպես առաջանում և մի Գրաաֆյան պարկիկ, որպիսին մարդ հանդիպում է սեռահասուն կնոջ ձվարանում նրա զարգացման բոլոր աստիճաններում։

Հետզհետե մեծացող Գրաաֆյան պարկիկները շարունակ ավելի ու ավելի շաքժվում են դեպի ձվարանի մակերևույթը և իվերջո այնտեղ ընդհնմարվում են երբեմն վոսպի ու մինչև կնոսկի կորիդի մեծության քշտիկներ։ Մինչ այդ, Գրաաֆյան պարկիկի հեղուկի շատանալու հետևանքով պարկիկի ներսում ճնշումը շարունակ ավելանում է, և, պարկիկի թաղանթը մի կողմի վրա չի քշվում ու տափակում, իր պատն այստեղ ձվարանի մակարդակից նույնիսկ ուռչում բարձրանում է։ Վերջապես պարկիկներից մեկնումեկի ներսում ճնշումն այնքան և մեծանում, որ նա պատռվում է։ Արտահոսող պարկաջուրն իր հետ մյասին պոկում դուրս է հանում եպիթելով պատած ձվաբջիջը։ Սա չի ձվաբերի պրոցեսը։

Դուրս մղված ձուն ընկնում է յուրատեսակ մի ընդերպատակային գրպանի մեջ, որը կազմված է նրանով, որ արդանդափողը ձվարանի շուրջը պատում է յեկել։ Այստեղից ձուն մազականության ձգողականությամբ և փողի ծոպերի դեպի արդանդն ուղղված թարթիկաի հոսի աղդեցությամբ նախ փողի և ապա շարունակելով արդանդի մեջ է ընկնում։

Ձու դուրս բերելուն, որ է՝ արտաթոռման դուրընթաց, ձվարանին հատուկ է նույնպես ներգործուն նյութերի ուղղակի արյան մեջ անցնող ներքին արտաթորում, որն ամենևին պակաս կարևորություն չունի։ Դրանից են կախված բոլոր վերը նկարագրված մարմնական և հոգեկան փոփոխությունները, որոնք սեռականապես անտարբեր աղջկանը դարձնում են կին և պայմանավորում են այդ մարդու հանդեպ նրա ամբողջ տարբերություններ։ Այս ներքին արտաթորումը հաստատուն ապացուցվեց այն բանից հետո, երբ հաջողվեց պահել մնացած կենդանիների և կանանց դաշտանը, որը կապված է ձվարանների ներկայության հետ, կամ թե դաշտանի յերբվումը դարձյալ վերականգնել նաև նրանով, որ ձվարանները մարմնի մի որևե այլ տեղում պատվաստեցին։ Ըստ այդմ՝ բնականաբար բացատրվում է ձվարանի աղդեցությունն այլ կերպ, քան արյան միջոցով։

Այս ներգործուն նյութերի, հորմոնների ստեղծման վայրն է հանդիսանում պարկիկայինն եպիթելը և գերազանցապես դեղին մարմնի այս եպիթելից առաջացած դեղնաբջիջները կամ լուտեինաբջիջները (հմմտ. ստորև)։ Այս շատ վիճարկված հարցին, թե արդյոք այսպես կոչված՝ անջրպետային դեղձը արդյոք ներքին արտաթորման համար նկատառություն կենթակա չի թե՛ վոչ, նորագույն հետազոտությունների հիման վրա կես բացասական պատասխան պիտի տամ։

Դեղին մարմնի գոյացումը: Ներքին ճնշման հանկարծական վերացումով, պայթած պարկիկի նեղսում առաջանում և արյունհոսություն, որը պատռված յեղբերի իրար փակչումով շատ շուտ դադարում եւ բացարիկ դեպքերում արդարև քիչ ավելի մեծ արյունհոսություն և տեղի ունենում դեպի փորի խոռոչը և առաջացնում և ընդհարապատակային սաստիկ գրգռական յերևույթներ: Այնուհետև սկսվում և հատկավոր թաղանթի (Membrana granulosa) բջիջների ուռճացում, որոնք ընդամեն բեռնվում են դեղին գունանյութով - լուտեինով, որից ամբողջ այդ մարմինն ստանում և դեղ ն դույն ու իր անունը: Ուռճացած առկավոր թաղանթն իր մակերեսի մեծացման հետևանքով ծալքեր և տալիս: Շատ չանցած սկսվում և նախկին պարկիկի շարակցահյուսվածքային պատյանն էլ ուռճանալ և ընդամեն հատկավոր թաղանթի բջիջների, այժմ արդեն այսպես կոչված՝ դեղնաբջիջների ուռճացած խոշիլ դարձյալ նոր ծալքեր են կազմվում, այնպես վոր ամբողջ գոյացությունը յերկում և հատածում, ինչպես մի դանդրավոր փողպատածալք (նկ 3): Այս շարակցահյուսվածքային ուռճացման հավելումով և կինոբռնական արնահոսուքի շարակցահյուսվածքային կերպավորումով, ձվաբերքից հետո յերրորդ շաբաթվանից սկսած առաջանում և դեղնաբջիջների խավի աստիճանական սեղմում, վորը վերջանում և նրանով, վոր կազմվում և մի փոքրիկ, անկանոն սահմանավորված, շարակցահյուսվածքային-թելքային կամ թե ավելի հյալինանման մի մարմնիկ—թելքավոր կամ սպիտակ մարմինը (Corpus fibrosum s. albicans):

Թերևս պարկիկի անընդհատ մահացման և ինչպես վերը հիշատակվեց, իր գոյությունը դեռ սարսակուսելի համարյուծ անջրպետային դեղձի կազմության ընթացքում վոմոխական քանակով նյութեր են անցնում արյան մեջ, վորոնք սեռական գրգռումներն ավելացնում ու պակասեցնում են և ուրիշ արտաթորական դեղձերի հետ փոխադեցությամբ, ամբողջ նյութափոխանակության վրա ներգործություն են ունենում: Այս ամեն մանրամասնները դեռ բնավին պարզված չեն, վոր այստեղ քննության առնվեն *): Սակայն այժմ արդեն կան վստահորեն լուծված խնդիրներ, վորոնք մի քանի տարի առաջ դեռ մթության մեջ էլին: Այսպես նախևառաջ մենք դիտենք, վոր ուղեղի յենթաճաղնի առաջավելքակը ներկայացնում և այն գերազաս որգանը, վորի հորմոնարտադրության քանոնավորում և ձվարանի աճումն ու գործունեյությունը, մինչդեռ մյուս կողմից ձվարանի հորմոններն իրենց ազդեցությունը տարածում են արգանդի վրա: Մի քանի խանգարումներ, վորոնք ցարդ համարվում էլին իբր սերական դեղձից կախում ունեցող իրականության մեջ նրանք կախումն ունեն յենթաճաղնի առաջավելքակի հորմոնարտադրության քանակական և վորակական

---

*) Բոլոր պատկանավոր հարցերի ամենամասն նկարագրությունը կա Ֆրենբելի հոդվածում, Ֆրենբել-Յաշկեյի «Նոր սեռական նորմալ և ախտաբանական բնավորությունը» գրքի մեջ, Լայպցիգ, 1914 և Յաշկե-Պաուլովի «Ինկոլոգիա պասագրքի» մեջ Բերլին, 1932, 5-րդ հրատ բոլոր պատկանավոր հարցերի նորագույն ու ամենամանրակրկիտ նկարագրությունը պատկանում և Շրեդերի գրչին, Վայս-Շեհմելի «Կանանց հիվանդությունների ձեռնարկ»-ի մեջ, 3-րդ հրատ. I հատոր, Մյունխեն, 1928:

խափանումներից։ Չնայած վոր այդ մասին հետազոտությունները դեռ յեռանդով շարունակվում են, այնուամենայնիվ գոնե այսքանը վերջնականապես հաստատ է, վոր յենթաճոնի առաջաբլթակը արտադրում է պարկիկը հասունացնող մի հորմոն, մի լուտեինացնող հորմոն և մի ամեցնող հորմոն, վորոնց պետք է ավելացնել հավանորեն նաև կարևոր նյութափոխանակման պրոցեսները կանոնավորող՝ նյութափոխանակման հորմոն։ Զվարանն էս արտադրում է յերկու հորմոն, այն է՝ պարկիկային հորմոնը (ֆոլլիկուլեին կամ ոեստրեին) և դեղնամարմնային հորմոնը (լուտեին կամ պրոգեստին)։ Այս հորմոններըը ներկայումս ստացված են զուտ վիճակում ու ներքդրծում են թե բերնից ներս ընդունելով և թե յենթամաշկային սրսկումով։ Սրանք առնետամիավորով կամ մկնամիավորով ստանդարտացված են, այսինքն՝ կայուն հաշվի յե յենթարկված ներքդրծող նյութի այն քանակը, վորը բավականանում է մի մանկատիպ առնետի կամ մի մկան կաղուցքի բերելու կամ սեռական հասունության հասցնելու համար։

Այս բարդ նյութի մասին ավելի ընդարձակորեն խոսելն այստեղ հնարավոր չե. դրա համար հանձնարարվում է ուշադրության առնել ստորև հիշատակված յերկերի մեջ զետված ընդարձակ նկարագրությունները։

Զվարանի մեջ պարբակարգորեն կրկնվող լրադարձություններն են (պարկիկների աճումը, ձվաբերքը, դեղնամարմնի գոյացումն ու յեռաճումը), վորոնք առաջացնում են արգանդի մեջ հաջորդ հատվածում նկարագրվելիք յերևույթները։ Այսպես ուրեմն ձվարանի պարբակարգությունը (Cyclus) նախադասված է արգանդի պարբակարգության, մի փաստ, վորը դաշտանի խանգարումներն ըմբռնելու համար միշտ ինկատի պիտի առնվի։ Դեղնամարմնի կազմությունն ու հասունացումը պատճառում են արգանդի մեջ սրա լորձաթաղանթի նախադաշտանային փոփոխությունները։ Արյունռւմն՝ այսինքն իսկական դաշտանը, իբրև հետևանք արգանդի լորձաթաղանթի մակերեսային խավերի քայքայման, սկսվում է այն բոլորին յերբ սկսվում է դեղնամարմնի հետաճումը, վորը ինքն իսկ կախումն ունի չբեղմնավորված ձվի վոչնչացումից։ Զվաբերբը պետք է վոր մոտավորապես յերկու պատասանների միջեվ ընկած ժամանակամիջոցում տեղի ունենա, իսկ մինչև արյունռւմն սկսվելու ժամանակամիջոցում կատարվում են նախադաշտանային փոփոխությունները։

Մի քանի կանանց կողմից միջնացավեր ունենալու մասին գանգատները յենթադրաբար զուգադիպում են ձվաբերքի ժամանակին և կարող են կախումն ունենան ձվարանի շրջակայքում տեղի ունեցած բորբոքական յերևույթներից կամ ձվարանի կեղևի առանձնապես կոշտ կազմությունից։

2. ԴՈՇՏԱՆԸ

Սերականքի արյունոտման պարբերական կրկնությունը սեռական հասունության կամ արբունքի ամենաուշագրավ նշանն է։ Առաջին շրջանում հաճախ նկատված անկանոնությունները անցնելուց հետո հետզհետե դաշտանն ստանում է պարբերական կրկնության մի հաստատուն տիպ։ Սա ամենից հաճախ լինում է չորեքօրյա. սակայն ուրիշ ամեն տեսակ տիպ, յերբ արյունոտումը կրկնվում է 21-ից մինչեվ 31-րդ օրում, այդքան որերի սահմանում յեղած տատանումները վստահորեն կարելի յե դեռ նորմալ համարել։ Նմանապես անհատական դիմից տարբերվող փոքրիկ շեղումները, ինչպես նաև կյանքի զանազան շրջաններում, հատկապես ամուսնության կամ ծննդաբերության հետո, այդ տիպից յեղած խոտորումները պետք է իրը նորմալ ընդունվեն։

Արյունոտման տեվողությունը տարուբերվում է սովորաբար 2-ից մինչև 7 որվան միջև, իսկ ընդհանրապես տևում է 3-ից 5 որ։ Արյունոտումն սկսվում է քիչ առաջ, 2-րդ և 3-րդ որը հասնում է ամենաբարձր աստիճանին և ապա հետզհետե դադարում է։

Արյունոտման սաստկությունը շատ փոփոխական է. նույնիսկ միևնույն կնոջ արյունոտումն աննշան չափով փոփոխվում է։ Դաշտանի սաստկությունը վորոշելու ամենալավ չափանիշը հանդիսանում է արյունը ցամաքեցնելու համար պետք յեղած վիրակապերի քանակը։ Սովորաբար ծախսու կապերից մեկ կամ յերկու հատը բավական են այդ նպատակի համար։ Նորմալ քանակով հոսած ամսականի արյունը չի լերդանում։ Այն դեպքում, յերբ հեշտոցից փոքրիկ կամ համեմատաբար մեծ արնալերդակները դուրս թափվեն, նշանակում է՝ վոր տեղի ունի ախտաբանորեն սաստկացած արյունհոսություն։

Դաշտանի ընթացքում արտահայտված ծանր կամ թեթև ցավազգայությունները (Molimina menstrualia, расстройства при менструации), *վորպիսիք են՝ ընդհանուր անտրամադրություն, հոգնածություն, սրբոսկրի և ներքնավորի ձգող ցավազգացություն, բթվածություն, ջերմության ու ծանրացած լինելու և սեռինքների լարվածության զգացում, միզելու հաճախակի մղում, տրամադրության ճնշվածություն, նվազած մտավորական աշխատունակություն, դլխացավ, ավելի հազվադեպ՝ արնեխռնում, անգար, սրտխառնուք, դեղքընտություն, աքնեպղուկների այտում, մի թեթև թուլություն, անա այս յերևույթները, վորոնք սովորաբար ավելի վորոշակի յեն արտահայտվում դաշտանի սկզբի որերին, կարելի յե այնքան ժամանակ նորմալ*

համարել, քանի դեռ դրանք լրջորեն չեն խանգարում կնոջն իր պարտականությունները կատարելու և քանի դրանք իսկական հիվանդության դպացմունք չեն առաջացնում։ Պարզ և, վոր նման յերևույթները կշռադատելու պարագային, կնոջ անհատական պղտկանության ու կամքի ուժը պետք և ինքատի ունենալ։ «Տկարության» դպացմունքը կանանց մեծամասնության կողմից համենայն դեպս իրրև դաշտանին ընկերակցող տանելի մի յերևույթ և զգացվում, Բոլոր կանանց մոտավորապես միայն 10 տոկոսն և, վոր դաշտանի պատճառած ցավագդացությունները ազատ և։

Դաշտանին ու նրան նախորդող 8–ից 10 որերին զուգադիպում և ներքնատամքողջ սերական որգանների ընդհանուր, չարունակաբար ավելացող գերարնության և բացի դրանից՝ արգանդի լորձաթաղանթի մի վորոշ փոխակերպություն, վորը սակայն դաշտանը վերջ գնալուց հետո շատ չանցած սկսվում և ամսականը նորոգվելիս՝ ամենաբարձր աստիճանին և հասնում, սա ևս—արգանդի **լորձաթաղանթի պարարտագային փոխակերպությունը,** *հետևյալ կերպ—*

1. Դաշտանի վերջանալուց քիչ հետո բարակ լորձաթաղանթի մեջ կարելի յև գտնել համեմատաբար սակավ, պարզ ու կարճ գեղձափողեր— **վերաստեղման ստադը.**

2. Հաջորդ 14 որերի ընթացքում լորձաթաղանթն ամբողջությամբ մի քիչ ավելի հաստանում և, գեղձերն ստանում են ավելի լայն, յերկայն ու ըղըջապատյալ ձև ու. դրա համար ել հատած պատրաստուկի մեջ ավելի բազմաթիվ են յերևում,— **ուռճացման ստադը.**

3. Տեղի ունեցած ձվաբերքին անմիջապես հաջորդող շրջանի մեջ լորձաթաղանթը, շնորհիվ շիշկալին թաթախման, ավելի յև հաստանում, ավելի պարարուն և գունում, շարակցայուսվածքային բջիջներն ավելի մեծ, ավելի լուսաթափանց են լինում, գեղձերն ավելի ևս լայնանում ու հատկապես խորին շերտերում կազմում են խիտ շրջապատված, բազմակի ոլոռերով, շատ լորձ արտաթորող գեղձափողեր, լորձաթաղանթի, ինչպես նաև մկանունքների արենատար անոթները լիճ լցյուն են— **արտաթորման ստադը.**

4 Յերրորդ կետում հիշատակված փոփոխությունները ծագայում են իբր նախապատրաստություն բեղմնավորված ձուն ընդունելու համար։ Յեթե այդպիսի չլինի, ապա նախորդ ձվաբերքի չբեղմնավորված ձվի դուրս ընկնելուց հետո, հպիթելի վերնախավի մասնակիորեն պոկկելու և դուրս մղվելու հետ միասին տեղի կունենա գեղձերի, ինչպես նաև ավելացած ճնշման հետեվանքով ճաքճքած արյան մազանոթների պարզուժը— **լորձաթաղանթի բերքաման ստադը:**

Դրանից հետո գեղձերը կուչ են գալիս, լորձաթաղանթի բարձոնը (Stroma) դարձյալ թուլանում և, լորձաթաղանթի վերին խավը վերաստեղվում և, մտնում և 1 ստադը, պարբերության պրոցեսը նորից և սկսվում։

Սակայն բոլոր այս փոփոխությունները կատարվում են լորձաթաղանթի մակերեսային, գործունեական (Functionalis) կոչված խավում, մինչդեռ նեղականի հիմնախավն այդ փոփոխություններին չի մասնակցում, այլ վորոշ չափով իբր մի տեսակ մայրահող և պահվում լորձաթաղանթի շարունակ կրկնվող վերաստեղման համար։ Ձվաբանի և արգանդի պարբերությունները սերտորեն զուգորդված են իրար հետ այնպես, վոր նորահաս գեղձին մայրինը արգանդի լորձաթաղանթի նախադաշտանային, ավելի ճիշտ կըլինի ասել՝ նախահղացական (վորովհետև ձուն հյուրընկալելու պատ-

(շարունակ.) լրձաթաղանթի փոփոխությունները և առաջացնում, մինչդեռ այն նորմալ պայմաններում ամենաշատ ձգի մեխանիզմով դեղին մարմնի հետադեմն է սկսվում, սկսվում է նաև ամսական արյունոսքը լրձաթաղանթի մակերեսային խավի քայքայման նշանները ներքո։

Ինչպես վոր արդանդի լրձաթաղանթի մեջ տեղի է ունենում կոհականման և պարբերաբար կրկնվող շրջափոխություն, այդպես էլ կնոջ որդանների համարյա ամբողջ գործառնությունները կամ նրանց արտահայտությունները, այն է՝ նյութափոխանակությունը, թոքերի տարողությունը, անդրադրդձական գրգռականությունը սրտի զարկը, արյան ճնշումը, ջերմության աստիճանը և այլն, այս ամենը ենթակա են համանման տատանումների։ Դա կարելի է արտահայտել կենսական պրոցեսների ինտենսիվության այսպիսի մի կորագրով, վորի ստորնակետը համապատասխանում է դաշտանի ժամանակամիջոցին, այնուհետև արագորեն հասնում է մինչև բարձրության, այսինքն մի հավասարակշիռ վիճակի, ապա ձգտելերքից հետո բավական արագ վերելք և գործում ու դաշտանն սկսվելու նախարդող օրերին դրան հետեւում է մի ավելի արագ անկում՝ մինչև կորագրի ստորնակետը։

ԴԱՇՏԱՆԱԴԱԴԱԼ (Klimakterium, Menopause, климактерий, менопауза)

Միջին հաշվով 45-ից մինչև 50 տարեկան հասակում վերջանում է կատարյալ սեռական գործունեության շրջանը, հարավային կլիմայում ընդհանրապես ավելի կանուխ քան սառը կլիմաներում, վորոշ ընտանիքներում ավելի վաղ կամ ավելի ուշ, քան ուրիշ ընտանիքներում։ Այս պրոցեսը սովորաբար կամաց կամաց և կատարվում, խիստ բազմազան ձևերով և այնքան բազմաթիվ ու այլազան տեղային ու նուլնպես ընդհանուր յերևույթներով ու ցավերով, վոր կարելի է դաշտանադադարի ճշգրիտ համակցության մասին խոսել միայն մեկ տարվան ընթացքում հասնում են մեծ տատիկի վիճակին՝ կատարյալ սեռական հանդստության համար, ուրիշ անգամներ կարող է յերկու, յերեք ու ավելի տարի տևի մինչև այդ վիճակին հասնելը։

Համեմատաբար շատ քիչ է պատահում դաշտանադադարին անցնել այն ձևով, վոր ամսական արյունոսքը պահելով իր տիպը, հետզհետե թուլանա ու նվազի։ Ավելի հաճախ տեղի յեն ունենում սաստիկ անկանոնություններ։ Մեկ տեսնես՝ դաշտանը 6 շաբաթ ու նույնիսկ 2 կամ 3 ամիս բացակայում է ու ապա տեղի է ունենում ավելի սաստկացած ու յերկարատև արյունոսք։ Միջանկյալ ժամանակում կինը կարող է դարձյալ մոտավորապես նորմալ ամսականներ ունենա։ Մեկ էլ տեսնես՝ մի առանձնապես սաստիկ դաշտանին հետևում է, յերկար դադարից հետո, մի բոլորովին սակավ, մեկ կամ յերկու որ տևող արյունոսք, մինչև վոր դա էլ բոլորովին հետ մնա, մինչև դաշտանադադար վրա հասնի։ Այս իրադարձությունների վրա կարող է 3—4 տարի անցկենա ու էլ ավելի։ Ըստ այդմ, դաշ, անադա-

դարի պատկերը փոփոխական է և սաստկացած արյունահոսությունն նկատված դեպքում, վորն այնքան էլ հազվադեպ չէ, անհրաժեշտ է միշտ զգուշ վերաբերմունք ունենալ։

Արյունոտը ցամաքելուն զուգընթացորեն կատարվում է՝ հազվագյուտ բացառությունները չհաշված, նաև ձվարանների դազարումը, վորն իր կողմից թերևս ձվարանների մեջ անոթների կոշտադարության հետևանքով պայմանավորված սնուցման խանգարումներից և թարշամական պրոցեսներից է առաջանում։

Ինչպես վոր ձվաբերքն է դազարում, ձվարանների ամբողջ ներքին արտաթորությունն էլ հետզհետե սկսվում է խափանվել ու դրա շնորհիվ ստացվում են այն ամեն հետևանքները, վորոնք և կազմում են դաշտանադադարի ամբողջական պատկերը։

Սերական ապարատի մեջ տեղի չի ունենում ընդհանուր, մեկ ավելի արագ, մեկ ավելի դանդաղ նկատելի դարձող հետափոխություն (involutio) արգանդը՝ փոքրկանում է, հեշտոցաբաժինը և կամարը կուչ են գալիս, հեշտոցը նեղանում ու յամանքում է, բունոցը փոքրանում ու թողնում է, ճարպը հալվում։ Ցեղ վերջապես, իսկ մինչ այդ արգեն կինը մոտենում է իր 6-րդ տասնամյակին, ամոթոյքի մազերը սպիտակում են, թոռոմելու նշաններն ավելանում են, արգանդի և կապանների մկանունքներն էլ շարունակ ավելի ու ավելի թառամ շարակցական հյուսվածքով են փոխարինվում,—կինը հասնում է պառավության տարիքին։

Սակայն դեռևս սերականքի վերոհիշյալ փոփոխությունները նկատելի դառնալուց առաջ ղպայվում են այս փոխանցական տարիճերի դանազանակերպ ցավեր և կատարվում են ամբողջ մարմնի վրա խիստ բազմազան թվով և տարբեր տեսակությամբ փոփոխություններ։

Գանգատանքների թվին են պատկանում, սեռական դրգիռի նվազելու հետ մեկտեղ շատ սովորական արնեհոսությունները դեպի գլուխը քրոնքակոխություն, սրտի խփոց, շնչասպառություն, գլխի պտույտ, անքնություն, փքռտում, սաստկացած փորկապություն, յերբեմն էլ ընդհակառակն՝ փորլուծություն, հաճախակի միզելու մղում, ընդհանուր դրգռակնություն և տրամադրությունը շուռ-շուռ փոխվելու հակում՝ ճնշվածության կոմպոնենտի հաճախակի շեշտավորումով. իսկ վորոշակիորեն արտահայտված հոգեպարություններ, չնքոր, միզահյուծություն, յերիկամի կոշտակարություններ և այլն, սրանք հազվադեպ յերևույթների թվին են պատկանում։ Այստեղ դարձյալ պետք է շեշտել այն հանգամանքի վրա, վոր այդ տարիքի մեջ հակում կա սերական ապարատի շրջափակում վատորակ նորագոյացություններ առաջանալու։

Մարմնի վրա շատ ավելի հաճախ աչքի է ընկնում մանավոթապես ներքնափորի և դիսաների ճարպաշերտի հավելումը՝ «պառավական գերուցը» («Altueiberspeck») յերբեմն ավելի սահմանափակ տեղում կազմելով դնդանման ցավական մի ուռուցք (Adiposis dolorosa, болезненная припухлость, ցավական գերուց), մյուս կողմից մաշկը հետզհետե կորցնում է իր թարմութիւնը և մազմիրուք բուսնելու հակումն և առաջանում։ Ուրիշ որպանական փոփոխութիւններ, ինչպես՝ մաշկի եկզեմաներ, կոկորդի գեղձային ածեցութիւններ, փամփշտի դում, հոտերի ու վոսկորների խոթացումներ, խեղաթիւր զգայութիւններ, սրանք հաղիվ թե կարելի լինի դաշտանադադարին նորմալ կերպով ընկերակցող յերևույթներ համարել։ Հիվանդութեան ամեն մի դեպքում որպանների առանձին համակարգութեան առույգ, հաճախ նույնիսկ կրկնակի հետազոտումով միայն կարելի կըլինի վորոշել, գործ ունենք արդյոք դաշտանադադարին ընկերակցող անցողիկ յերևույթների հետ, թե հիվանդութիւնների հետ՝ իսկական նեղ իմաստով առած։

IV. ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԱԽՏԱՆՇԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Չանազան գինեկոլոգիական խոթացումների ժամանակ վորոշ ախտանիշներ և նշանների համակցութիւններ ալնքան հաճախ են կրկնվում, վոր թվում է նպատակահարմար նրանց առաջ գալու և արժեքավորելու մասին նախապես խոսել։ Դրանք են.

I. ԱՐՅՈՒՆՈՒՄՆԵՐ

Ա. Դաշտանարյունում (Menorrhagia, меноррагия), *այսինքն՝* շատացած բանակով ու յերկարած տեվողությամբ ամսական արյունում։ *Դրա ընթացքում կարող են լերդացած արյան մեծ դուղձեր վեր ընկնեն, արյան կորուստը կարող է այնքան մեծ լինի, վոր ուշաթափութեան նման յերևույթներ պատահեն և առաջանա յերկրորդային ապակավարնություն (Anaemia secundaria, последоватальная анэмия), յեթե դաշտանարնումները յերկար հարատևեն։ Շնորհիվ արյունումի յերկար տևողության, դաշտանից դաշտան ընկնող ազատ միջոցը կարճանում է։ Կարող և նույնպես առաջվա չորեքշաբաթյա տիպը փոխարկվել յերեքշաբաթյա ու մինչև անգամ յերկուական յերկուսուկես շաբաթյա տիպի դաշտանի—բազմադաշտանարնում (Polymenorrhoea)։*

Դաշտանարնումը պատահում է—

I. Ծերուցքի տարիքում, *հատկապես մանկական արտաքինով դալկագար նեղվային աղջիկներին, վորոնք դեռևս փոքրիկ յերեխայական արգանդ ունեն (յերկայն վզիկ, կարճ մարմին)։*

Ա. Արեւնգիալիզ իսկական գաշտաճարճուռմներ (Menorrhagia essentialis, ессенциальное кровотечение). *Սրը մանկամարդ աղջիկների աննորմալ կերպով սաստիկ ամսական արյունհոսության համար տիպական մի պատճառ չի կարելի հայտնաբերել։*

Այն ամեն փորձերը, որ կատարվեցին երբև արյունումի աղբյուրը յենթադրված արգանդի մեջ լրջախթանների ախտաբանական փոփոխություններ գտնելու համար, ապարդյուն անցան։ Ամենաշատը կարելի չի մտածել, որ մկաններով դեռ թույլ, մանկական փոքր արգանդն արյունումը դադարեցնելու նվազ ընդունակ է, քան կատարյալ զարգացած որդանը։ Սակայն իսկական պատճառը պետք է փնտռել ներքնորական (էնդոկրին) գեղձերի սխտամի հավասարակշռության խանգարումների մեջ, որոնք հիմնվում են այն բանի վրա, որ արգունքի տարիքում առաջին անգամը լինելով ձվարանի արտաթորանքներ են փոխանցվում արյան մեջ։

Բոլոր ներարտաթորական (էնդոկրին) գեղձերը (կոնաձև գեղձը, ուղեղի յենթաճաղը, վահանաձև ու մակվահանաձև գեղձերը, ուտցագեղձը, [մսանը], մակերիկամը, ձվարանները), որոնք ամբողջ նյութափոխանակման նորմալ ընթացքի համար արյան անոթների, ներվային համակարգության տոնոսի համար ամենամեծ նշանակություն ունեն, բազմակի կապակցությամբ ազդում են միասնաբար, մասամբ իրար ուժանդակելով—համազգեցությամբ (Sinergismus), մասամբ մյուսի ազդեցությունը կասեցնելով—դիմակացությամբ (Antagonismus)։ Ամբողջ սխտամի թեկուզ մեկ անդամի բացակայությունը կամ գործունեության նվազումը, ինչպես նաև նրա գերգործունեությունը միշտ առաջ է բերում խանգարումներ, որոնք ներգործում են թեպետև ամբողջ մարմնի վրա, սակայն վորոշ որգանների և որգանների համակարգության վորոշ ֆունկցիաներն առանձնապես աչքի ընկնող կերպով են ազդվում։ Մեկ կամ մի քանի՝ համազգեցությամբ ներգործող գեղձերի փոփոխակի կերպով ուժեղացած աշխատանքով, ինչպես նաև դիմակացող գեղձերի թույլ գործունեությունով կարող է խանգարումը հետզհետե հավասարակշռվել և մի նոր կայուն դրության ստեղծվել։ Այսպես հիմա մենք պետք է յենթադրենք, որ արգունքի հասակում ձվարանների գործունեությունն սկսելու ժամանակ նոր հորմոնների յերևան գալը նախ և առաջ դեռ խախտում է հավասարակշռությունը։ Նայած սաստկությանն ու արագությանը, որով ձվարանն իր ներքնորական գործունեության կատարյալ բարձրությանն է հասնում, այդ խանգարումներն էլ տարբեր սաստկությամբ են լինում և ապա զարձյալ մի նոր հավասարակշիռ վիճակ ստեղծելը կախված է նույնպես նրանից, թե մյուս ներքնորական գեղձերն ինչ արագությամբ ու ինչ լրությամբ կկարողանան հաջ-

ձավել այս նոր պայմաններին։ Դրա վրա կարող է ամիսներ ու տարիներ անցնի։ Յերբեմն յերևում են ուղղակի չամփազանց մեծ վայրիվերումներ նորամուտ ոտարականի հանդեպ նվերթորական դեղձերի ցուցաբերած հակազդեցության ընթացքում, հակազդեցություններ, որոնք իրենց կողմից դարձյալ կարող են վերազդել ձվարանների գործունեության վրա։ Այդ մասին բազմակողմանիորեն ստուգված դիտելիքներ դեռ շատ քիչ են հայտնի, որպեսզի այստեղ դրանց մասին հակիրճ խոսքերով հիշատակություն կատարվի։ Սակայն վոչ մի տարակույս չկա այնվս այն փաստի վերաբերմամբ, որ ետ անհատների ձվարանների գործունեության շրջանի մեջ մտնելը կապված է ամբողջ ներհին արտաքորական ցնտեսության հավասարակշռության առավել կամ նվազ ստասիկ խանգարման հետ յեվ որ այդ խանգարման մեջ պետք է փնտրել արբունքի տարիքում պատահած իմքնեղ այլուսումների պատճառը։

Արբունքի տարիքի այլուսումների ուրիշ շատ դեպքերում տակտային դաշտանաբնության առաջ գալու համար կարելի յե դնել այլ պատճառներ առանձին կամ շաղկապված նման ներքին արտաքորական հավասարակշռության խանգարումների հետ։

Այսպես կան—

2. Հայեցի ծագումով արբունքային դաշտանաբնությունները.

ա) Ընդհանուր կամ տեղային, սովորաբար յերակային գերարնության հետևանքով, որը դժվարացնում է արյունամբ դաշարեցնելը, որինակի համար՝ արտի արտանների կամ, քրոնիկական ստասիկ փորկապության ժամանակ, զգայորեն գերլցրդվում աղջիկների մոլեկան սնանկականությամբ զբաղվելու դեպքում, վորին նպաստում և նաև խիստ սեղմող հագուստեղենը, նստական կյանք վարելը, արգանդի հետադծության։

բ) Արյան բարձր ճնշման հետեվանքով, զորօրինակ՝ յերիկամաբորբի ժամանակ։ Յերբեմն կարող է նույնպես ստասկացած ու յերկարած ամսական արյունամ առաջանա արգելն իսկ դաշտանի մեջ գտնված որևէ արյան ճնշման հանկարծական հավելման հետևանքով, ինչպես որինակ՝ ստասիկ մարմնական հոգնության, ուժգին հոդեկան ցնցումների պատճառով։

գ) Արգանդի լորձաթաղանթի արնաոր ներից անհոմալ կերպով հեղուկ մաղվելու յեվ կամ արյունամասիրության ժամանակ արյան յերդանալու նվազած ունակության հետեվանքով, վարակային հիվանդությունների ընթացքում և նրանց առկից, դաշտանի որևէն մրսելու և թրջվելու պատճառով, վորոնք կարող են հաճախ յերկար ժամանակ կրկնվող դաշտանաբնության առիթ ծառայեն։ Մի քանի թոքախտավոր ու գալկագար աղջիկների դաշտանաբնությունն էլ թերևս այս կարգին դասվի։

դ) Արգանդի լորձաթաղանթի բորբոքական պրոցեսների, որ. ենթարգանդենաբորբի (Endometritis) հետեվանքով, ծանր վարակային հիվանդությունների ընթացքում, հատկապես տիֆի, խոլերա, ծաղիկ, կամ նույնպես՝ անգինա, ինֆլուենցա, կարմրուկ, քութեշ և կարմիր քամի հիվանդություններից հետո յերևան յեկած արյունհոսություններ։ Նույն բանը պատահում է յերբեմն էլ ոնանց կանության ձեռնաշարժությունների ժամանակ դեպի ներսը դնացող տեղային վարակումի հետևանքով։

Անամնեզը և մարմնի քննությունը կառնչադրեն դեպի այն ճշմարիտ ուղին՝ վորոշելու, թե ինչն է պատճառը կամ թե ինչ ուղղությամբ պետք է փնտռել այն։

II. Դասընթացությունները սեռական հասունության տարիքում ամենից *ավելի պիտի վերագրել տեղային պատճառների, վորոնք արգանդի վրա միայն ահմանափակված կամ ամբողջ սերսկան ապարատի և ընդհանրապես կոնքամիջի որգանների վրա տարածված ակտիվ և պասիվ դերբնություն են առաջացնում, որինակ՝ արգանդի լորձաթաղանթի պոլիպային ուռնացումները, վիժումներից և ծննդաբերություններից հետո արգանդի լորձաթաղանթի վոչ կատարյալ վերակազմությունը, արգանդի մկանուտները, արգանդից դուրս յեղած խոցոտ ուռուցքները, վորոնք կոնքի մեջ հեղակետ են առաջացնում։ Այդ կարգին են պատկանում նաև ձվարանի ուռուցքները, արգանդի կցոններին, նույնպես հենց արգանդի լորձաթաղանթի բորբոքական հիվանդությունները, մկանունքի կծկման թուլության հետևանքով՝ արյունհոսության թերի դադարեցումը նախատրամադիր ենթարգանդի (անուժակության և մանկականության) ժամանակ, մկանահյուծման ժամանակ, վորի ընթացքում բազմանում և շարակցական հյուսվածքը* (Myofibrosis—*մկանաֆիբրոզի*) *ներպատային մկանուտների, նաև արգանդի դիրքի փոփոխությունների, որ. արգանդի հետածռության ժամանակ։ Բացի դրանցից, դերբնություն են պատճառում նաև անոթների տեղային հիվանդությունները, ինչպես՝ ատոնների կշտացումը և հանդրիճային այլասերումը, աննորմալ սեռական գործունեությունն ու մանա անդ ընդհատված դուգավորությունը* (Coitus interruptus), *վորը շատ հաճախ է գործադրվում։ Ընդամին կարող են յերբեմն դեր ունենան բնականաբար բոլոր այն պատճառները, վորոնց մասին խոսեցինք արբունքի տարիքի արյունհոսությունների նկարագրության ժամանակ։ Սեռահասուն տարիքում ներքին արտաքորական խանգարությունները ծնունդ են առնում ամենից ավելի վահանագեղձից, հատկապես վահանագեղձի անբավարար գործունեության* Hypothyreoidismus) *մեջ պիտի փնտռենք այդ յերևույթների պատճառը։*

III. Պաշտաճադադարին ճախորդող տարիքի դաշտաճարումները—*կապակցված ընդհանրապես ամսական արյունումների մեծ անկանոնությունների հետ, շատ հաճախ են պատահում։ Ճիշտ այնպես, ինչպես արբունքի տարիքում ձվարանների արատաթորության զարթոնքը, այդպես էլ այժմ նրա ատախճանական ազատումը պատճառում է ներքին արտաքորական գեղձային համակարգության մեջ հավասարակշռության խանգարումներ։ Հաղվադեպ չէ, որ պլանց միանան տեղային փոփոխություններ իրրև արյունումը նպաստավորող հանդամանքներ, անոթների կծկականությունը խանգարող կոշտացման ձևի, կամ արգանդի պատի մեջ մկանունքի և շարակցական հյուսվածքի միջև տեղախախտումների ձևի տակ։*

Մկանուների ներկայության դեպքում հաճախ դաշտանադադարի ժամանումը հապաղում է և դրանցով պայմանավորված արյունումների ինքնաբերաբար կտրվելու հույսերն իզուր են լինում։

Վերջապես պետք է նկատի ունենալ, որ այդ տարիքում յերիկամի կոշտացումները բացահայտ են դառնում, ուրի արատներն ու սրատամկանի հիվանդությունները հակված են լինում դեպի անհամակշռության և դրանով կարող են ազդել իրրև արյունումը սաստկացնող ու յերկարաձգող հանդամանքներ։ Բնականաբար պետք է նույնպես I և II հոդվածներում հիշատակված պատճառները յուրաքանչյուր տվյալ դեպքում ինքնատ ունենալ։

Բ. Արգանդարտունքներ (Metrorrhagia) *կոչվում են անկանոն կերպով, դաշտանի տիպից բոլորովին անկախ արյունումները, մինչդեռ և թե շատ են հոսում թե սակավ։ Այս արյունումների պատճառները ավելի հեշտ և գտնել և դրանք ավելի շուտ տեղային բնույթ ունեն, քան դաշտանարտունքները։ Մանկության ժամանակ յեվ արբունքի տարիքում այսպիսի արյունումներ շատ հազվադեպ են և յեթե պատահեն, նրանք համարյա բացառապես առաջանում են մի վրևից վատորակ նորագոյացությունից, հատկապես հեշտոցի սարկոմից։ Արբունքի տարիքի ամսական արյունումներն ևս կարող են արգանդարտունքների բնույթ ստանան։ Մնացյալ դեպքերում արգանդարտունքների պատճառները կանոնավորապես կարելի յե գտնել հետևյալ կերպարանքների տակ—*

1. Ձվարանների գործունեության խանգարումներ—ձվարանային արգանդարտունքներ։

2. Հղության խանգարումներ։

3. Արգանդի և կցունների բորբոքական վարակային ճիվանդություններ։

4. Արգանդի և հեշտոցի լավորակ կամ վատորակ նորագոյացություններ։

Ա. 1. Ձվարանային աննորմալությունը կայանում է ձվարանում

նրա գործունեության հաջողականության ընդհատման մեջ դեղնամարմնի կազմության բացակայությամբ և բալամաթիվ, դեռևս տհաս ու արուքացած պարկիկների ներկայությամբ։ Դրա հետևանքով արգանդի լորձաթաղանթի մեջ՝ վորի գործունեությունը կախումն ունի ձվարանից, նախապաշտանային նորմալ շրջափոխությունը չի կատարվում, այլ առաջորին զարգանում և ախտականորեն ձվաված մի անցողիկ շրջանի լորձաթաղանթ, վորից անկանոնաբար ու հաճախ մեծաքանակ կերպով արյունում է, մասամբ անոթների հորինվածության վորոշ առանձնահատկությունների շնորհիվ, մասամբ էլ մանանակի հյուսվածքների հետևանքով։ Դաշտանի վորոշ տիպ այսեղ պլեվո յերբեք չի կարելի զտել. մյուս կողմից արգանդարնության այս ձևի համար հատկանշական է այն, վոր դրան հաճախ նախընթանում է մի ուրիշ մինչև տաս շաբաթյա անդաշտանություն։ Ձվարանների գործունեության այս անոմալությունների վրա յեն հիմնված յերիտասարդական արգանդարնությունները, ինչպես նայել փոխանցական տարիների այսպես կոչված դաշտանադադարի տարիքի արգանդարնությունները։

Ա.ռ 2. Սեռահասուն տարիքի արգանդարնությունների գերազանցապես հաճախադեպ պատճառը հղության խանգարություններն են—մոտալուտ վիժումը, անկատար վիժումը, քորիոնի հետ պահվելը, առաջավոր ընկերքը, բշտամոլան, քորիոնի եպիթելուռը։ Արտարգանդային խանգարություններին ևս սովորաբար ընկերանում են արգանդարնություններ։

Ա.ռ 3. Տարբեր պատճառներից առաջացած՝ կյոնների բորբոքական հիվանդությունները և ներարգանդենու ծանր ու քայքայիչ անջրպետային բորբոքությունները պատահաբար առիթ են լինում յերկարատև արյունություններին։ Հեշտոցաբաժնի և հեշտոցի քերծվածքներն ու առանձնահատուկ խոցերը յերբեմն պատճառում են կարճատև արյունություններ, վորոնք յերևում են ընդհանրապես մերձավորության կամ լվացումից հետո։

Ա.ռ 4. Այստեղ պետք է հիշվեն.—արգանդի վզիկի և մարմնի լորձաթաղանթի պոլիպները, չենթաշճենային մկանուռները, հատկապես յերբ դուրս մղվելու ձգտում լինի կամ կակղացում ու սարկոմային կազմափոխություն սկսվի։ Բայց դրանից, հիշելու արժանի յեն նաև արգանդի ու հեշտոցի սարկոմները, քորիոնի եպիթելուռը։

Արգանդարնությունների ամենակարեվոր պատճառը արգանդի բաղցկեղն է, հատկապես արգանդի վզիկի քաղցկեղը, վորի ժամանակ ուռուցքի հյուսվածքի և անոթների քայքայման հետևանքով յերևում են անընդհատ արյունություններ։ Բարեբախտաբար ընդհանրապես շատ վաղ։ Դրանք սովորաբար սկզբում դեռ աննշան են, առաջին անգամ յերևան են գալիս թերևս վորևե ծանր ֆիզիկական աշխատանքի ըն-

թացքում կամ մերձավորութիւնից ու բժշկական մարմնական քննութիւնից հետո (մանրամասնութիւնները տեսնել ստորև քաղցկեղի մասին հոդվածում)։ Սաստիկ, յերբեմն նուիրնիակ մահացու արյունահոսութիւնները ընդհանրապես քաղցկեղի զարգացման շատ առաջ գնացած շրջանում են լինում։

Դաշտանադադարի տարիքում արգանդարնութիւնները, յեթե յերբեք վերը հիշատակված պատճառներից մեկնումեկը միանգամ դադարութիւն ունենալուց հետո մինչև վերջը չի շարունակվում, ամենից շատ բաղցկեղի ներեվանքով են լինում։ Դժբախտաբար փոխանցական տարիների սկզբում դաշտանարնութիւնների հանախակի պատահելու պատճառով այդ արգանդարնութիւները կանանց կողմից յերբեմն անուշադրութեան են մատնվում և այդ շրջանում բաղմակի խանգարված ամսական արյունահոսութի տիպն ինչպես ունենալով, դաշտանադադարի տարիքի մեջ գտնվողների արգանդարնութիւները կարող են բժշկի վրա ևս աննշանակ արյունութիւնների տպավորութիւն թողնել։ Յուրաքանչյուր նման դեպքում բնականաբար պետք է խնդիրը պարզվի (տեսնել ստորև)։ Համարյա պետքնորոշ են բաղցկեղի և հատկապես արգանդամարմնի քաղցկեղի համար արդեն յերկար ժամանակ գոյություն ունեցող դաշտանադադարից ետո առաջ յեկած արյունհոսութիւնները, մինչև այն և սաստիկ են, թե սկզբում դեռ թույլ են։

Գ. Նվազադաշտանը (Oligomenorrhoea) անկորմալորեն կարճատև ու չնչին ամսական արյունհոսք, քիչ անգամ գանգատանքի առիթ և հանդիպանում։ Նվազադաշտան լինում է—

1. Ամբողջ մարմնի կամ մրայն սեռականքի զարգացման կասեցման դեպքում, ինչպես նաև սակավարնութեան դեպքում։
2. Դալկագարութեան, ինչպես նաև յերկրորդային սակավարնութեան դեպքում։
3. Ուժաթափ անող հիվանդութիւնների ընթացքում ու նրանցից հետո, ինչպես նաև ամեն տեսակ հյուծական վիճակում։
4. Հաճախ իբրև առասեռական պալարախտի վաղախտանիշ։
5. Ներքորական (ենդոկրին) գեղձերի հիվանդութիւնների ժամանակ—Հոր-ձայուց, վորի ժամանակ յերբեմն ընդհատատին հորդոդշտան եվ և պատահում), վերջավորութիւնների մեծացում, վահանաձին և յենթաճոնաձին ճարպակալում, Ադիսոնյան և Բազեդովյան հիվանդութիւնները։
6. Իբրև նախակարապետ բնախտորեն նորմալ (դաշտանադադարային) ինչպես նաև ախտաբանական անդաշտանութիւն։

Դ. Անդաշտանութիւն (Amenorrhoea) այսինքն՝ ամսական արյունհոսքի բացակայութիւն պատահում է—

1. Բնախտորեն՝ նախ քան արրուներն հասնելը, հղութեան ընթացքում, դիեցման շրջանի մի վորոշ ժամանակամիջոցում՝ վոր փոխհատուցում է, ինչպես նաև դաշտանադադարն սկսելուց հետո։

2. Սեռականքի *մանկական սատկիկ կամ ամբողջական* նվազանման (Hypoplasia) *ժամանակ*։

3 *Արգանդի դիեցական ապաճման* (Lactationsatrophie) *ժամանակ*։

4. *Վերը դ. հատվածի 2-րդ և 4-րդ կետերում հիշված վիճակի բարձր աստիճաններին դեպքում*։

5. *Արգանդի կամ դույզ ձվարանների բացահատումից հետո հազվագյուտ դեպքերում՝ ձվարանների ամբողջական թարախում կամ ուռուցքները դուրանալով՝ նրանց բայթայման պատճառով*։

6. *Անցողական կերպով մեկ կամ մի քանի ամսով անդաշտանությունի՝ կլիմայի փոփոխության պատճառով, որինակ՝ դյուղից քաղաք տեղափոխվելու դեպքում, խիստ լարված ֆիզիկական աշխատանքի ժամանակ, ինչպես նաև հանկարծական տրնավիրից հետո*։

7. *Թունավորումների, որինակ՝ մորփիոնով, ծխախոտի դործածությունների և չափազանց շատ ծխող կանանց նիկոտինով թունավորումների ժամանակ*։

8 *Միզանյութության ժամանակ*։

9. *Մեզի խրվակ ունեցող կանանց (ինչ առնչություն ունենալը ամենևին չի լուսաբանված)*։

10. *Նեվրազաուրյան և նոգեզա-ության ժամանակ (հիստերիա, ախոնտաստություն, միլամադություն, տաբես, պարալիս)*

11. *Խարուսիկ անդաշտանություն արտաբեր ուղիների փակվելու դեպքում (դրուշացիր կնոջ սխալ ցուցմունքներից)*։

Ծ. Փոխանորդող դաշտան (Vikariierende Menstruation, викарная менструация), *այսինքն՝ անդաշտանություն ունեցող անհատների՝ մարմնի ուրջ մասերում դաշտանի տիպով արյունումներ (քթի արյունհոսություն, տամոքսի, աղիքների, թոքերի արյունումներ, արնախտում, արնամղություն, արյունումներ մաշկի մեջ, շաղկապնու մեջ, սոխնքներից և այլն)։ Այս դեպքերն ընդհանրապես շատ հազվագյուտ, արյունումներն էլ առհասարակ աննշանակ են։ Դրանք կարելի չի փոխանորդող դաշտան անվանել այն ժամանակ միայն, երբ նրանք ամսական արյունումի դեպքերից հետո անհետանում են։*

Զ. Վիրավորումներից հետո արյունումներ, *լինեն դրանք արդանդի թե հեշտոցի վիրավորումներ (վիժումի կատարելու փորձ՝ սխալ ուղիով, մերձավորության վիրավորումներ, վեր բնկնելը, վիրաբուժական դործողություն և այլն), բնականաբար դաշտանի հետ կապ չունեն սակայն նախադաշտանային արնեխտման ստադում, կամ թե խնդրի առարկա անհատի արնանոթներին, հատկապես յերակների հյուսքերի առանձնապես խիստ զարդացած լինելու դեպքում արյունումները կարող են ավելի սատկիկ լինել քան ուրիշ ժամանակ։*

II. Արտաթորման խանգարումներ *չափազանց հաճախադեպ են։ Նորմալ արտաթորությունն այնքան սակավ է, որ կանանց կողմից աննկատ և անցնում։ Ախտաբանորեն ավելացած արտաթորությունը յերբեմն և գալիս իրրև հոսք, որը սպիտակեղենի վրա բիծեր և թողնում, արտամղուքի վրա և շուրջը նկղմանկեր, յերբեմն էլ կմրուռներ և առաջացնում։ Հոսքը լինում է—*

1. *Վոչ-սեռական պատճառներից առաջացած, կույս աղջիկների, նույնպես սեռահասուն տարիքի ու դաշտանադադարի հասակին անհատների մոտ իրրև լորձային, ջրիկ, սպիտակավուն պղտոր ու անհոտ արտաթորանք—*սպիտակ հոսք (Fluor albus, белп)—

ա. Ամեն տեսակ հյուծող ընդհանուր հիվանդություններին ընթացքում և նրանց ընկերակցելով.

բ. Դալկադարության և սկրոֆուլոզության ժամանակ.

գ. Համառ փորկապության դեպքում.

դ. Նեղվադար, խիստ դյուրագրգիռ աղջիկներին, որոնք հաճախ մրժամանակ տառապում են դեպրեսիայով և ընդհանուր անոթաշարժական դրգռականությամբ.

ե. Ալկոհոլիզմի ժամանակ։

Դրանց իրրև պատճառ պետք է ընդունել արյան ու ավշային անոթների համակարգության մեջ շրջանառության խանգարումները, արտաթորական նեղվների տոնուսի փոփոխությունները, որոնց նեթքին էության մասին վոչինչ հայտնի չէ։ Այս խանգարումների հետևանքով հեշտոցի նորմալ քիմիականությունը խախտվում է. ամենից առաջ թթում է, որ հեշտոցի պատերի մեջ պլիքոգենի նյութափոխանակությունը զգալիորեն խանգարված է լինում։ Դրա կապակցությամբ հեշտոցի բակտերիական համակեցության մեջ կատարվում են փոփոխություններ, որոնք իրենց կողմից զարձյալ ընտում են հեշտոցի բակտերիական բնակավայրին և նպաստում են մի աննորմալ արտաթորում առաջ գալուն և լեյկոցիտների դուրս մղվելուն։ Դրանով արդեն իսկ արվում է հոսքի պատկերը։ Այս մասամբ դեռ վիճելի հարցերի վրա ավելի մանրամասնորեն խոսելն այստեղ հնարավոր չէ։

2. Սեռականից պայմանավորված հոսքը լինում է—

ա) Ոտար մարմնի (պեսարների և այլնի) զգիտից.

բ) Արգանդի դիրքի անոմալություններից (հետադրություն, արտանկ), անդուլդ արհեստական ընթացիկ այս օրգանների այրան շրջանառության դժվարություններով հետևանքով.

գ. Պոլիպների, մկանուռների, ձվարանի մեծ ուռուցքների, հետցոցի և բուծոցի ուռուցքների ժամանակ, երբ մասամբ տեղի նեղվածքության, մասամբ էլ առանձին մասերի մեռուկային շրջափոխության հետևանքով երբեմն ոտար մարմին նրանց առթած գրգիռը պատճառ է հոսքի գրգռացման։

դ. Սեռական ուղիների վորևե մասում եղած բակտերային բնույթով բորբոքման ժամանակ։

Բոլոր այս դեպքերում հոսքը սովորաբար հորդառատ է լինում ու թարախոտ (ի բացառյալ գուտ արգանդավզիկի դեպքի ընթացքում նկատված թանձր ապակենմանն, որ թմբիկն է հոսքից), ոտար մարմնի և մեռուկային զանգվածների ներկայության դեպքում ընդհանրապես շատ դեշ հոտով (մանրամասնությունները տեսնել հատուկ մասում)։

Սեռական ապակավ արտաթորությունը և բուծոցի ու հեշտոցի չորությունը նորմալ երևույթ է և զատամած հատակում։

III. Ցավեր ու զանգատներ համեմատաբար հազվադեպ են գինեկոլոգիական հիվանդությունների ընթացքում ու քիչ են պատահում այնպիսի բնորոշ կարգավորությամբ, որ դրանք առանց այլ հայելի ոգտագործվեն ախտորոշման համար։ Սխալ շատ անգամ գանգատներ են լինում ավելի շուտ հարևան որգանների մասին։ Այնուամենայնիվ ինքնաբեր կամ թե սերտկանքի պննության ժամանակ արտահայտված ցավերի ուշադիր նկատառումը հաճախ հնարավոր և դարձնում արժեքավոր եզրակացություններ անելու խոթացման տեսակի ու տեղի վերաբերմամբ։

Ցավական են ամենից առաջ բոլոր սուր բորբոքական պրոցեսները, մանավորապես յերթ նրանք վորապատակին են մասնակից դարձնում։ Դա պատկանում է հանվանե՝ արգանդի կցոնների յեվ կոնքի շարակցական հյուսվածքի բորբոքական պրոցեսներին, վորոնք իրենց սուր սուտրում շատ սաստիկ ցավեր կարող են պատճառել, մինչդեռ այդ պրոցեսներն իրենց քրոնիկական սուտրում ընդհանրապես միայն զննության միջոցին կամ մերձավորության ժամանակ սաստիկ և որպեսզի նների տեղաշարժ առաջացնող ցնցումների առիթ են տալիս, վորոնք ժամանակ վորապատակային ճակցումների պրկումներ են պատճառում։ Դարձյալ վորապատակից և ծագում այն չափազանց սաստիկ ցավը, վոր նկատում ենք ձվարանի ուռուցքների կորուցադարձի ժամանակ, նրանից և ծագում այն ճնշացավը, վոր զանում ենք ազիքների, կոնքի և առպատային վորապատակի ճակցական պրոցեսների ժամանակ։ Նույնպես այն արտակարգորեն սաստիկ, յերկուսի ցավերին նմանող ցավերը, վորոնք նկատվում են արտարգանդային հղության, կնոջ սերտկանքի ամանցիության (gynatresia), միզափամփուշտը պարպելու անհնարության դեպքերում, յենթաընձեռային մրկանատների արտամղման դեպքում, այդ ամենը մեծ մասամբ ընդհարապատակի և կոնքի շարակցական հյուսվածքի միջից անցնող ցավազգաց ներվաթելերին պիտի վերագրել։

Խիստ սաստիկ, ընդհանրապես այրող ցավեր են պատճառում զգայական ներվերով առատորեն ոժտված բունցի հիվանդությունները, վորի հանդեպ զուտ հեշտոցի խոթացումներն առանց ցավի յեն լինում։

Ընդհարապատակը, շարակցական հյուսվածքն ու մորթը սկզբում դեռ անվթար թողնող հիվանդությունները հազիվ և պատահում, վոր նկատելի ցավեր պատճառեն, այլ առաջ են բերում զգայություններ, վորոնք նկարագրվում են, ինչպես կոնքի մեջ մորթի իբր ճնշում ու ծանրություն և չեռուցք (հեշտոցի սուր դում, արգանդ—ներարգանդարբը), իբր դեպի սրբոսկր կամ սրբոսկրից դեպի կոնք ճառագայթող, առավել կամ նվազ ցավական ձգում (սևեռված հետադարձություն,

քրոնիկ պարախեթազեքտոլը, քրոնիկ կցոնքաբորը և նման հիվանդությունները), նուլնպես և իբրև ճնշումի և լեցվածության զգացմունք (ձվարանային մեծ ուռուցքներ, մկանուռներ)։ Կոնքի մեջ խցանված ուռուցքները պատճառում են նաև առաջ միզումի և կղումի նեղություններ, այդ ֆունկցիաների մեքենական արգելակման պատճառով։ Շատ բնորոշ է ցածիջվածքի գանգատաիմքեր կոչված ախտանիշների համալրությունը, այն է՝ պոչուկի ցավ, ճնշում և քարշում դեպի ցած, վորոնք յերևում են արգելն հեշտոցի և արգանդի համեմատաբար աննշան իջվածքի դեպքերում, դրանց ընկերանում են՝ փամփշտի ավելի մեծ իջվածքների դեպքում, միզելու դժվարություններ, նուլնիսկ ցավականություն միզումի պահին, ուղիղ-ազիքի իջվածքների դեպքում՝ կղումի ցավեր, իսկ ազիքի ավելի մեծ արտանկների դեպքում այդ դանգատներին միանում և նաև այն զգացմունքը, վոր կարծես թե մի վորևե բան դեպի ցած դուրս է պոկվում։

Բոլոր հնարավոր սրբական խոթացումների ժամանակ շատ հաճախ է պատահում, սակայն առանց վորևե ապացուցելի պատճառի, ամսական արյունումների անկանոն ցավագին, վորը կարճ կերպով կոչվում է դժդաշտան (Dysmenorrhoea)։

Բորբոքական, հատկապես կցոնների սուր հիվանդությունների, հարարգանդենու և արգանդապատակի բորբոքական պրոցեսների ընթացքում, բազմակի կամ յեղակի խոշոր մկանուռների, հատկապես յենթալորձենային մկանուռների նկրկա յեղած դեպքում և կոնքի մեջ խցանված ուրիշ տեսակ ուռուցքների ժամանակ նկատված դաշտանային չափազանց սաստիկ ցավականությունը շատ հասկանալի յե։

Բորբոքական պրոցեսների ժամանակ արգելն իսկ յեղած արյան խռնումի նախադաշտանային ավելացումը, դյուրություն ունեցող ուռուցքների՝ այդ արնախռնումով պայմանավորված զանգվածի մեծացումը և դրանից կախյալ փորպատակային լարվածությունը, շատ անգամ այդ որերում սկսված արգանդի՝ իր մեջ դանված ուռուցքները դուրս մղելու համար ունեցած ճիգերը, ահա այս դրությունները նմանապես հասկանալի յեն դարձնում ամսական արյունումների ցավականությունը։ Նուլնպես շատ հասկանալի յե այն փաստը, վոր ընդհանրապես յերբ՝ սաստկացած արյունհոսություններ ընթացք և ըստանում և դերարնությունն ու հյուսվածքների լարվածությունն իջնում են, ապա ցավերն ել հանդարտվում են։ Դյուրըմբռնելի յե նաև հոսման ուղիների կատարյալ փակման դեպքում նկատված դժդաշտանը։

Դժվար բացատրելի և բուժելի յեն ընդհակառակն իսկական դժդաշտան (Dysmenorrhoea essentialis) կոչված ձևերը, յերբ մի բոլորո-

վին պարզ ու մեկին պատճառական կապ գոյություն չունի ամսական արյունահոսի խնդրի և ցավերի միջև։

Ամենի շուտ հասկանալի չեն դեռ այն դեպքերը, երբ արգանդի ներքին բերանի և վզիկի խողովակի ապացուցված ի ծնե կամ ձեռքբերովի ներվածքություն կա, մանավանդ եթե դա միացած է խորը հետաձգության սրանկյուն առաջադրության կամ վզիկի մանկատեսակ երկայնության ու բրտության հետ փոքրիկ ու տկարամկան արգանդամարմնով,—կամ եթե գոյություն ունեն դաշտանի արյան հետ դուրս թափվող լորձաթաղանթի մեծ կամ փոքր ծվենները—թաղանթավոր դժդաշտան (Dysmenorrhoea membranacea)։ Այս ամենն արդարացնում են այն չենթադրությունը, թե այդ աննորմալություններն շնորհիվ արգանդի խոռոչի մեջ լցված արյան դեպի դուրս հոսումը մեծ դիմադրության և հանդիպում կամ ընդամին հաճախ անբավարար զարգացած մկանունքներից ավելի ուժեղ կերկունքանման կըծկումներ և պահանջում։

Մեխեանական դժդաշտանի այս չենթադրությունը հիմնավորվում և մանավանդ հիվանդի այն հայտարարությամբ, թե ցավերն ամենից ավելի սաստիկ են դաշտանի սկզբին և նրանից քիչ առաջ ու սրընդարձին բնույթ ունեն. իսկ երբ արյան արտահոսումը կանոնավոր ընթացք և առանում, ցավերը չքանում կամ թուլանում են։ Սակայն անտարակույս չի կարելի մեքենական մոմենտների նշանակությունը դերագնահատել և այնպես, ուր արդեն արյունումն սկսելուց որեր առաջ, ինչպես նաև ամբողջ դաշտանի տևողության միջոցին միևնույն սաստիկ ցավերն ու հնարավոր բոլոր հեռակա ախտանիշերը, ինչպես անդար, գլխի նեղվերի ցավ, փսխում, սառմոքսի առնգանք և այլն երևան են գալիս, այնտեղ արդեն չի կարելի շատ վստահանալ այդ չենթադրության ճշտության։ Դա տարակուսելի չի մանավանդ այն ժամանակ, երբ գոյություն ունեն սերականքի թերաճման նշաններ (ամորթության մանկական մաղտության, տաշտակաձև շեր, փոքր արգանդամարմին՝ երկայն վզիկով, գլանաձև ձվարաններ), կամ ընդհանրապես մանկականության նշաններ, կամ երբ ներվային բեռնաթափվածության ուշացներ կան. վերջապես այնտեղ, ուր կա սակավարնության, դալկագարություն կամ ֆիզիկական զարգացման անբավարարություն։ Այս բոլոր դեպքերում մեքենական արգելքները կարող են ավելի շուտ հիվանդությունը ծանրացնող հանգամանք հանդիսանան, սակայն իսկական պատճառը պետք է մի ընդհանուր կամ միայն ներվային համակարգության վրա սահմանափակված բաղակազմական նվազարժեքության մեջ փնտռել, որպիսի դեպքում արգանդիզմն ավելի ուժգին հակազդեցությամբ և դիմավորում կատարելապես զարգացած ներվային համակարգության ժամանակ տանելի համարված

զգայությունները։ Փորձառությունն էլ այդ է ապացուցում, որ դժոգաշտան են ունենում լերդային միայն տարիքն առած կանայք (չբավարարված պառաված աղջիկներ և այրիներ), ինչպես նաև պատահում է ուրիշ պատճառներից ձևոքերով նկրվանուժակության ժամանակ։ Բոլոր այս մոմենտները բնականաբար չեն բայատում հիվանդության բարվոքումը և բուժումը։ Հենց մանկականությունն, որինակի համար, ամենամեծ բարվոքման ու նուիխիկ կատարյալ բուժման (զարդացման թերին լրացնելու) կնթակա է մեկ կամ մի քանի անգամ հղությունից հետո։ Դժոգաշտանով դառապող շատ կանանց առաջին հղությունն ու ծննդաբերությունը իր հետ է բերում հիվանդության մշտական բուժումը, որի բարվոքության համար հարկավ ծննդաբերության ժամանակ վրկի մեքենական ընդլայնման նշանակություն անտես առնելու չէ։ Ամուսնական կյանքի մեջ մտնելով, կանոնավոր սեռական հարաբերությունն անգամ կարող է բարենպաստ ազդեցություն գործել մանկական սերմականքի և դրա նով՝ դժոգաշտանի վրա։

Թվում է, թե որոշ դեպքերում ձվարանների առանձին ըստություն, միացած բարձրի այտուցային թաթավման և անոթների կոշտացման հետ, ինչպես նաև ձվարանի շրջակայքում կեղած բորբոքական պրոցեսները կարող են դժոգաշտան առաջացնել—ձվարանային դժոգաշտան (dysmenorrhoea ovariea)։ Ինձ թվում է, թե անհավանական չէ, որ միջնացավ (Mittelschmerz) կոչված դանդատանքների որոշ դեպքեր, ընկերացած դժոգաշտանի հետ կամ առանց դրան, առաջանում են յավակական զգացված ձվարերքից։

Բուժումը, որպեսզի այս նյութին կրկին անգամ վերադառնալու սիրված չլինենք, թող թույլ տրվի անմիջապես այստեղ դժոգաշտանի բուժման մասին խոսելու։ Անտեղ, ուր որոշ պատճառ կարելի կ դանել, բուժումն էլ բնականաբար առաջին հերթին այդ պատճառի հեռացման ուղղությամբ պիտի կատարվի։ Միայն խիստ սաստիկ ցավերի ժամանակ անհրաժեշտ է դառնում սիստանշային բուժումը, Այսպես պետք է վարվել դժոգաշտանի ամեն տեսակ ձևերի հետ այնքան ժամանակ, մինչև որ հիվանդության հավանական ծագումն լսացվի և հնարավոր լինի համապատասխան բուժումը կատարել։

Մանկականություն ունեցողների բուժումը (չհաշված ամուսնության ու հղությունը, որոնք հարկավ դեղապրով չեն պատրաստվում), նույնպես սակավարնությամբ տառապողների, դալկադար ու ներվապարների բուժումը լինում է նախ և առաջ տոնոսը բարձրացնող ընդհանուր դարմանումով (դառիկ-յերկաթի պատրաստուկներ, որինակի համար՝ արսալեցին, արսենֆերրատոդներ, կամ հետևյալ բաղադրությամբ դեղահատներ—Rp. Ferr. lact. pulv., Rad. valerian. aa 20,0 Extr. chinae aqu. 12,0, Calc. glyc. phosph. 15,0, Extr. bellad. 1,2, Ac. arsenicos. 0,12 M. f. Pil. № 300. S. ընդունել որը 3—15 դեղահատ հետևյան ավելացնելով և ապա պակասեցնելով), ուժեղ բուսական սնունդով, կղումի կանոնավորությամբ, մեղմ ջրաբուժական մեջոցառություններով (տանել սառը), կենցաղավարության կանոնավորությամբ (կանոնա-

մոր ու բավարար չարժուձիներ ազատ ոդի մեջ, հանդստավետ քունն։ Արտաքին լավ պայմաններում ողտակար և ամառն անցկացնել մլջին բարձրության, իսկ հետո էլ ավելի բարձր լեռնավայրերում կամ առհասարակ ծովային հանդստավայրերում և կամ թե յերկար ծովային ճամփորդություն կատարել։

Հնարավոր յեղած պարագայում հանձնարարելի յե անկողմնոտ, թեմոմետր դրծածելով։ Ջևացավ և անդար ունենալու դեպքում հանձնարարելի յեն սովորական ներվադեղերն ու հականերվային տեղորայքի դրծածությունը (հատկապես՝ սալիպիրին, պիրամիդոն, արիդեմին. անտիպիրին և այլն), վորոնք նույնպես յավ են ազդում ներքնափորի յավերի վրա, մանավանդ յերբ դեղերը հաճախակի փոփոխվեն։

Ախտոդ ուր մեքենական արդելքներ կարող են խնդրո առարկա լինեն, շատ անգամ հիանալի արդյունք և տալիս ատրոպինը (Rp. Papaverin. hydr. 0,3, Atropini sulf. 0,003. Aqu. dest. ad 10,0 MDS. ընդունել որը 3 անգամ 20-ական կաթիլ. կամ ատրոպինը դեղահատերով. յուրաքանչյուրի մեջ 0,0005. կամ Extr. belladon. 0,02 իբրև ներդրուք. անհրաժեշտ դեպքում յերբեմն ավելացնելով պանտոպոն, չավդանն կամ նույն իսկ մորֆինն։ Հաճախ նույնպես շատ բարերար ազդեցություն և անում Extr. viburn. prumi, դրծածելով՝ արգանդի վորոշ չափով հանգստացումը (որը 3 անգամ 15-ից 30 կաթիլ, անխառն կամ ոդնոն ներկածոյի հետ խառնած, վորից տրկելու յե որը 3 անգամ 10-15 կաթիլ)։ Մեզ մոտ շատ և ընդունված դրծածել նաև հետևյալ խառնուրդը—Rp. Codein; phosph. 0,02, Pyramidon 0,2, Salipyrin 0,5, Mfp. S. ընդունել որը 1 կամ 2 փոշի մի քիչ ջրի կացած կոնյակով։

Վոմանց կողմից շատ և հանձնարարվում ու ներվագար ազդիչների հետ հաճախ լայ արդյունքով դրծածվում և քթի հատկու միջոցով կատարված 10-ից մինչև 20 տոկոսանոց նովոկաինի լուծուելիով խտացված բամբակի բարակ յերիզների ներս մուծումը քթի մեջ. յերիզները տանում են ստորին խեցակի մեջ մինչև սրջնորմի ուռը (Tuberculum septi) և այնտեղ են թողնում 5 րոպե։ Այս միջոցառումի արդյունավետ լինելու դեպքում հանձնարարվում և նույնիսկ այսպես կոչված՝ էրի յորձաքարաղանքի սեռական կեսերի խառումը։

Ցեթե այդ ասվածները չի ոգնում, ապա պետք և ձեռնարկվի լամբնարիաձողիկով արգանդի վզիկի լայնացմանը, վորովհետև դրծողության կատարումը, յեթե խոսք ստեղծանք, արդարացի յե միայն մեքենական պատճառներից առաջացած դժվարշտանի ժամանակ։ Այդ գործողությունը կարելի յե մի քիչ ուշ դարձյալ կրկնել, յեթե այդքան յերկար ժամանակվա ընթացքում վորոշ արդյունք տվել և Անտարակույս դրան էլ իբրև ավելորդ դեղ համարել չի կարելի։

Ինչպես նախ քան դաշտանը և նրա ընթացքում, նույնպես և դաշտանից դուրս լավում են շատ անգամ բազմապիսի դանդատներ, հատկապես պոչուկի յավերի և ներքնափորում ձգող կամ ալրող ու ծակող յավերի դանդատները այնպիսի կանանց կողմից, վորոնց սեռական ապարատի և հարևան որգանների ամենաուշադիր ու կրկնակի քննությունը բնականոն վիճակից վոչ մի շեղում չի հայտնաբերում կամ այդպիսիք այնքան աննշան են, վոր դրանցով ապահովաբար չի կարելի վերոհիշյալ դանդատները բացատրել։ Այդպիսի կանայք հաճախ իսկապես բժշկական պատիժ են (crux medicorum—բժշկների խաչ)։ Սակայն չի կարող լինի ավելի մեծ սխալ քան այն, վոր հիվանդին առանց այլևայլի հետ ուղարկենք պատճառաբանելով, թե նա վոչինչ չունի։ Ընդհակառակն մոտիկից հետաքրքրվելով հայտնի յեն

դառնում դարձյալ ուրիշ դանգատներ,—անքնություն, վատուժություն, գլխացավ, անզգար, ներվացավ, վորկապություն՝ վորն ամենևին պակաս չի լինում, մարսողության ընդհանուր դժվարություններ, սկսած ղկրդացից ու այրուցքից մինչև սաստմոքսի կամ նրա շրջանի ցավեր, աղիքների խիթը։ Վորքան հիվանդն ավելի չի զգում, վոր իրեն հսկանում են, այնքան ավելի աշխուժորեն և հոսում նրա խոսքերի հեղեղն ու կուտակվում են դանգատները, վորոնց մի՞անում են նույնիսկ ամուսնական կյանքում իրերահասկացողության մասին դանգատներ։ Հիվանդի մարմնի կրկնակի զննություն հայտնաբերում և շատ անգամ հիստերիկ հիմնանշանները (Stigmata hysterica), գերզգայական գոտիներ՝ անզգայական գոտիների կողքին, դյուրութիամբ փորձվելիք ռնգիկքանների չգոյություն կամ այլ շեղումներ, կարճ ասած՝ շատ շուտ փարատվում և ամեն տարակույս, վոր իրոք գանգատները նոգեծին բնույթ ունեն, վորովհետև կնոջ կողմից նկատվում են իրը գերազանցապես սեռականից կախումն ունեցող յերեվույթներ, ևս առավել, յեթե մի քիչ հոսք կամ դաշտանի վորևե անկանոնություն ունի թերևս։ Յերբեմն մի նախորդող զժրդող պատահար կամ առաջներում կատարված վիրաբուժական գործողություն, զժրդող պատահարի համար ռենտա ստանալու հույսի խորտակումը կամ հաշմանդամ համարվելու ցանկությունը (Rentenkrankheit ռենտային հիվանդությունը) պարզում են չարիքի բուն արմատը։ Բայց և առանց այդ կապակցությանն էլ չի կարելի տարակուսել, վոր խնդիրը վերաբերում է հոգեներվական խանգարումներին։ Կանանց կլինիկանում ոգնություն վորոնողների մոտ 4 տոկոսն այդպիսիներն են։

Նույնիսկ այն դեպքերում, յերբ զոյություն ունի վորի տեղային կամ ընդհանուր խվածք, շարժական հետաձոում, դաշտանի վորևե անկանոնություն, վզիկի դում և նման խոթոցումներ, այդ դեպքերումն իսկ յեթե գանգատների չափն անցնում է, պետք է հոգեներվազատության մասին կասկած ծագի։ Հին յենթադրությունը, թե նման հիվանդություններն իրենց կողմից կարող են հոգեներվագարություն առաջացնել, բնականաբար սխալ է։ Նրանց վերաբերությունն ավելի շուտ հակառակն է—գոյություն ունեցող հոգեներվագատությունը դրդում է տեղային ախտահիմներ գերագնահատելու յեվ բոլոր մյուս գանգատներն էլ սեռականի շրջափակում պատկերելու։ Նա կարող է իր կողմից նույնիսկ դաշտանի և արտաթորման խանգարումները ծանրացնել։

Ըստ այդմ բժշկի խնդիրն է, վոր այդ սխալ մտածելակերպն ավելի յեվս չվատթարացնի սերտականքի տեղային բուժումի միջոցով, այլ ավելի շուտ առաջին իսկ հերթին պետք է ձգտի հիվանդի վստահությունը վաստակի, նրա ֆիզիկական ամբողջ վիճակի ընդհանուր բարձրաց-

ման համար աշխատի ու միաժամանակ կնոջ անհատականությանն ղեկավարը մոտեցումով նրան վստահացնի, որ նա սեռականից առողջ են կամ չեղած չնչին անոմալությունները նրա գանգատների աղբյուրը չեն։ Միայն չեթե դրանք հաջողության չհասցնեն, կարող և նպատակահարմար համարվի, որ վիրկի դումի կամ քերծվածքի բուժումով, շարժական հետազոտման ուղղումով նպաստավորվի հոգեկան բուժումն այն մարքով, թե սերական գանգատների վերացումն ոչնում և հիվանդապին հակազդեցության նվազելուն *)։

Գինեկոլոգիայի մեջ ցավերի նշանակությունը վերևում հակիրճ կերպով ուրվագծելուց հետո մեզ մնում է այնուհանդերձ նկատել, որ կանարատական հիվանդությունների մեծ մասն անցնում է առանց ցավերի։ Այրքան էլ դա ըստինքյան ուրախալի չե, խիստ շատ կանանց համար այդ անցավությունը դժբախտաբար ճակատագրական կորուստ է։ Այս դիտողությունը վերաբերում է առհասարակ վատորակ ուռուցքներին և նամանավանդ արգանդի քաղցկեղին, որը սովորաբար այն ժամանակ է ցավեր զգացնել տալիս, երբ այլևս համարյա անհնարին և ոպերացիա կատարել ու անբուժելի չե դարձել։

Վերջապես, նկարագրության ամբողջացման համար հիշենք, որ մեծ ուռուցքների ժամանակ արգանդի քաղցկեղին, որը սովորաբար այն ժամանակ է ցավեր զգացնել տալիս, երբ այլևս համարյա անհնարին և ոպերացիա կատարել ու անբուժելի չե դարձել։

V. ԳԻՆԵԿՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԶՆՆՈՒԹՅԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ **)

Ամեն զննություններից առաջ պետք է, շատ սակավ առանձնապես շտապ դեպքերը բացառած, հնարավոր ծանրակշիռ սխալներից խուսափելու համար, ուշադիր կերպով իմանալ հիվանդի

---

*) Այս կարևոր նյութի ավելի մանրամասն պարզաբանումը մեր աշխատության շրջանակում հնարավոր չե, դրա համար հատկապես մատնացույց պետք է անեմ Վալտհարդին՝ Մենդե-Ռոտցի հիվանդությունների ձեռնարկի մեջ։

**) Բնականաբար չես պետք է ենթադրեմ, թե այն բժիշկները, որոնց համար ինկատի չի առնված այս համառոտ ձեռնարկը, զննության իսկական տեխնիկայի հետ ծանոթ են։ Եվ արդեն իսկ այդ տեխնիկան սովորել չի լինի, որքան էլ մանրամասնորեն նկարագրենք։ Դրա համար հատկապես կանաբանական մանագիտության ամբողջ բժշկին զննության ընթացքի մասին տրված մի ուղեցույց կարող է մանավանդ այն տեսակետից ոգտակար լինի, որ մենք գիտենք, թե շատ վրիպումներ և սխալ հիշման, ինչպես նաև բուժման թերություններ հիմնված են այն հանգամանքի վրա, որ սերականքի հետազոտությունը բավարար չափով սիստեմատիկորեն չի կատար-

Ա Ն Ա Մ Ն Ե Զ Ը

Սա պետք է ինկատ առնել.

1. Հիվանդի *(սոց.)* դրությունն ու տարիքը.

2. Ընտանեկան անամնեզը.

3. Նախապես ունեցած հիվանդությունները *(հատուկ ուշադրություն վարակական հիվանդություններին)*:

4. Դաշտանը *(նրա առաջին հետևումը, տիպը, կամ իզուր՝ նրա փոխվելը, տևողությունը, սաստկությունը, պատճառած նեղությունները, վերջին ամսականը կամ թևրևս դաշտանադադարի սկիզբը)*:

5. Ծննդաբերությունները ու վիժումները *(նրանց թիվն ու ընթացքը՝ ներառյալ հետծննդյան շրջանը, նրանց տարեթիվը, հատկապես առաջին ծննդաբերության տարեթիվը յերեխաներն ապրում են թե վոչ, իզուր՝ նրանց մահվան պատճառը)*:

6. Կղումն ու միզումը, ըստ հարկին՝ հարցումներ մյուս որգանների գործունեության մասին:

7. Այժմյան հիվանդության սկիզբն ու ընթացքը, դանգատների ճիշտ վերլուծումը, վորն աշխատում է պլեսավոր դանգատներն անջատել յերկրորդականներից:

ՉՆՆՈՒԹՅԱՆ ԸՆԹԱՑՔԸ

Ա. ՄԱՐՄՆԻ ՆԵՐԿԱ ՎԻՃԱԿԻ ՉՆՆՈՒԹՅՈՒՆԸ

Նույնիսկ վորոշակի կերպով սերտկան ապարատի հիվանդության գոյությունը յենթադրել ավող անամնեզ յեղած դեպքում—թեկուզ արտաքին պատճառներից ղրկված՝ սերտկանքի զննությունը նախապես կատարինք,—նախ քան բուժական միջոցառումների ձեռնարկելը և ավելի ճիշտ մեկնաբանելու համար սերտկանքի մեջ հայտնաբերված ալյուրները *(որինակները տեսնել հատուկ մասում)*, անհրաժեշտ է հիվանդի ամբողջ որգանիզմը ճկատառության յենթարկել. Առնվազն պետք է մեզը կանոնավորապես քննվի սպիտի և շաքարի պարունակության տեսակետից, կասկածելի դեպքերում նույնիսկ մեզի դերյոը պետք է քննության առնվի. Զարկերակի ու ջեր-

---

վածն նույնպես գործնական հետազոտական դասընթացքներում ոգտագործելու համար թևրևս սառն առաջ բերված ցուցմունքներն ոժանդակություն ցույց տան հետազոտության այն ամեն մեթոդներին, վորոնք սովորական պայմաններում գործարար բժշկի համար խնդրո առարկա չեն կարող լինել, քանի են թողնված:

մության սուզումը, սրտի ու թոքերի քննութիւնը, վորի շուշափուձը շատ դիպքերում հնշանակում են հիվանդութեյան ավելի մեկին լուսաբանութեյունը։ Մարմնի մեծութեյունը վոսկրակազմին, ինչպես նաև ուժի և անվածութեյան դրութեյունը, ատամները, գեղձերի սպինդը, մաղերի աճման անհորմալութեյուններ, խալիպ, ուռուցքներ՝ մարմնի ուրիշ մասերում, այտուցներ, սոնգլերակնների կազմութեյուններ, մորթի փոփոխութեյուններ (պիգմենտի-դունակի անհորմալութեյուններ, սպինդը), սոինքները (կաթնախեժ), վորի ծածկութեյների կազմութեյունն ու դուբսընկածութեյունը (փորի ուղիղ մկաններին դատակայում, սպինդ, ուռուցքներ, ճողվածքներ, փքանք, ճնշացավակնութեյուն, մորթի գերզգայութեյուններ) տալիս են հաճախ արժեքավոր նորանոր պարզաբանութիւններ հիվանդութեյան ախտակի մասին, ինչպես նաև ցուցմունքներ դուշակասութեյան և ձեռնարկելիք բուժման մասին։

Բ. ՍԵՐԱԿԱՆԻ ՉՆՆՈՒԹԻՒՆԸ

Ա. ԴԻՏՈՒՄ

1. Վեներայի բյրի դիտումը (յենթամորթային ճարպաշերտ, մազերի աճման ձև, վոջիլներ, ազդրի ծալքերը — եկզեմա, և այլն). մեծ օրգների դրսի մակերեսի դիտումը (սոնգլերակներ, ուռածութեյուններ, յենթամորթային ճարպաշերտ), սրբանի դիտումը (թուքքային պռուկներ, կմրուններ, ճեղքվածքներ և այլն)։

2. Ամորույրի օրգների իրարից հեռացնելով դիտումը (ձևի աննորմալութեյուններ, արտաթորանքով պատածութեյունը, փորը շրթները, ծլիկը, Բարթոլինյան գեղձերի ծորանը, բորբոքական յերևույթներ, կուսաթաղանթը, շեքի կազմութեյունը)։ Ապա հետևում է.

3. Հայելիով զննությունը խողովակաձև կամ վաքաձև հայելիով, ուշադրութեյուն դարձնելով հնշտոցամուտքի լայնութեյանը, ընդ վրում հնշտոցի մասերը մեկը մյուսի հետևից պետք է դիտել և վերջը հայելին ուղղել վղիկի հնշտոցաբաժնի վրա (ուշադրութեյուն դարձնել արտաթորանքի քանակի ու վորակի վրա, հնշտոցի լորձաթաղանթի վիճակի և բորբոքական յերևույթների վրա, սպինդների, խոցերի և այլնի վրա, արգանդարերանի վնասվածքների քերթվածքների, պոլիպների և նման բանների վրա։ Սուսանակի կապած յեղած դեպքում շրկացմամբ հականեխված պլատինի կեռով վղիկի և միզուկի արտաթորությունը վերցնել մանրադիտակային ննութեյան համար)։ Դրանից հետո միայն կատարել—

II. ՄԱՏՈՎ ՉՆՆՈՒԹՅՈՒՆ ՀԵՇՏՈՑԻՑ *)

1. Հեշտոցամուտքի վրա թևերևս արդեն դիտված ուռածության շոշափումը։ Բարձրացնող մկանի փորձումը (տես ստորև)։

2. Հեշտոցը (երկայնություն, պատերի դյուրաթեքություն, թեերևս՝ փոքրվածություն, այտուցներ, հեշտոցի կամարի դրությունն ըստ խորության, դյուրաթեքության [մինչնորմի սահմանները], ուռուցքների պատճառած այտուցները)։

3. Հեշտոցաբաժինը (դիրքը [հիշել, որ նորմալ ժամանակ նրա ծայրն ուղղված է լինում դեպի վողնուղեղային գիծը], բաղակցությունը, շարժականությունը, արգանդարբերանի ուղղությունը, նրա ձևն ու լայնությունը)։

4. Արգանդը (մեծությունը [ծննդաբերությունների թիվը, նախապատանային շրջանը], դիրքը, ձևը բաղակցությունը, շարժականությունը, մարմնի և վզիկի մեծության միջև եղած հարաբերությունը [մանկական երկայն վզիկ՝ փոքր մարմնի հանդեպ, վզիկի երկայնացում՝ իջվածքների ժամանակ], մակերևսի դրությունը, հարթերությունն ու սահմանավորումը, պատահաբար շրջակայքում գտնված ուռուցքների հետ, շարժելու ժամանակ նրա ցավականությունը)։

Հեշտոցաբաժնի առաջային պատի վրա ճնշելով նվազ փորձառու բժիշկը հեշտացնում է արգանդի հատակն իր ձեռքի տակն առնելը։ Ցերը դա հայտնվի, դրսի ձեռքով պետք է արգանդը դեպի ինքը սղմի և այն ժամանակ կարող է հեշտոցի առաջային կամարից արգանդի առաջային պատը շոշափի։ Ցերը մարդ մի քիչ վարժվի, առջևի ու կողմնայինն հեշտոցականարից կարելի չի շատ դեպքերում շոշափել նույնպես միզածորանների սկզբի մասերը (ուշադրության առնելու չի նրանց հատացումը), ինչպես նաև միզապարփուշի փորքրիկատե խոշոր քարերը։ Արգանդի հետևի պատը շոշափելու համար դրսի ձեռքը սեղմում է արգանդը դեպի հետև, իսկ ներսի մատը շոշափում է հետևի հեշտոցականարից դեպի վեր։

5. Փողերը (շոշափելի չեն միմիայն ախտականորեն հաստացած և կոշտացած լինելու դեպքում)։

6. Ձվարանները (դիրքը, մեծությունը, ձևը, շարժականությունը, բաղակցությունը)։

---

*) Աբդյոր մեկ թև յերկու մատով, ձախ թև ալ ձեռքով պետք է գննել, կախված և՝ 1. սովորությունից և վարժությունից. 2 հեշտոցի լայնության չնից։ Կույս աղջիկներին պետք է միայն ուղիղ ապրքից գնել։ Չննուելը պետք է կատարել բնականաբար կնոջ ազդրերն իրարից հեռացրած դիրքում, ամենից լավը և՝ գննության սեղանի վրա։ Ցերը գննում են սերական ապարատալի այն մասերը, որոնք բարձրուն են գտնվում, դրսի ձեռքն այդ առանձին մասերը սղմում և դեպի գննող մատը։

Ձախ ձվարանը շոշափելու համար նկարի մատը հրում և ձախ հեշտոցակամարը դնում դուրս ու բարձր, իսկ դրսի ձեռքը կոնքի հետևի ծոցից ա՛ղմուկում և դնում խորքը և առաջն ու հետևն ընկած հյուսվածքները հրում և նկարի մատին ընդառաջ։ Նորմալ ձվարանը դպցվելու և իրրև մի նշանձև, հարթ ձեռքերի վերոհիշյալ շարժման ժամանակ մատների արանքից հեշտությամբ դուրս սողոսկող մարմին (դժուարությունն կոնքի դուռների հետ շփոթելուց)։

7. Շարակցական հյուսվածքն արգանդի շրջակայքում (հեշտոցից զննության ժամանակ հնարավոր և վորոշել միայն մեծ փոփոխությունները)։

Այն ամեն դեպքերում, յերբ վերոհիշյալ մեթոդները ցանկացած նպատակին չեն հասցնում, մանավանդ կոնքի շարակցական հյուսվածքի մեջ յեղած հիվանդության տեղորոշման համար, ներընդերապատակային կայատեղով հիվանդության տարբերական ախտորոշման համար, ինչպես նաև ձվարաններում կատարված նուրբ փոփոխությունները վորոշելու համար հարկավոր և միացնել—

III. ՓՈՐԻ ԾԱԾԿՈՒԹՆԵՐԻ ՀԵՇՏՈՑԻ-ՈՒԼԻԳ-ԱԳԻՔԻ ՀԱՄԱԿՑՎԱԾ ՉՆՆՈՒԹՅՈՒՆԸ

(Ծուցամատը հեշտոցում, միջնամատը ուղիղ աղիքում). կույս աղջիկների զննության դեպքում սա փոխարինվում և միմիայն ուղիղ-աղիքից զննում կատարելով։

Հարցը միայն նրանումն է, վոր մարդ կարողանա իր մատը բավականաչափ բարձր ներս տանի։ Հաճախ այդ չի հաջողվում առանց այլևայլի. այդ դեպքում պետք է կես լիտր ջուր ներս լցնել ամպուլայի մեջ և այն ժամանակ դյուրին կլինի մատով ճամբա դնել դեպի վեր *)։

Աղիքի մեջի մատով կարելի յե հատկապես արգանդի հետևի պատի բոլոր փոփոխությունները շոշափել, սակայն ամենից ավելի միմիայն այսպիսով կարելի յե շոշափել սրբոսկր ու արգանդի կապանները Ligg. cacro uterina), ինչպես նաև բնականաբար դռնիկ պատերի փոփոխությունները և ուղիղ-աղիքի իրա մեջ ու նրա շրջակայքում յեղած պղիտները։ Ուղիղ-աղիքից կատարված զննությունն ամենևին ցավալան չե, թեթե մարդ իր յուղոտած կամ ռետինե ձեռնոց հագած մատը ներս տանելու պահին հիվանդին թեթևացրի, վոր նա իր փորը ցած սղմի այնպես, ինչպես կղկղալու ժամանակն և անուսի վորոշիսի դեպքում սրբանի սեղմիչ միանը (Sphincter ani) բացվում և

Զննության ընթացքը. *հեշտոցը զննող մատը արգանդի դրության վերաբերմամբ լուսաբանության և հայթայթում ուղիղ-աղիքը զննող մատը, յերբորդ սեղմամկանի (*Sphincter tertius*) վորոշակիորեն դուրս ընկած փոքրն անցնելուց հետո, մոտավորապես արգանդի նեղուցի*

*) Հեգարյան դպրոցի այս հասարակ ոժանդակ միջոցը շատ քիչ և հայտնի և քիչ և գնահատված։

բարձրութիւնը, շոշափում և հետևից և յերկու կողմերից ապեղնաձև դեպի արգանդն ընթացող սրբոսկը ու արգանդի կապաննները (Ligg sacro-uterina), վորոնք նորմալ ժամանակ 3 միլիմետր հաստութիւն առաձգական լարեր են։ Յետին մասը մասի վերջին ֆալանգը կու ձգի կապաններն, կարելի կլինի կապաններ, ինչպես նաև նրա շրջապատի նուրբ փոփոխութիւններն էլ շատ ճշտորեն ստուգել։

Յետին գննելիք կողմում յերբորդ սեղմամկանի և սրբոսկի ու արգանդի փոխիրը դեպի առաջ ու ցած հրենք, կարող ենք մի քիչ վարժութիւն ձեռք բերելուց հետո, բոլորովին վստահորեն փողն ու ձվարանը, կոնքի հետևի պատի վրա մեծ անոթների բաժանատեղը (դեղձերի կույտեր, նուէնիակ խցված անոթներ) իրենց բոլոր նրբութիւններով շոշափել։ Մյուս կողմից կարելի յե կցոններն իրենցից ցած գտնված հարաբրանդներու նեբքամուքներից սահմանավորել, շարակցական հյուսվածքի մեջ յեղած սպիները և ուռուցքներն իրարից զոհել, ի չգես նաև վորոշել նրանց տեղը, թե ամբողջ շարակցահյուսվածքային տարածութեան մեջ վոր բաժնումն են գտնվում նրանք։ Մի խոսքով՝ բոլոր այն տեղեկութիւնները ձեռք բերել, վորոնք այլ կերպ հնարավոր չեր ստանալ։ Հատկապես գործարար բժիշկներին յես շատ ջերմորեն հանձնարարում եմ բարձրթողի արված գննութեան այս մեթոդը, հարկ յեղած վարժութիւնը շուտով ձեռք կբերվի։

IV. ՍԵՐՄԱԿԱՆԻ ՉՆՆՈՒԹՅԱՆ ԱՅԼ ՄԵԹՈԴՆԵՐ

Մեր տրամադրութեան տակ ունենք յերեք մեթոդ ձողիկով գննութիւնը, նախապես կատարված լայնացումից հետո՝ ժամով շոշափումը և փորձի համար քերումը։ Բոլոր այս մեթոդներն արգանդի, ինչպես նաև կցոնների շրջակայքում յեղած բորբոքական պրոցեսների ժամանակ խստիվ արգելվում են։ Այս մեթոդներով զննութիւնն արտոնվում է միայն խիստ անհնեխական պայմաններում։

1. ՁՈՂԻԿՈՎ (ՁՈՆԴՈՎ) ՉՆՆՈՒԹՈՒՆԸ

Նվազ փորձառու բժշկի ձեռքին և բոլոր նրանց համար, վորոնք այսպես ասած՝ ծանր ձեռք ունեն, ձողիկը մի վտանգավոր գործիք է. նա այնքան ավելի վտանգավոր է, վորքան վոր այնպիսի դեպքերում, յերբ նրա գործածութիւնը հեշտ և ու անվնաս, համարվում և ավելորդ. ուրիշ ծանր դեպքերում, յերբ ձողիկով զննութիւնը կարող և արգանդի խոռոչի մեջ ծոցավորումներ կազմված լինելու հանգամանքը, նրանց դիրքն ուռուցքների հանդեպ և հենց արգանդաթաղանթի իրա փոփոխութիւնները պարզաբանել, նույնիսկ հետաձգված ար-

Գանդն ուղղելուն կարող և և պետք և կարողանա ծառայել, ձողիկով պննուհմն անփորձառու բժշկին այնուամենայնիվ ոչինչ չի պարզաբանել և նրան միայն այն վստնգի առաջ կկանգնեցնել, որը նա սխալ հանապարհ բաց կանի, կամ նույնիսկ արգանդը կծակի։ Գինեկոլոգիական մասնագիտության մեջ գոնե մի քիչ նախապատրաստություն չունեցող բժշկին—իսկ իմ նկարագրական բացատրություններն ուղղված են հատկապես այդպիսիներին,—ձողիկով պննություն կատարելը չեմ համարում եմ բուլյատրելի միմիայն չերք ոչխոլ հսկում են ձողիկին չեմ այն էլ լայնացումից առաջ՝ արգանդի խոզովակի ուղղությունը վորոշելու համար, չեմ չերբեք արդեն առաջուց հնարավոր չի չեղել առուգել, թե արդյոք արդանդը դեպ առաջ թե դեպի հետ և ծռված ու ինչ աստիճանի չեմ ծռությունը։

Ձողիկով պննություն կատարելիս՝ պետք և հետևել ներքոհիշյալ կանոններին։

1. Պետք և գործածել մետաղյա **3**-*ից* **5** *միլիմետր հաստությամբ գլխիկով և սանտիմետրական բաժանումներով ձողիկ, որը գլխիկից 7 սանտիմետր հեռավորության վրա ուռուցիկ տեղ ունի ցույց տալու համար, թե ձողիկի գլխիկը չերբ և հասնում արդանդախոռոչի նորմալ չերկայնքին։*

2. Պննությունը թուլլատրելի չեմ կատարել միմիայն չեռացրած ամլացրած գործիքով, հեշտոցի լվացումից և հեշտոցաբաժնեչն վակչած արտաթորանքը մաքրելուց հետո։

3. **Տեխնիկան.** *ա) Վաքսձև հայելու մեջ արդանդաբաժինն ուղիղ դիտելու դիրքին բերել. բ) արդանդաբերնի առաջային շրթի կարթելն ու ձիգ տալը, որով արդանդը մի քիչ ձգվում ու ձողիկի ներս տանելը դյուրանում և. գ) միայն չերկու մատով բռնած ձողիկի գդուչավոր առաջատրուպը. դ) ամենափոքր դիմադրության ժամանակ դադարեցնել առաջ շարժելը, վոչ մի դեպքում ուժ չգործադրել։ Գերադասելի չեմ ավելի նիշ լուսաբանությունից հրաժարվել, քան զորով անցկացնել։*

3. ՎԶԻԿԻ ԽՈՂՈՎԱԿԻ ԼԱՅՆԱՑՈՒՄՆ ՈՒ ԱՐԳԱՆԴԻ ԽՈՌՈՉԻ ՇՈՇԱՓՈՒՄԸ

Վզիկի խողովակի 7-ից մինչև 9 միլիմետրի չափ լայնացումն անհրաժեշտ և փորձնական քերուման համար՝ իրրև այդ գործողության առաջին մասը։ Դա կարելի չեմ կատարել չերկու չեղանակով։

ա) Լամինարիայի ցյուղերով, որոնք այժմ հականեխված վիճակում վաճառվում են։ Գործածելու չեմ միայն մեջը ծակ ու ներքևի ծայրը թել կապած լամինարիաներ։

Տեխնիկան. *Նախապատրաստությունն այնպես, ինչպես ձողիկով պննության ժամանակ, ըստ հարկին՝ ձողիկով պարզել արգանդի խոզովակի ուղղությունը և ապա ղդուշությամբ ներս հրել ներքևի ծայրից հարկավոր աքցանով բռնած շյուղը, այս շյուղը 12 ժամից հետո թևից բռնած դուրս են քաշում, չերբ նա մոտավորապես իր հատուցության կրկնակի չափով ուռած և լինում։*

բ) Հեգարյան ջուղերով, որոնք իրենց ծայրից 6—7 սանտիմետր հեռավորության վրա նշաններ ևն կրում ցույց տալու համար, թե այդ նշաններից այն կողմը չպետք է հրել։

Տեխնիկան. Նախապատրաստությունն այնպես, ինչպես ձողիկով դննության ժամանակ։ Ապա յուրացրած շյուղերից ամենաբարակը, 2 միլիմետրանոցը դրան դուրս քաշելուց հետո $2^1/_2$ և շարունակաբար ավելացնելով մինչև 7 ու նույնիսկ 9 միլիմետր հաստության շյուղը ներս դնել։ Հենց որ շյուղը ներս սանելն արգելքի հանդիպի, հարկավոր է կրկնակի զգուշություն։ Այդարև պետք է մի որոշ ճնշում գործ դնենք, սակայն պետք է ուշադիր լինենք և շյուղը մեր ձեռքում պահենք ու չթողնենք, որ դիմադրությունը հանկարծ հաղթահարվելուց հետո շյուղը շատ խորանա և պատահաբար արգանդը ծակի։ Ցերը որոշ դիմադրության հաղթահարումով առաջին շյուղը ներս և սարվում, պետք է կարճ ժամանակ սպասենք, շյուղը մի քիչ հետ ու առաջ շարժենք և ապա միայն հաջորդ ավելի բարձր համարը վերցնենք։ Մեծ դիմադրության հանդիպած դեպքում նախորդ համարով շյուղը մի ագնամ ևս կդնենք և 2—3 րոպե կսպասենք։ Այս դեպքում հաճախ ավելի նվազ դիմադրության հանդիպելով, հաջողվում է հաջորդ մեծ համարն անցկացնել։ Ծննդաբերության ունեցած կանանց արգանդի խողովակի 6-ից մինչև 7 միլիմետր լայնացումը հնարավոր և ընդհանրապես առանց մեծ դիմադրության, 7 միլիմետրից ավել լայնացման դեպքում սովորաբար դիմադրությունն ավելանում է և պահանջվում է, որ բուժուհին գանգատուհեն առաջ շարժվեցի։ Վզիկի խողովակն սկզբում դեռ փակ լինած ժամանակ նվազ փորձառու բժիշկն ավելի առաջ չպիտի գնա ու 9 միլիմետրից ավելի չպիտի լայնացնի։ Այդման լայնություններ բավական են սովորական փորձնական հետազոտության համար։

Յեթե խնդիրը վերաբերում է վիժուվի ճնացորդները հեռացնելուն, ապա լայնացնող շյուղերի դեմ ցույց տրված դիմադրությունն ընդհանրապես ավելի նվազ է լինում և հաջողվում է նույնիսկ 12—14 միլիմետրի չափ լայնացնել, այնպես որ կարելի է արդեն ավելի մեծ բուժ քերոց ներս սանել արգանդի մեջ։

Առանց վզիկի խողովակը նախապատրաստած լինելու, այնտեղից մատն անցկացնելու չափ լայնացում անելու համար գործարար բժիշկը վոչ մի ժամանակ չպիտի բավականանա միմիայն Հեգարյան ջուղեր դնելով, *ինչպես ունենալով վզիկի ծայր պատռված ևեր պատճառելու վտանգը, այլ պետք է դրան միացնի լամինարիայի շյուղեր դնելու գործողությունը։* Հեգարյան շյուղերով պետք է լայնացնել 6-ից մինչև 9 միլիմետր, այնուհետև պետք է դնել համապատասխան հաստության մեկ հատ կամ երկու հատ ավելի բարակ շյուղեր, որոնք 12 ժամից

հետո համարյա կանոնավորապես ցանկալի լայնացումն առաջացնում են։

Հիմա դրսի կողմից արգանդի հատակը ներսի զննող մատին դեմ հրելով կարելի է մատը արգանդի խոռոչի մեջ մտցնել։ Արգանդի ներքին բերանի մոտ հանդիպելիք վրևևե դիմադրություն մատի անընդհատ ճնշման տակ կամաց կամաց հաղթահարվում է։ Այնուհետև մարդ ի վիճակի է լինում անմիջական շոշափումով գաղափար կազմելու արգանդի ներքին դրության մասին (պոլիպներ, վիժուկի մնացորդներ, ուռուցքներ, խոռոչի ձևը)։*

3. ՓՈՐՁՆԱԿԱՆ ՔԵՐՈՒՄ**) (abrasio)

Ցուցումները տեսնել հատուկ մասում։

Տեխնիկան. *Սեփական ձեռքերի և սերականքի ու շրջապատի հականեխումից հետո նախ և առաջ վարվել այնպես, ինչպես պետք է անել ձողիկով զննումի և լայնացումի ժամանակ։ Լայնացումը կատարելուց հետո արդանդի մեջ ներս են տանում միջակ մեծության մի քերոց։ Քերոցն առաջ քշել մինչև արգանդի հատակը, հետո արգանդի առաջային պատի մեջտեղով յետ քաշել՝ թեթև ճնշում գործադրելով արգանդի պատի վրա։ Ապա միևնույն ձևով աջից ու ձախից քերել քաշել մինչև արգանդի յեղերը և հետո քերոցը 180° շուռ տալով՝ միևնույնը կատարել արգանդի յետևի պատի վրա։ Ի վերջո շեղակի քերել արգանդի հատակը, փողի անկյունները և արգանդի յեզրերը։ Միևն այսպիսով կարելի է վստահ լինել, որ արգանդի ամբողջ լորձաթաղանթը քերված է։ Լավագույն է, որ ամեն անգամ քերոցը քաշելիս՝ քերած ծվենները արգանդից դուրս հանենք և ի վերջո հայելու յետին վաքից սրի պնակի մեջ դատարկենք։ Դրանից հետո արդանդի խոռոչը լվանում ենք ծայրին բամբակ փաթաթած և յոդի մեջ թաթախած Պլայֆերյան գոնդովի։ Հեշտոցի և արդանդի խծծումը սովորաբար ավելորդ է լինում։*

Քերուցքը մի փոքրիկ ժաղի մեջ դրած ցողվում ենք ու այս ձևով արյունից մաքրված զանգվածը ֆորմալինի չորս տոկոսանի լուծվածքի մեջ զննելով, մանրադիտակային քննության համար ուղարկում ենք անատոմանական ինստիտուտին կամ դիենեկոլոգիական կլինիկային, նայած թե վոր հիմնարկի հետ հարաբերության մեջ ենք։ Այդ հիմնարկությունից էլ հետո տեղեկություն կստացվի հիվանդության բնույթի մասին։

4. ՓՈՐՁՆԱԿԱՆ ԿՏՐՈՒՄ (Excisio)

Փորձի համար կտրումը կատարվում է բոլոր այն դեպքերում, երբ հիվանդ հյուսվածքամասի դիտումն ու շոշափումը հիվանդության բնույթի, հատկապես լավորակ ու վատորակ նորագոյացության հարցի

---

*) Գործնական բժիշկն արգանդի խոռոչը շոշափելուց պետք կունենա միայն վիժուկի մնացորդները հեռացնելու նպատակով։

**) Հեգարյան շյուղերով ավելի արձակ լայնացման համար լինի թե քերումի համար, մեծ մասամբ պետք է լինում հիվանդին եթերով կամ քլորեթիլով թմրեցնել կամ կիսաանզգայացնել — քնաշաղել, գործողությունն սկսելուց 1½ ժամ և ¾ ժամ առաջ, ամեն անգամ մեկ ամպուլ Ռիդելյան ակոպոմորֆինի սրսկուածով։

վերաբերմամբ վճիռ կայացնելու հնարավորություն չեն ընձեռում։ Ընդհանրապես արտամղիչքի և հեշտոցաբաժնի ուռճացումների վերաբերմամբ պետք է լինում այդ միջոցին ձեռնարկելու։

Այդ գործը կատարելու համար, բնականաբար ամենախիստ անհնեխության պայմաններում, բժիշկը մկրատով կամ դանակով կամ սուր գդալով հիվանդ մասից կտրում է մի կտոր, որը մանրադիտական քննության համար վերը հիշած հիմնարկներից մեկին է ուղարկում։ Այդպես պետք է անի, յեթե յերբեք չի գերազատում հիվանդին կանանց կլինիկա ուղարկելու, որտեղ անհարաժեշտ նման ձեռնարկումներն ընդհանրապես ավելի հմտորեն կարող են կատարվել։

Լավագույն է, որ գործարար բժիշկը հնշտոցից կամ փորի ծածկույթից փորձնական ծակում կատարելուց հրաժարվի։ Այդպիսի ծակումն ընդհանրապես ավելորդ է. մեկ-մեկ նպատակահարմար է այն դեպքերում, յերբ բան հարկին կարելի չի անմիջապես դրան կցել ավելի մեծ վիրաբուժական գործողություն։ Գործարար բժիշկը կարող է դրան ձեռնարկի միայն իրեն նախնական գործողություն հարարգանդային կամ Գուդլասյան խոռոչի թարախուռը ճեղքելու համար։

Գործարար բժշկի համար անհրաժեշտ այլ մեթոդներ՝ քան վերևում նկարագրվածները, իմ կարծիքով ինկատ առնելու գործողություններ չեն։ Այսպիսիները թվին են պատկանում՝ ուղիղ-աղիքպիտուր, փամփուշտպիտումն ու միզածորանների փողածողումը, փամփուշտ-ավազանպրոլությունը, ինչպես նաև յերիկամների գործունեության ավելի նուրբ փորձումները, տրամաբանական փորձարկությունը և նման միջոցներ, վերջապես՝ փորնոսկան փորահատումը։ Վերջերս սրանց ավելանում են նաև փողերի ընդփքումը և փքընդերապատակ առաջացնելու՝ նրանց ռնտգենագրումը։ Սակայն այս միջոցների հնշատակութ.ունը գործարար բժշկին պիտի թելադրի համեմատ դեպք չմոռանալու, որ այն հիմնարկները, որոնք նման ոժանդակ միջոցներ ունեն իրենց տրամադրության տակ, համաթ է միևնույն են դեռ սկզբից բոլորովին մուտ դեպքերում անդամ ուղիղ ախտորոշում անելու և պատշաճ բուժումը կատարելու*)։

VI. ԳԻՆԵԿՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԿԱՆԽԱԶԳՈՒՇՈՒԹՅՈՒՆՆ ՈՒ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Հենց կանխազգուշացման խնդրում գործարար բժշկի առաջ դրվում է մի շատ հնորհակալ աշխատանք, որպիսին նեղ մասնագիտությամբ զբաղվող բժշկին քիչ է պատահում, որը հնարավորություն ունենա կատարելու։ Այնուամենայնիվ տեղի խնայողության հրամայական պահանջից դրդված, այստեղ մենք ստիպված ենք այդ աշխատանքի մասին ընտրությամբ խոսելու**)։

---

*) Համեմատել ցուցումները մանհահատուկ բաժնում։

**) Ավելի հանդամանորեն նկարագրությունը կարելի չի գտնել, որինակ, Menge-Opitz-ի Handbuch-ի մեջ, Մենգեյի հոդվածում (Wiesbaden, 1913)։ Իրեն հանրամատչելի ընթերցանության վիրք հանձնարարում եմ հատկապես Բայլի գրքուկը «Aus Natur und Geisteswelt» ժողովածուի մեջ (Leipzig, 1916)։

Աղբովհատ սուսանակը հակառական չափով տարածված է, կարևոր է գոնե փոքր աղջիկներին պահպանել իրենց մորից վարակվելու վտանգից։ Ամենից առաջ պետք է արգելել մինուճար անկողնի մեջ պառկելը, մինուճար լվացման ջորերի գործածությունը և մանավանդ սերականքի ու սրբանի ջրջապատը մաքրելու համար մինուճար ջրի ոդատարժուժը։ Դրանով մենք կանխում ենք վոչ միայն աղջիկների հեղոտցն և անդաստակի սուսանակային բորբոքուժը, այլ նաև նրա ծանր հետևանքների դեմ խոչընդոտ հանդիսանում։ Ամենորյա լվացուժով սերականքն ու ջրջապատը մաքուր պահելը փոքր աղջիկներին ավելի ևս հանձնարարելի է վոչ միայն նրա համար, վոր նրանց անդաստակի նուրբ լորձաթաղանթն ավելի զգայուն է և գրգիռ պատճառող պայմաններ ավելի հեշտ են առաջանում, այլ և հաճախ դրանք առիթ են տալիս վաղաժամ ոնանականության։

Մեացյալում մինչև արբունքի հասնելը կանխադուշացումն ավիտվում է դհանուր առողջապահական միջոցառումների գործադրության մեջ (հագուստ, անունդ, կղուժի կանոնավորուժ, ազատ ոդի մեջ կենալ, պատշաճ շարժումներ և այլն), վորոնց վրա չես այստեղ ավելորդ կանգ առնելու։ Այդ պայմանները ավելի են նորմալ կերպով արբունքին հասնելու և նրա կանոնավոր ընթացք ունենալու վերաբերմամբ ավելացավ ուշադրությունը և լեզեն լրքեք անհաղթահարելի բաղակազմական կասեցումներ չլինեն, միակ հնարավոր կանխազդուշացումն են սերականքի թերաճման և ընդհանրապես մանկականության դեմ։

Արբունքին հասնելուց հետո առանձին ուշադրություն դարձնելու է նպատակահարմար, կրծքի զարգացման արգելք չհանդիսացող հագուստեղենի և դաշտանի ժամանակ համապատասխան վերաբերմունք ունենալու վրա։ Դաշտանի ժամանակ պահանջվում է արտաքին սերականքի և շրջապատի ամենորյա մեկ կամ կրկնակի լվացում կատարել արյունն ու լորձը մաքրելու համար (սովորական ցնցուղլոգանքը—դուշի բաղանիքը թույլատրվում է, լոգարան նստել և ազատ լոգանքը պետք է արգելել դաշտանի որերին)։ Պետք է գործածել պատրաստի գնած կամ քեն տանը կարած հատ ու կտրուկ կտորից դաշտանաշորեր, վորոնք հետո լվացվելու և յեռացվելու յենթ։ Անհրաժեշտ է սպիտակեղենը հաճախակի փոխել, զգուշանալ մուավոր և փիզիկական լարված աշխատանքից, ինչպիսիք են՝ սպորտն ու պարը, մինչդեռ մյուս կողմից սովորական աշխատանքն ըստ հնարավորին չպիտի ընդհատվի։ Բժիշկը պետք է դեմ լինի չափազանցրած ինքնախնայողությանն։ Անկողմանում պետք է միայն սաստիկ ցավերի և խիստ արյունռումի դեպքում։ Արբունքի տարիքում բնականաբար դաշտանի որերից դուրս էլ փիզիկական և հոգեկան ընդհանուր առողջության կանոններին հետևելը մեծ նշանակություն ունի։ Առանձնապես ուշադրության արժանի յեն ազատ ոդի մեջ կատարելիք շարժումներ, ուժեղ բուսական անունդ, հանգիստքուն և լարված աշխատանքի դեմ զգուշավորություն։

Ցերը աղջիկը հարսն է դառնում ու ամուսնական կյանքի մեջ մտնում, բժիշկը պետք է ոգնի ծնողներին ամուսնական կյանքի առողջապահության, ինչպես նաև վեներական վարակման դեմ պաշտպանության խնդիրներում։ Վերջին կետի վերաբերմամբ բժիշկը պետք

և խորհուրդ տա, վոր փեսացուն մասնագետի վկայականով հաստատի, թե թաքուն սուսանակով կամ սիֆիլիսով հիվանդ չե. այդ վկայությունը վորոշ դեպքերում կարելի յե փոխարինել նրանով, վոր փեսացուն պատվո խոսքով հավաստիացնի, թե ինքը յերբևիցե վեներական խոթացում չի ունեցել*)։

Ամուսնական կյանքի առողջապահական դիտելիքների համար ամուսնացած յերիտասարդ կնոջ կարելի յե հանձնարարել մի լավ հանրամատչելի դիտելիքներով դրքույկ, ինչպիսին և որինակ Բայեի դրքույկը։ Սեռական հարաբերությունից հետո ու մանավանդ իբրեվ առավոտյան առդուզարդի-տուալետի մեկ մասը հետոցի լվացում կատարելը նորմալ ժամանակ վոչ միայն ավելորդ պիտի համարվի, այլ դրան նույնիսկ բոլորովին հակառակ խորհուրդ պիտի տրվի։

Հակաբեղմնավորական միջոցների մասին ամուսնացած կանանց և տղամարդկանց շատ հաճախակի հարցումներին բժշկի կողմից լավագույն պատասխանն այն կլինի, վոր տեղեկություն ոչ, թե վորևե բացարձակորեն ապահով միջոց չկա դրա դեմ։ Ուղղակի զգուշացնելու յե ընդհատած զուգավորություն ունենալուց, վորը շատ շուտով ներվային խանգարումների առիթ է տալիս։ Փակող պեսարներ գործածելը նույնպես խոտելի յե, այդպես նաև բոլոր այն զանազանատեսակ դեղերով սպունգները, ներփչումները և այլն։ Բոլորովին անթույլատրելի յե բժշկի կողմից հետարգելային պեսար դնելը, վորը թե անվստահելի յե և թե վտանգավոր։ Ընդհակառակն լիս գտնում եմ թերևս իրավացի խորհուրդ տալ գործածելու մի կնոջ, վորը յերկու անգամ իբար յետևից յերեխա յե ունեցել, վորպեսզի նրան յերկու կամ յերեք տարի միջնադարյան տրվի մինչև մյուս տղաբերքը։ Ըստ իս այս անմեղ և բոլոր հակաբեղմնավորական մեթոդներից ամենից ապահով միջոցառումի հանձնարարումը նման պարագաներում ավելի ևս անվտանգ է նրանով, վոր տղամարդու կողմից դրա մշտական գործածությունը սովորաբար մերժվում է։ Բժշկի կողմից այսպիսի խնդիրները լուծելու և տեղեկություն տալու կատարյալ մերժումն ավելի ևս իրավացի չի լինի նրանով, վոր այդ մերժումը խորհուրդ հարցնողներին կդրդի ավելի վատ միջոցների դիմելու, ինչպես ընդհատած զուգա-

---

*) Այս վոչ միայն անհատական, այլ գերազանցապես հասարակական խնդիրը Խորհրդային Միության մեջ վաղուց արդեն օրենքով կարգավորված է. ամուսնական քաղաքացիական գրանցումը կարող է կատարվել և ամուսնությունն օրինավոր համարվել սիփիլոյի ամուսնական զույգի հատուկ բժշկական հանձնաժողովի քննությունից հետո, վոր պիտի վկայի, թե ամուսնացողները վարակիչ և փոխանցական վորևե հիվանդություն չունեն։ Ծ. Թ.

վորութիւնն է, կամ նուիրնիսկ նրանց չարաշահութիւնը զբաղվողների դիրքը կձգի՝ հանցագործական վիժումների համար *)։

Հղութեան, ծննդաբերութեան և յետ ծննդյան շրջանի առողջապահութեան մասին տեսնել Մանկաբարձական գիտութեան դասագրքի մեջ։

Դաշտանադադարի դանգատանքների դեմ բժիշկը ներգործում է ավելի շուտ հիվանդին հոգեպես հանգստացնելով ու լուսաբանութիւններով։ Այս անցողական տարիների առողջապահական կանոնների թվին են պատկանում անգրգիռ ու բուսական նյութերով առատ անուն, որինավոր ու շատ լարվածութիւն չպահանջող աշխատանք, մարսողութեան ուշադիր կանոնավորում, խուսափում մեծաքանակ վոգելից ըմպելիքից, թեյ և սուրճ գործածելուց, սպունգով կատարված գաղջ ու մինչև սառը ջրով լոգանքներ։

Դաշտանադադարային սաստիկ ու անկանոն արյունումների ժամանակ անհրաժեշտ է շարունակ ուշադիր կերպով հսկել հիվանդին։ Եթե քաղցկեղի գոյութիւնը վորձնական քերումի միջոցով բոլորովին բացառվել է, այն ժամանակ կարելի է արյունարգել դեղորայք գործածել (տեսնել ստորև)։ Սակայն պետք է կռվել ներկայումս շատ ինտելիգենտ կանանց շրջանում խիստ տարածված քաղցկեղավախութեան դեմ այն ամեն դեպքերում, յերբ միանգամ ընդմիշտ վատահանանք, թե յեղած արյունումն անվնաս մի բան է։

Դաշտանադադարի շրջանի ավելի սաստիկ դանգատանքների առաջն առնելու համար հանձնարարվում է գործածել ծիրա ֆիրմայի պրոկլիմանը, կամ թե կլեմակտոնը։ Ցերկու պատրաստուկներն էլ շատ դեպքերում ոգտակար յեղել են։ Դրանցից ընդունել են տալիս որը յերեք անգամ յերկուական տաբլետ, ընդամենը 100—120, ամենշատը 150 հատ։ Ցերկու յերեք ամսվա դադարից հետո կարելի է նորոգել այս դեղի գործածութիւնը։ Այնտեղ, ուր անոթների խանգարումներն առաջին տեղն են բռնում, առանձնապես հանձնարարելի է կլիմոսանը։

Վիրաբուժական գործողութիւնը կամ ռեոնտգենյան ճառագայթներով ամլացրած կանանց դաշտանադադարային դանգատների դեպքում կարելի է խորհուրդ տալ ովովոպ տաբլետների գործածութիւնը (որը 3 անգամ 2-ական տաբլետ, յուրաքանչյուրը 5—100 մկնամիավորով)։ Նույնպես Դարմշտատում Մերք ֆիրմայի նոր տաբլետները — ովարիալ—ուժեղ, յուրաքանչյուրը 100 մկնամիավորով, հենց դաշտանադադարային արյունհոսութիւնների ժամանակ ոգտակար են լինում։

*) Իմիջիայլոց յհոպատեռապիայի տարիներում հենց այս խնդիրների մասին բժշկական մասնագիտական հանդեսների սեջ հանդամանորեն գրվում է, այնպես վոր այստեղ խորանալ այդ խնդրի վրա անտեղի յե։

Բուժական միջոցառումների վերաբերմամբ այստեղ մեր դիտողությունները պիտի սահմանափակենք կանաբանական այնպիսի բուժամեթոդներով, որոնք բժշկի ընդհանուր գործունեության ժամանակ կարելի չէ լինկատի ունենալ։ Սակայն համենայն դեպս միշտ պիտի հիշենք, որ բժիշկը ոչ մի ժամանակ միմիայն հիվանդացած սեռակաճը չէ որ պիտի բուժի, այլ ամբողջ կնոջը պիտի դարմանի։ Անփույթ վերաբերմունք դեպի ընդհանուր բուժումը (անունդը, մարդոցության, ինչպես առհասարակ ամբողջ ապրելակերպի կանոնավորումը, սակավարնության, անսննդության, ներվանուժակության վերացումը և այլն), ահա այս խնդիրների հանդեպ անփութությունը հաճախ անհաջողության և մահանում դուռ դինեկոլոգիական բուժումը այն տեսակետից, որ անդային յուրահատկությունները թերևս վերանան, սակայն կնոջ մեջ շարունակվի մնալ հիվանդ լինելու զգացմունքը։ Այս հանգամանքը շարունակ լինկատի ունենալու է։

I. ՋՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԱՐԱՐՈՒՄՆԵՐ

1. Սպունգով լոգանք. *Առավոտյան վեր կենալուց հետո կուրծքն ու ծոծրակը քսել կարելի չեղածին չափ մեծ, գաղջ ջրի մեջ թաթախած լոդանքի սպունգով, որից հետո կարելի չէ մի քիչ լվանալ և ապա շփելով չորացնել։ Այդ լոդանքը թարմացնում է և հանձնարարելի է մարմնի ընդհանուր տոնոսը բարձրացնելու համար։ Սակավարյուն կամ շատ նեղվադար կանանց համար ջերմաստիճանն ավելի բարձր անելու է, ցելսիուսի ջերմաչափով՝ 25 կամ 26 աստիճան, որից հետո 10 րոպե հանգստանալու է անկողնու մեջ։*

Առույգ կանանց դաշտանադադարի ժամանակաշրջանի արեհետևումների դեպքում հանձնարարվում է ընդհակառակն ջրի ավելի նվազ ջերմաստիճան (19—22° C.)։

2. Լրիվ չեվ կիսաս ծռարումներ. *Ամբողջ մարմնի կամ միայն մարմնի ներքևի կեսի ծռարումը լավ քամված ու բավական տաք ջրի մեջ թաթախած (կտավե) սրբիչով. դրա վրայից ձգել լոդանքի մեծ սրբիչը և դրսից թեթև ծածկել բրդե ազալով. սառը կոմպրես դլխի վրա և սառը ջրով լերեսը լվանալ։ Կինը կլինա այդպես ծռարված՝ մինչև քրտնել սկսի։ Ապա շփելով չորացնել։ կարելի է նաև պղով շփել։ Չերմոս վիճակ ունեցողներին չեվ ներվային ամենուրյամբ տառապողներին սա շատ հանձնարարելի միջոց է տոնոսի ընդհանուր բարձրացման համար։*

3. Պրիսնիցյան փաթուլներ *կամ կոմպրեսներ, 35-ից մինչև 45° C՝ ամեն 1—2 ժամը մեկ անգամ փոխելով։* Ներճնափորի ամեն տեսակ ցավերի ժամանակ ցավամոտ չեվ գերարնությունն առջացնող միջոցներ *են։*

4. *Կոնքի մեջ սուբ բորբոքական պրոցեսների ժամանակ և ցավերը մեղմելու համար ավելի լավ միջոց և որը 3 կամ 4 անգամ, ամեն անգամ կեսից մինչև մեկ ժամ տևողությամբ ցաված տեղի վրա դրված սառցի փամփուշտը, մարմնի և փամփշտի միջև մի սրբիչ փռելով։*

5 Պրիսնիցյան ծարուրմներ նեղքնավորի շուրջ։ *Տրալուծն այնպես, ինչպես 2-րդ կետում նկարագրվեց (Ջրի ջերմաստիճանը 16 – 20° C). դրա վրայից անթափանց կտորով և ֆլանելով կիպ փաթաթված ծածկույթի, Ազդեցությունն և—փորի (կոնքի) մեջի որգանների գերարնություն չեվ տաքացում, վերածծման նպաստավորում, միաժամանակ ցավերի ամոքում ու իրրև քնածու միջոց։*

Ցավերը հանգստացնելու հետ միասին գերարնություն ու տաքություն առաջացնելու նպատակին կարելի չե հասնել նաև ուրիշ, վոչ ջրաբուժական յեղանակով, այն և—

*ա. Ջերմակիրով *).*

բ. Ելեկտրականությամբ տաքացնող կոմպրես-ապարատներով (գործածության յեղանակը նկարագրվում և ապարատին կից տեղեկատու ցուցակի մեջ)։

գ. Ցեխի ծարուրմով.

Ցեխը տաք ջրով խառնում բաց են անում ու մի քիչ թանձր խյուսի պես դարձնում. ժամանչափ հաստությամբ քսում են կտավի վրա և ցելսիուսի ջերմաչափով 48—51° տաք տաք դնում են մարմնին։ Մոմլորով փաթաթելով և դրա վրայից ել ֆլանել և կամ բրդի ոպյալ ծածկելով հոգ և տարվում, վոր ծարուրը բան կարելուչն յերկար ժամանակ պահի տաքությունը։ Մեկ կամ յերկու ժամ հետո վերցնում են ամբողջը։

*դ. Կտավհատից յեփած ծեփելիքով կամ վորևե դրա նման մի խյուսով, վորոնք տաքությունն ավելի յերկար են պահում, քան թաց կոմպրեսները և վորոնց պատրաստելը տարրական հարմարություններ յեղած պայմաններում անդամ միշտ ել հնարավոր և **)։*

6. Նստալոգանի. *ա)* Սառը լոգանի, *15—20° C. 5-ից մինչև 10 րոպե տևողությամբ, առավոտ ու յերեկո, բունոցի և հեշտոցի սուբ բորբոքական պրոցեսների դեպքում։ Ջրին կարելի չե ավելացնել մեկ լիտր երիցուկի յեփածո կամ 2—4 լիտր թեփի յեփածու։ բ)* Տաք նստալոգանի կամ կիսալոգանի, *38—45° C մեջն ավելացրած մի կիլոգրամ կամ մի քիչ ավելի գործածության աղ կամ ծովի աղ. տևողությունը՝*

) Ջերմակիրը—Thermophor կոչվում և զանազան ձևերի, բաղձերի, անոթների, կոմպրեսների մեջ դրված կպչածո, վորոշ քիմիական նյութի պարունակությամբ վորը յեռացրած ջրի մեջ տաքացնելուց հետո յերկար ժամանակ միևնույն տաքությունն և պահում իր մեջ։ Ծ. Թ.

**) *Այստեղ հիշված միջոցներն ավելորդ են դարձնում գործարար բժշկի գործունեության համար տաք ոդի արկղները և ելեկտրականությամբ տաքացող ջերմակամարները։*

15-ից 20 րոպե, յերեկոյան պառկելուց առաջ։ Անկողինը նախապես տաքացնել։

Շ. Հետեցի լվացումները պետք է կատարվեն միայն պառկած դրությամբ, 50 սանտիմետրից ոչ ավելի բարձր կախված շատ մաքուր ողողակից։ Դրա համար գործածված ծայրադիրը լինի ապակյա պարզ ու մի քիչ կոր խողովակ, վորն ամեն անգամ դարձյալ պետք է յեռացվի և հեշտոցը լվանալու համար մի մատի յերկայնքի չափ ներս պետք է դրվի։

Արյան շրջանառության վրա ազդելու (դերարնության առաջացնելու, վերածծումը նպաստավորելու) համար զուտ ջրաբուժական յեղանակով կատարված լվացումներն այն ժամանակ միայն արժեք ունեն, յերե մարդ գործածի մեծ քանակությամբ (մինչև 20 լիտր) լվանալու հեղուկ բարձր ջերմաստիճանով (40°-ից հետզհետե բարձրանալով մինչև 50° C)։ Այս դեպքում ողողակը բնականաբար պետք է մի մեծ դույլի չափ լինի և թափված ջրի համար համապատասխան ատոթ ունենալու մասին հոգացվի։ Վորովհետև ընդամին կանանց մեծ մասի հեշտոցամուտքի այդպիսի բարձր տաքության ջրով լվացումը ցավական զգացմունք և առաջացնում, դրա համար հասարակ ծայրադրի փոխարեն ավելի լավ և գործածվի Փինքուսյան տանձաձև ծայրադիրը, վորը ներս և դուրս հոսող տաք ջուրն առանձնացնող ոդի շերտով անջատում է հեշտոցամուտքից։

Սառը ջրով (8-ից մինչև 10° C) հեշտոցի լվացումները յերբեմն ոգտակարապես կարելի յե գործադրել լավորակ դաշտանարնությունների և արգանդարնությունների ժամանակ։

Մարմնի տաքության ջերմաստիճանով լվացումները կատարվում են պարզապես մաքրության նպատակով կամ լորձը լուծող ու թաղանթը փոթորող և հականնեխական լուծուլթներ սրսկելու համար։

II. ՄԱՍԱԺ

Մասաժի տեխնիկային տիրապետելու համար պահանջվում է մասնագիտական վարժություն, նամանավանդ կանարանական մասաժն ինձ թվում է թե գործնարար բժշկի ձեռքում ոգտագործելու միջոց չե։ Բացառություն կանանչի զրանից միայն անդիկով լեցուն խորոպալայնիչով (կոլպեյրինտորով) բևեռնածաբուժում կատարելը ճշգրիտ ցուցումները և հակացուցումները (մասնահատուկ բաժնում)։

Հիվանդին այնպես են պառկեցնում, վոր կոնքը մարմնի դիրքից մոտ 30 սանտիմետր բարձր լինի. դրա համար բավական է մեկ յերկու հատ ոեպաձև բարձ հակառակ կողմից դնել հիվանդի տակը. հետո ծալծլած խորոպալայնիչն անց են կացնում հեշտոցի մեջ։ Դրանից հետո, բոլորովին կամաց, ապակե ձագարի միջով ոդիկը խորոպալայնիչի խողովակից ներս են լցնում, սկզբում 500 գրամ, հետո մինչև 1000 գրամ. դրսի

կողմից մեկ կամ յերկու կիլոգրամ ծանրությամբ ամպադարձով հակաճնշում են գործադրում։ Բեռնավորման տևողությունը 1/4 ժամ, ապա 1/2 ժամ, ավելի ուշ՝ մինչև 1 ժամ։

Գործադրված ճնշումի միջոցով նախ և առաջ կոշտ ու կոշկոռնեբի մեջ առաստրեին գտնված հեղուկը դուրս և մղվում, ճնշումը հեռացնելուց հետո հյուսվածքները հորդությամբ լցվում են արյունով ու այդ ձևով առաջանում և այնպիսի զորեղ գերարտնություն, վորն այլ կերպ չեը կարելի ձեռք բերվել և վորի մեծ նշանակությունը բացահայտ և մանավանդ հին պրոցեսների բուժման համար։

III. ՀԵՇՏՈՑԻ ՑԵՎ ԱՐԳԱՆԴԻ ՄԵՋ ԴԵՂՈՐԱՑԻՔ ՆԵՐՍ ՏԱՆԵԼԸ

Վերևում արդեն հիշված լվացումներից զատ գործարար բժշկին հարմար և կիրարկել հատկապես հետևյալ միջոցները։

1. Փոշու ներփչումը հեշտոցի մեջ, ամենից լավը և մի նաստուլյան ձևի սիքատորի (չորացնող ապարատի) միջոցով։

Նշանակված փոշին լցնում են գործիքի պահարանը և տանձաձև մասը դնում հեշտոցի մեջ։ փչող ռետինե գնդի բազմակի ճնշումով՝ ոդի հետ միասին փոշին վերցվում ու սփռվում է հեշտոցի ընդլայնված պատերի վրա։ Ներս փչված ոդը դուրս է հոսում տանձաձևի լերկայնքին փորված ակոսներից։ Այս միջոցի կիրառումը շատ հանձնարարելի է։

2. Խծուծով բուժումը. *Ուղածդ ժամանակ հեշտությամբ հեռացնելու համար թելով խաչվակ կապված բամբակի խծուծը, վորի մեծությունն ընտրվում է բուժելիք հեշտոցին համապատասխանորեն, թաթախում են դեղի մեջ. բժիշկն արգանդի հայելու միջոցով այդ խծուծը դնում է ներս կարելի յեղածին չափ բարձր մինչև հեշտոցի յեռին կամարը։ Տանելիքու ժամ հետո կինը կարող է ինքը հեռացնի խծուծը նրա թելից բռնած քաշելով։ Դրանից հետո յերկու լիտր յեփած ջրով հեշտոցի լվացում պիտի կատարիր*

3. Հեշտոցի մեջ դեղագնդիկներ դնելը, *վորոնք բոլորակ կամ ձվարդ ձև ունեն և պարունակում են ներգործելիք դեղը կակաոյի յուղով խառնուրդի մեջ, վորը հալվում և հեշտոցի ջերմաստիճանում։ Շատ նպատակահարմար են Գրենցնախի քիմիական գործարանի արտադրած «տամբոլ» կոչված պատրաստուկները։ Ավելի ևս հանձնարարելի յեն Մյունխենի Լուիդպոլդ գործարանի պատրաստած Սպումանյան շյուղիկները* (styli Spuman), *յուրաքանչյուրը 1,0 գրամ, վորոնք հեշտոցի մեջ փոխարկվում են մանր պղպեղահներով ածխաթթվային փրփուրի, վորն իր պղպեղահների պատերի մեջ կրում և ազդող դեղորայքը* (=0,5% Thymolresorcinformaldehyd, 0,1% Bism. subgall., 1% Alumen acet. tart. 1% Hexamethylentetramin)։ *Շյուղիկները կարելի*

յի ձեռք բերել նաև հետևյալ հավելուածներով. 3% Ac. tannic. 0,15% Arg. nitr., 1,5% Cocain. hidrochl. 0,05% Hydr. bichlor., 5% Ichthyol-ammon. 1% Protargol, 2% Zinc. sulfur։ Այդ շյուղիկները դրծածել են տալիս կոշ ձեռքով որական 2—4 անգամ։ Վղիկի և միզուկի մեջ ներս դնելու համար կարելի յի ստանալ ավելի բարակ շյուղիկներ, ամեն մեկը 0,5 գրամ, յերեխաների համար նուշնիակ 0,2 գրամ մեծության։

4. Արգանդի խոռոչի մեջ դեղորայքը, մեծ մասամբ խարող հատկության դեղորայք պետք և ընդհանրապես միայն ձողիկով (գոնդով) ներս տարվելն։ Վերևում արդեն հիշատակեցինք Պլայֆեյրյան ձողիկի մասին. խարելու նպատակով շատ հանձնարարելի յեն նաև Մենգենյան ձողիկները կոր, բամբակի շերտով պատած կաուչուկից (կարծրախեժից) ձողիկներ, վորոնք դործածության համար պատրաստ վիճակում պահվում են բարձրադիր անոթի մեջ այնպես, վոր ձողիկների ծայրերը սուզված լինեն ֆորմալինի 30 տոկոսանոց լուծվածքի մեջ։

IV. ՄԵՔԵՆԱԿԱՆ ԲՈՒԺՈՒՄ ՀԵՑԱՊԱՐԱՏՆԵՐՈՎ.

1. Պեսարները ծառայում են այն նպատակին, վոր ծուռ դիրքից ուղղած արդանդն իր նորմալ դիրքի մեջ պահեն*)։ Հնշտոցի արատորանքի ազդեցությամբ թրմումի յենթակա կակղախեժ ծածկույթով բոլոր պեսարները խոռոչ լինեն կարելի յի միմիայն անալյալ նյութից—ապակուց, կարծրախեժից (կաուչուկից), ցելուլոյիդից — շինված պեսարները դործածել, ուշադրություն դարձնելով հաթկավ նրանց վողորկ մակերես ունենալու վրա։ Տվյալ դեպքի համար պետք յեղած ձևի պեսարն ընտրելուց հետո, լավագույն և վերցնել միշտ ամենափոքր համարը, հենց այնքան, վոր նա ծառայի արդանդն իր դիրքի մեջ պահելու նպատակին։ Յեթե յերբեք ներս դրված պեսարը քիչ մեծ լինի, վտանդ և ծագում հնշտոցի պատերի մեռուկ և դրան ընկերակցող խրվակ առաջացնելու դեպի աղիքը կամ դեպի միզափամփուշտը։ Բայց վորովհետև պետք չե, վոր պեսարը շատ էլ փոքր լինի, մանավանդ իջվածքների ժամանակ, յեթե ուղում ենք վոր նպատակին ծառայի, ուստի պետք և պեսար կրող կինը բժշկի մշտական հսկողության տակ լինի, վորպեսզի վորևե ճնշական ազդեցություն ժամանակին իմացվի և պեսարը առժամանակ հեռացվի ու մաքրվի։ Առաջին ստուգումը պետք և կատարվի 8 մինչև 14 որից։ Բազմակի ստուգումից հետո մյան, յերբ բժիշկը համոզվի, թե պեսարի յերկար ժամանակյա գործածումը ճնշման վոչ մի նշան չի ցույց տալիս և

*) Պեսարների առանձին ձևերի մասին համեմատել մասնահատուկ բաժինը։

լինը ուրիշ վոչ մի կողմնակի արտահայտություն չունի, այն ժամանակ կարելի է բավականանալ 3—4 ամիսը մեկ անգամ կատարված ստուգումով և պետարը մաքրելով։

Ցուրահանչյուր պետար ազդում է վորպես ուտար մարմին և իբր այդպիսին՝ պատճառում է հեշտոցի մշտական ու թեթևակի գրգռական դում և դերարատնթորում։ Յեթե արտաթորանքը պինդ կառչում է պետարի մակերեսին, ապա պետարը շուտով սկսում է քիմիապես քայքայվել և դոյությունն ունեցած գրգռական վիճակը սաստկանալ, վորի հետևանքով տեղի է ունենում թարախոտ ու հորդառատ հոսք։ Այս տհաճ վիճակի առաջն առնելու է յեվ յեվ տված ջրով ամենորյա լվացումներով, վորին պետք է շարաթական յերկու անգամ մի քիչ սոդա խառնել տալ, չորացած լորձը լուծելով մաքրելու համար։

2. *Կալանգեները ծառայում են գլխավորապես նրա համար, վոր փորի ծածկույթների նվազած լարվածության (տոնուսի) դեպքում (կախ ընկած փոր, փորի ուղիղ մկաննների տրամախայում և այլն), փորի ամբողջ պարունակության ճնշման դեմ բացակայող հակաճնշումը փոխարինեն և այդպիսով ամբողջական կամ մասնական ընդերքիվածք առաջ գալուն կամ նրա վատթարանալուն արդելք հանդիսանան։ Շատ հաճախ ընդերքիվածքն արդեն ցայտուն կերպով արտահայտված է լինում, յերբ դիմում են բժշկի խորհուրդին։ Յեվ այժմ մի հարմարավոր շինված փորի կալանդ*), վորի չափերն առնելու է փորի բոլոր մասերն ըստ հնարավորին իրենց բուն տեղը դնելուց հետո, կարող է առնվազն ընդերքի ամբողջական համակեցությունը բարվոքի և այդպես շատ անգամ իրենց բնականոնին իսկ նվաղարժեք կանանց գանգատները մեղմեցնելից բառնա։*

V. ԴԻՏՈՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԱՆՆԵԽՈՒԹՅԱՆ ՑԵՎ ՀԱԿԱՆԵԽՄԱՆ ՄԱՍԻՆ

Այն տհեն դեպքերում, յերբ վորևե վերք առաջացնող գործողություն պիտի կատարվի (փորձնական կարում, քերում և այլն), ըստինքյան հասկանալի է, վոր պետք է վարվել աննեխության ամենախիստ կանոններով։ Մրզափայփշի, հեշտոցի և մանավանդ ավելի վերը գտնված մասերի մեջ ներս տարվելիք գործիքները պետք է լինեն ամլացրած։

---

*) *Յես գործածել եմ տալիս ընդհանրապես «Թալեզիա—կանանց գոտի» և «Թալեզիա—բարձնող կապ» կալանդները, վորոնց բնականաբար ըստ պայմանների՝ հատուկ նպատակի ծառայելու համար, պետք է լինում զանազան պատշաճ ձևով փոփոխության յենթարկել։*

Թեպետ և սովորական կանաբանական պննուբթյան համար բժշկի ձեռքը կարող և հակառևխված չլինի, սակայն պննուբթյունից հետո հիմնավոր հակառևխական լվացումն անհրաժեշտ և մանավանդ այն դեպքում, երբ իրար յետևից մի քանի կանայք պետք և քննվեն։ Մի կնոջ հեշտոցի վարակածուներն ուրիշ կնոջ վոխանցումն ըստինքյան աննշանակ բան չև, պրանով կարող և վտանգավոր հետևանքներ առացվել, երբ այդ ձևով գոնոկոքներ կամ սպիրոխեդներ վոխանցվեն։ Առանց դրան էլ բժիշկն իր սեփական շահի համար լավ կանի, սիֆիլիսի կասկած ծագած դեպքում (բունոցի և հեշտոցաբաժնի դիտումից հետո) կամ բացահայտ սուսանակի դեպքում իր ձեռքը ռետինե ձեռնոց հագնի։

Բոլոր այստեղ հիշատակուբթյուն չդտած բուժման ձևերը կամ այն և, վոր ընդհանուր պրակտիկայի համար շատ բարդ են, կամ թե դարձյալ հատուկ վարժուբթյուն են պահանջում այդպիսի ձևերի դործադրմանը տիրապետելու համար։

Վերջապես յես այստեղ բաց թողի այն ամենն, ինչ վոր իմ կարծիքով լավ և, վոր դործարար բժիշկը չկատարի, այսպես որինակ՝ ներարդանդային սրսկումները և նման դործերը,

ՄԱՍՆԱՀԱՏՈՒԿ ԳԻՆԵԿՈԼՈԳԻԱ

I. ԲՈՒՆՈՑԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ՋԱՐԳԱՑԱԿԱՆ ԱՐԱՏՆԵՐ*)

1. Դեպք

Մանկաբարձուհին ձեզ հրավիրում է յերկու որական մի նորածնի մոտ, վորովհետև ինքը յերեխայի վրա սրբանի ծակ չի դանում։

Դուք հաստատում եք այդ փաստի ճիշտ լինելը և զարձյալ իմանում եք, վոր յերեխան չնայած լավ աննգատության, վոչ մի կտոր մեկոնիոն չի արտահանել։ Այնտեղ, ուր սրբանը պիտի լիներ, կա մրան մորթի մի թեթև փոսուրյուն։

Ախտորոշումը. **Սրբանի ատռեզիա** (Atresia ani)։

Բուժումը. *Սրբանի դեռևս չբացված թաղանթի վիրատական բացման համար ուղարկել խիրուրգիական կլինիկա։*

Դուբակասումը. *Ներկա դեպքում լավ, վորովհետև այն փոսուրյունը, վորտեղ սրբանը պիտի լիներ, ցույց և տալիս, թե հավանորեն հեշտուրյամբ կարելի պիտի լինի հասնել աղիքի ծայրին։*

Այն դեպքերում, յերբ սրբանի տեղը ցույց տվող վոչ մի արտաքին նշանատեղ չկա, պետք է ինկատի ունենալ, վոր թերևս արտաքին մորթի և աղիքի ստորին ծայրի միջև հյուսվածքի հաստ շերտեր կան և ծայրն էլ գուցե շատ անմորմալորեն փոքր ու նեղ-վածք է։ Ջեռնարկելիք ընդհանուր գործողուրյան անհրաժեշտուրյունը շատ և վատացնում դուշակասումը։

2. Դեպք

Առանց սրբանի անցքի նորածին, վոր այնուամենայնիվ մեկոնիոն է արտադրում։

Դուք հավատիանում եք, վոր մեկոնիոնը հեշտոցի շրթների արանքից է դուրս գալիս։ Նորածնի վրա կատարած ձեր դիտողուրյունը և զարգացատուսի ձեր գիտուրյունը (մտաբերել այն արատը, յերբ միզա-աղիքային ջիջնորմը դեռ հասած չի լինում կոյանցի թաղանթին). կնպաստեն ձեզ տալու ճիշտ—

---

*) *Այստեղ ուշադրության պիտի առնվեն միայն այնպիսիները, վորոնք գործնականում համեմատաբար ավելի մեծ կարևորուրյուն ունեն։*

Ախտորոշումը, այն է՝ սրբանի անդասական անանցքութեան կամ անդասական անցուրտալ սրբան (atresia ani vestibularis s. Anus anomalis vestibularis)։

Դուշակաստումը՝ լավ։

Բուժումը. *Յեթե կղումն առանց դժվարութեան և կատարվում, ինչպես առհասարակ լինում է, վոչինչ չպիտի անել։ Վիրաբուժական միջամտութիւնը պետք է հետաձգել։ Յեթե ուշ կամ կանուխ պիրքները դատարկելու դժվարութիւններ ծագնեն, վորովհետև անհնարին անցքը շատ նեղ է լինում, այն ժամանակ պետք է լինում խիրուրգիական ողնութեան դիմելու։*

3. Դեպք*)

Քսան տարեկան մեծ ու բարձրահասակ մի աղջիկ գալիս է ձեզ մոտ այն դանդատով. թե 16 տարեկան յուղած ժամանակ առաջին անգամ դաշտան ունենալուց հետո մինչև հիմա միայն մոտ ութ անգամ է սմսականը ունեցել։ Դրա համար ինքը մտահոգված է, թեպետ ուրիշ վոչ մի նեղություն չի զգում։

Արտաքին սեռականքի զննումի ժամանակ իսկույն աչքի յի ընկնում արդեն իսկ նիհար վեներայի բլրի սակավամազությունը, մեծ շրթունքն ևս ճարպից աղքատ են ու տափարակ։ Ամոթուքի շրթունքն իրարից հեռացնելով դուք կնկատեք, վոր հետին կյանքը համարյա թե չի անջատվում նավակաձև փոսից։ վերջինս էլ դրեթե առանց վորոշակի սահմանի խառնվում է ցածրիկ sacsականեվ cեիին։ Դա բավական է վոր դնեք հետևյալ—

Ախտորոշումը. արտաքին սեռականքի մանկականութիւն (Infantilismus pudendi mulibere)։

Զննութեան արդյունքը ձեզ կդրդի ուշադրութիւն դարձնելու ներքին սեռականքի թերապլասիայի նշաններին վրա—շատ փոքր, սուր կերպով առաջածռված արգանդ, և կամ թե՝ յերկար վզիկով ու կարճ մարմնով արգանդ, դլանաձև ձվարաններ,—նաև մարմնի ուրիշ մասերի թերապլասիայի նշանների վրա—բարձր քիմք, սակավ բուսած անթատակի մազեր և թերաճ ստինքներ, որինակ սրածայր պտուկներ՝ հազիվ նկատելի պտուկի բակով։ — Այս յենթադրութիւններն ընդհանուր առմամբ հաստատվում են մանկական արտամոթուք ունեցող աղջիկների վերաբերմամբ։

Դրանով պարզվում է այս աղջկան ուշացած կանացիական հասունութեան, ինչպես նաև սմսական արյունուսների ցանցառութեան պատճառը։

---

*) *Կասկածելի սեռական տիպ, որինակ՝ կեղծ-արուեգություն* (Pseudoaphroditismus) *ունեցող դեպքերն այստեղ ուշադրության չպիտի առնվին։ Նրանց ճիշտ լուսաբանութիւնը հաճախ շատ դժվար է և պահանջում է այն տեսակ քննութիւններ, վորոնք յեթե կատարվին միայն շատ հմուտ մանագետների ձեռքով, կարելի յե հուսալ թե արդյունք կստացվի, այսինքն թե՝ հնարավոր կլինի ստույգ յեզրակացութեան հանգելու։*

Գուցեակասումը. — *Յեթե ներքին սերմականքի թերապևտեան չափազանց շատ չե, ապա յետացած ամման լրացումն ինքնաբեր զարգացումով դեռևս հնարավոր ե։ Կարելի յե նաև սպասել, վոր նման դեպքերում ամուսնությունն ու թերևս հետագա հղությունը նպաստավոր ազդեցություն ունենան։*

Բուժումը. *Մարմնի զարգացման ընդհանուր առողջապահական միջոցառումներ (անունդը, ապրելակերպը, սպորտ), արևն — յերկաթի պատրաստուկներ, որինակ՝ արգա-լեցին, որը 3 անգամ հացի գդալով, կամ վերև հիշված դեղահատները։ Ուրիշ, հատկապես դաշտան առաջացնելու ուղղությամբ կատարված միջոցառումներ ներկա դեպքում հարկավոր չեն։*

ԲՈՒՆՈՑԻ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄՆԵՐ

4. Դեպք

18 տարեկան սպասուհի ձեզ ե գալիս դանգատելով, թե ահա ութ որից ի վեր առատորեա ե բարախոս հոսքով, միաժամանակ արտամորայը այրվում ու քոր ե գալիս, վորի պատճառած անհանգստությունը տնային աշխատանքի ընթացքում յերբեմն անտանելի սաստկության ե հասնում։ Բացի դրանից անընդհատ տաքության մի զգացմունք ունի և ներքնափորում մի անորոշ ճնշում։

Դուք գտնում եք, վոր ցայլքի մազերին ու ամորքույքի ճկղքին վախչած և մասամբ արդեն չորացած, դեղին-կանաչավուն, թարախոտ արտաքորաքիր. վուլո օրրքներն ուռած են ու մեծ շրթնների միջից բավական դուրս են յեկած։ Նրանց յերկրքներն առկեի բաժնում այտուցած են։ Շրթնների իրարից հեռացնելիս դուք կնկատեք, վոր անդաստակի (vestibulum) ամբողջ լորձաթաղանթը սաստիկ կարմիր, թավշանման փայլուն ե և այնտեղ, վորտեղ ձեր բաժանող մատները դիպան, մի քիչ արյունում ե։ Ձեռները պատված ե, նաև կարմրած, կոշտացած. ճեռացը ել ե կարմրած և ուռած։ Ըստ այդմ վոչ մի տարակույս չի մնում տալու հնության։

Ախտորոշումը. — *Բուլցոցի սուր բորբոքում* (և ճեռացաբորբ) [Vulvitis acuta (et colpitis)]։

Պատռված հիմունքը ձեզ իրավունք ե տալիս նախորդող մերձավորության մասին հարցում ուղղելու և դուք տեղեկանում եք, վոր դա տեղի չի ունեցել սրանից 10—12 որ առաջ։ Մի քանի որ հետո սկսվել ե քոր գալն ու այրվելը. հետո դրան միացել ե նաև հոսքը և այդ յերեվույթներն արագորեն վերը նկարագրված սաստկությանն են հասել։ Ձեր կասկածն ուղղվում ե շարունակ մեկ ուղղությամբ, — այստեղ պետք ե լինի բուլցոցի սուսացնակային բորբոքում։ Միզուկի ուռածություն ու զգայնությունը և հեշտոցի միջից միզուկի յեռանի պատի վրա սղմելով միզուկի բերանից թարախոտ արտաքորաքիրի դուրս գալն ավելացնում ե այդ կասկածը։ Սուսացնակ ամենատարածված պատճառն ե բուլցոցի այդպիսի սաստիկ յեվ սուր բորբոքումների։ Տիպիկ գոնոկոկների գտնելը, վորոնք ներկա դեպքում արդեն անդաստակի արտա-

թորաքի մեջ, սակայն ընդհանրապես միայն միզուկի արտաթորանքի մեջ և հաջողվում գտնել, ձեր կասկածը զարձնում և հավաստիք։

Նման աստկուբիչամբ բունոցաբորբը՝ սուսանակով հիվանդանալու դեպքում իսկ, ունենում են ընդհանրապես միայն յերիտասարդ, դեռ վոչ յերկար ժամանակից ի վեր մերձավորություն ունեցող, նուրբ լորձաթաղանթով կանայք։

Բազմածին կանաց բունոցաբորբը, վորոնց թաղանթը կոշտացած և լինում, ընդհանրապես շատ մեծ աստիճանի չի լինում, այլ բորբոքումն առաջանում և միայն յերկրորդապես միզուկի և վզիկի արտազատած խարող հոսքից։ Այս դեպքում իսկապես տեղի ունի բունոցաբորբը սուսանակի ընթացքում, այլ վոչ թե գոնոկոքից առաջացած արտամորթույքի բորբոքում։

Դուռնակասումը.—Բուժական խորհուրդների ուշադիր կատարման պայմանով՝ հիմնական բուժումը հավանական է։ Սակայն բարդությունների հնարավորությունը յերբեք չի բացառվում։ Այդպիսի բարդություններն են նախ և առաջ գոնոկոքների ներթաղիքը արգանդի ու փողերի մեջ և ապա գոնոկոքի մուտքը Բարթոլինյան գեղձերի մեջ, առիթ տալով Բարթոլինաբորբի։ Վերջինս հեշտ և ախտորոշել շրթների յեսին յերբորդում գտնված իրենց տեղից դյուրությամբ ճանաչվող, այժմ ուռած Բարթոլինյան գեղձերի ինքնակի կերպով, ինչպես նաև սեղմելով չափազանց ցավալիան լինելու հանգամանքից։ Հաճախ բանը հասնում է այն աստիճանին, վոր արտաբեր ծորանը փակվում է և թարախոտ արտաթորանք լցվելով նրա մեջ կամ նույն իսկ գեղձի մեջ, վորը քիչ-ածքիչ ուռչում աղաչելու ձվի ու մինչև իսկ հավի ձվի մեծությունն է հասնում. միաժամանակ բարձրանում է հիվանդի ջերմությունը—Բարթոլինյան գեղձերի թարախուց (Abscessus gl. gl. Bartholini)։

Բուժումը.—Սուր յերևույթների ասատկության դեպքում ու ըստ սկզբնապատճառի՝ 1. բացարձակ անկողմանում, 2. շուտ շուտ փոխվելիք ու սառը կոմպրեսներ կապարաջրով, վորպիսիք հանձնարարելի յեն նույնպես Բարթոլինաբորբի ժամանակ։ Բուժման ուրիշ մանրամասներ տեսնել տորև։

5. Դեպք

Վեց ամսեկան աղջիկ, վորն ամա քանի որից ի վեր նեղվում է սեռական օրգանների ասատիկ այրող ցավերից ու յերից, հիվանդանում է ու տաքության մեջ է ընկնում (38,3° C) և ունենում է մեծ ջրիների մորթի խայտատուն կարմրած ու այտուցած ուռածություն, վորը մոր ուշադրությունն է գրավում։

Բունոցը ջոչափելիս դուք այն գտնում եք շատ ցավալան, ամորույի նեղին իրար փակչած մի կլչուն ու աղատ կեղով, բորաջրի մեջ թաթախած բամբակի խծուծով կեղն զգուշությամբ պոկելուց հետո, ձեզնից առատորեն դուրս է հոսում թարախո

աոաքորաճի։ Անդաստակի լոհնաքաղաքները ուռուցիկ կարմրած և, փայլուն, հիմնի նկ քացվածքից դուրս և կարկառած թաքախոտ արտաթորանքի մի խցան։ Ցերկու կողմից աճուկի գեղձերն ուռած են ու զգայուն։

Ախտորոշումը.—Փոքր աղջիկների բունոց ու հեշտոցաբորբ.

Բունոցաբորբի այսպիսի սուր ձևի սկզբնապատճառը համարյա բացառապես սուսաճակն է։ Առաջածուները պետք է վնռել արտաթորանքի մեջ և ապացուցել։ Հարցուփորձով դուք տեղեկանում եք, որ հիվանդի մայրն էլ յերկար ժամանակից է վեր տառապում է հոսքից և վերջերս, յերբ յերեխային լողացնելու սավանը ձեռքի տակ չեր, իրեն համար դրանից քիչ առաջ գործածած ցամքոցն ոգտագործել է յերեխայի սեռական մասերը չորացնելու համար։ Դրանով էլ պարզվում է վարակման յեղանակը։ Ցերեխայի բունոց-հեշտոցաբորբի մեջ ձվերը հաճախ առաջ են գալիս urusrus vermicularis (Oxyuris), *որոնց թափել տալուց հետո հիվանդությունն էլ անցնում է։*

Դուշակասումն *այդպես ժամանակին բուժման դիմող դեպքերի համար բարենպաստ է, թեպետև մինչև կատարյալ բուժումը հաճախ յերկար ժամանակ է անցնում։*

Անուշադրության մատնված դեպքերում, անդաստակի լորձաթաղանթի հանդիպակաց մասերի եպիթելի կորուստի հետևանքով կարող է այնպես լինի, որ փոքր շրթները, մասամբ նաև մեծ շրթները իրար փակչեն ու նույնիսկ ավելի ամուր, ընդհանրապես մանկական, հազվադյուտ դեպքերում համարյա ամբողջական աճուկցում տեղի ունենա, որոնց բուժման համար անհրաժեշտ լինի մանուածքատական ոգնություն։

Բուժումը.—*1. և 2. ինչպես վոր 4-րդ դեպքի առաջին և յերկրորդ կետերում հիշատակվեց։ Մի* T *տուի ձեվի վիրակապ կապելով պետք է հոգ տարվի, վոր չլինի յերեխան իր մատներով հիվանդության առաջածուները բունոցից աչքին փոխանցի։ 3. Մորը տրված խորհուրդների միջոցով՝ ճորոգ վարակումի հնարավորության հեռացումը. 4. ամենորյա լոգանք. 5. սաստիկ բորբոքական յերևույթները խաղաղվելուց մի քանի որ հետո, ազոտաթթվի 1—2 տոկոսանոց լուծույթի մեջ թաթախած բամբակապատ վրձինով թեթևակի քսել դեռևս խիստ կարմրած մասերին, վորպիսի դործողությունը պետք կրկնվի ամեն 4-րդ կամ 5-րդ, ամենաուշը՝ 6-րդ կամ 7-րդ որը։ 6. Այն դեպքերում, յերբ հեշտոցն ավելի շատ և բռնված բորբոքական պրոցեսով և այդ պատճառով սուր բունոցաբորբի լավանալուց հետո էլ դեռ շատ հոսք տեղի ունի, պետք է ամեն 3-րդ կամ 4-րդ որը 2 խորանարդ սանտիմետր լեյկոֆերմանտին* (Leucofermantin Merck) *ներարկել, մինչանկյալ ժամանակում պրոտարգոլի կամ արծաթի նիտրատի հավելումով ամեն որ յուրաքանչյուրը 0,2 դրամանոց Սպուժանյան շյուղիկները գործածել։*

38 Տարեկան գեղջկուհի, վորը 6 անդամ ծննդաբերություն և աւնկել, այս ամառը ձեր մոտ և դալիս գանգատվելով, թե տառապում և հոսիից, ինչպես նաև արտաքին սեռական մասերի և նրանց շրջապատի սաստիկ այրուցիից յեվ յեռորից:

Արտաքուստ դիտուվը պարզում և, վոր վրծ աւնենք մի դեր, մարմնապես անմաքուր անհատի հետ Մեծ շրթներից մինչև սեռա-ազդրային ակոսը (Sulcus genitofemoralis) *և դրանից էլ դենը հարուկեկզեմա* (Eczema intertrigo), *տեղ տեղ ակրատ մաշկով. ամոթուչքի ճեղքը ծածկված և մասամբ արյան կապմավորված հետցորդնեբով և չորացած լորձից իրար կպած ցայլքի մագկրով: Անդամսատկի լորձաթաղանթը խայտատուն կարմրած և, մասամբ թրմած: Ներքին դննութեան արդյունքը նորմալ բացի մի քիչ հոսքից:*

Ախտորոշումը.—**Բուծոցաբորբ յեվ հարուկեկզեմա** (Vulvitis c. Eczema intertrigo)։

Պատճառախոսորեն *այստեղ նախ և առաջ անշուշտ ուշադրության առնվելու յե կնոջ չափազանց անմաքրությունը: Դաշտանի արյան փտած հետցորդները դրա ակնհայտ ապացույցն են: Նրա գերությունը, ամառվա շոգին դաշտային աշխատանքի պատճառած քրտնքի ղեղման հետ միասին ավելի ևս նպաստավորել են այդ վիճակին: Սեբական ապարատի վերին մասերից վազած հոսքն ևս իր կողմից ձեռնտու յե յեղել բուծոցի ըսախնքյան արդեն եպիթելային կոշտ ծածկույթի թրմումին:*

Գուշակասումը.—*լավ:*

Բուժումը. *սապոնով ու ջրով հիմնովին մաքրելուց հետո, ամենորյա գաղջ նատալոգանքներ: Ամեն առավոտ եկզեմայոտ տեղերի լվացում՝ ռեզորցինի $^1/_2$ տոկոսանոց ալկոհոլային լուծուվքով, վրան յեցնցիս փոշին ածել կամ 1 տոկոսանոց սալիցիլական տալկի վրացան գործածելը:*

Ներկա դեպքում խնդիրը վերաբերում և բուծոցաբորբի մի քեքեվ ու անվնաս ձեվի. չնայած վնասատու մոմենտների կուտակման, բազմածին կանանց բուծոցի կոշ լորձաթաղանթը միայն խայտատուն և կարմրում: Տարիքոս կանանց բուծոցաբորբը շատ ավելի հաճախ այդպես բծավոր, այլ վոչ թե տարածուն կարմրությունն և ունենում: Նուրբ լորձաթաղանթ ունեցող դեռատի կանանց բուծոցաբորբի ժամանակին էլ, ամենասուր երևույթների անցնելուց հետո, նկատելի յե հաճախ ավելի շատ խայտատուն կարմրություն:

Բուծոցաբորբը ընդհանրապես յերկրորդային խորական յերեվույթ և, *վոր առաջ և յեկել արգանդից, հեշտոցից և միզուկից հոսած արտաթորանքների թրմող ազդեցությունից (նեբարգանդեաբորբի, հեշտոցաբորբի, քայքայվող նորագոյացությունների, խլվակից հոսած մեզի և այլնի ժամանակ): Բոլոր այս կարգի արտաթորանքները, ժամանավանդ յերբ մլամժամանակ անմաքրություն էլ կա, անդադատակի լորձաթաղանթի եպիթելային ծածկույթի վրա թրմող ներգործություն են անում և հենց դրանով հնա-*

յտվոք են դարձնում, վոր այնտեղ մուտք գործեն վարակիչ սաղմեր, Թեպետ և ընդհանրապես անվնաս վարակածուներ։ Ուրիշ դեպքերում վիրավորումները (քերելու հետքեր, բռնաբարության փորձերի ժամանակ քերծվածքները) վարակածու սաղմերին, որդասիզմի սեռ մտնելուն դուռ են բաց անում և կամ թե շաքար պարունակող մեզը կարող է նպաստի վորոշ տեսակի վարակածուների ներգաղթին, որինակի համար Ներբագիսակը (Leptothrix) կամ սպիտակարար ձվարդասունկը (Soor), վորոնք ճանաչվում են վոսպնաձև, յերբեմն իրար խառնված ոպլիտակ բծերից։

Մեր դեպքը ցույց է տալիս նաև, վոր բացի սաստիկ ու սուր ձևերից, այս հիվանդության ընթացքում իսկական ցավ համարյա թե չի զգացվում։ Վարան ասվնաս է բունոցաբորբը, այնիսկ ավելի ցայտուն է լինում ճերվըտումն իբրեվ գլխավոր զանգատանի։ Քրոնիկ ձևերում ընդհանրապես այլևս բորբոքական յերևույթներ համարյա չեն նկատվում, այլ հաճախ մնում են միայն ճանկռոտքի սկրաթածանների իրրև քորի գըրգիռի հետևանք։

Բուժումը.—Պետք է հիվանդության ամենասուր յերևույթների դեմ կռվելով հանդերձ լինկատ ունենա, թե արդյոք այդ բունոցաբորբն յերկրորդային ծագում չունի, վորպեսզի դեպքում բնականաբար Նրա տեսական բուժման համար անհրաժեշտ է լինում բուժել հիմնական հիվանդությունը։

7. Թեպետ

26 տարեկան սպասուհի յերկար ժամանակից ի վեր տառապում է արտաքին սեռական որդաններից արտադրված սաստիկ հոսքից։ Անամենեքի մեջ առանձին վոչինչ չկա։

Ջննությունը ցույց է տալիս, վոր հիմնը պատռված է և ուռած. ձախակողմյան մեծ շրթի վրա, վոր կոշտացած է յերևում, ներսի կողմից յեսին յերբորդ մասի վրա յերկու հատ խոց կա. առջևի խոցի համարյա դեմառդեմ աջ շրթի վրա նույնպես մեկ հատ խոց կա։

Ախտորոշում.— Խոցավոր բունոցաբորբ (Vulvitis ulcerosa)։

Այսպիսի ընդհանուր խոսքով դրված ախտորոշումը բնականաբար ըստ ինքյան վոչինչ չի բացատրում։ Յուրաքանչյուր խոցի վերաբերմամբ ամենամեծ կարևորությունն ունի պարզել նրա ծագումը, սկզբնապատճառը։

Ներկա դեպքում ձախ շրթի պինդ այտուցն, ինչպես նաև խոցի՝ մակերեսից մի քիչ բարձրացած թխակա-վիր պինդ հատակը, վոր շրջապատված է գորշակապույտ գունավորված բակով, յենթադրել են տալիս, վոր լուսա և։ Կանանց լուսնի ժամանակ սկզբնական խորհատուրմի (Primäraffect) բազմակիությունը համարյա սովորական կանոն է։

Թեպետ կակուղ խոցը (Ulcus molle, мягкий шанкр) նույնպես բազմակի յե լինում, սակայն տարբերվում է իր սուր, ասես կտրատարից հանած յեզերքներով և յեթե մի քանի որից ի վեր է, վոր արդեն գոյություն ունի, զանազանվում է նաև ճաուկի գեղձերի ընդհանրապես սաստիկ ու շատ ցավակաև ուռածությամբ, վորոնք հեղուկությամբ էլ թարախում են։

Բուճոցաբորբի (*լինչպես ի միջի այլոց նաև հեշտոցաբորբի*) խոցավոր ձեվերը *կարող են առաջ գալ նաև յերեխաների ու տանկամարդ կանանց մոտ ծանր վարակիչ հիվանդություններին (դիֆթերիային, տիֆին, խոլերային, թանչքին)* կցորդաբար։ *Ֆիբրինային փառակալումների առկայությունը կամ բացակայությունը* բանը հասնում է բունոցի առաջնային *և* երկրորդային *նեխոցի յեվ բունոցի աճակցումներ ու միևնույն ժամանակ* իսկ կատարյալ փակում։

Այս հիվանդությունների զուգակցումն ու բուժումը *նույնն է, ինչ վոր հիմնական հիվանդությունները։*

Բունոցի վրա ընդհանրապես չեն *ցույց տալիս ու սկսվում են ընդհանրապես նավակաձև փոսից* (Fossa navicularis) *կամ միջշրթնային ակոսից* (sulcus interlabialis), *ունենալով* ճարպավոր *հատակ և անկանոն ատամնավոր ու այտուցած, մասամբ ասես տակը փորված յեղերքներ և վորոնք հետագայում կազմում են հաճախ* երեսփանատախտանման *ուռուցքներ, կոչվում են* առնարակող խոցեր (Ulcus rodens Esthiomene)։ *Այդպիսի հիվանդներին պետք է հիվանդանոց ուղարկել։ Պետք է ասել նաև, վոր նման դեպքերը* շատ քիչ են *դիտվում և այն էլ սիայն (Դերմանիայի) արևելյան կողմերում (Գալիցիայում, Լեհաստանում)։*

8. Դեպք

Յե տարեկան պարարուն կին, վոր 5 տարո ց ի վեր զգնվում և դաշտանադադարի մեջ, դալիս է դանդատով, թե 3/4 տարի յի ինչ *ատամպում և արտամղությունքի* հոտից, *վորը շարունակ ավելի ու ավելի չատանում և, մանավանդ անկողինը մտնելուց հետո անտանելի յի դառնում և քունը բոլորովին փախցնող սաստկության և հասնում։ Ցերբեին էլ քորելու պահանջը սկսեկներն և դալիս ու այն ատելաճան սաստիկ, վոր հիվանդն առանց ոտար մարդկանց* ներկայությանն ուշադրություն դարձնելու, *ատիպված է լինում քերվռվելու։ Բացի դրանից այս կինը քանի տարի յե, վոր շարունակ սաստիկ ծարավ է զդում։*

Ադեն իսկ այս ամենից ըստ ինքյան բնորոշ է։

Զննությամբ յերևում է սիայն, բացի մեզի մեծ երբեի *վրայի մորթի՝ ասես* դաբաղած կաշի լինելու վոլպիսությունից *և փոքր շրթնների տեղ տեղ կապարանման* գունավորությից, *բազմաթիվ թարմ ու հին* ճեղքտուքի նեսեր։ Մեզի մեջ *առատ շաքար կա։*

Ախտորոշումը. Արտամղության յեռորը *միզահյուծության ժամանակ* (Pruritus vulvae bei Diabetes)։

Մեզի քննությամբ պարզվեց միայն հիվանդության կյանքը։ Ցեռորը նոճախ առաջին ախտանիշն է, *վոր միզահյուծությամբ տառապող* հիվանդ *ստիպում և բժշկին դիմելու։* Սմեն անգամ յեռոր ունեցող հիվանդի մեզը պետք է ենթել շաքարի պարունակության տեսակետից։

Ուրիշ դեպքերում յեռորն *առաջանում է* նոսրից *կամ փամփռտբորբի ժամանակ* նոսած մեզի զրգիռից, *ծայրահեղության հասցրած* ոնանութունությունից *(յեռորը կարող է սակայն* ինքն *իսկ դրդել* ոնանակտությամբ զբաղվելու), կոնքի ներվի (Nerv. pelvicus) ընդհատուր զրգիռից *(միզաքարերից և նման պատճառներից),* աղիքների մա-

կաբույծներից (զգուշանալ սրբանի յեռքորը և արտամղուքի յեռքորն իրար հետ շփոթելուց)։ Ցերբեմն էլ մարդ գտնում է մի մեծ արգանդի խորը յետածռություն, վորի ուղղումից հետո քորի զգլիոն իսկույն անհայտանում է։

Հազվագյուտ դեպքերում պատահում է, վոր բոլոր որգաննե՛րի ուշադիր ու կրկնակի զննությամբ անգամ վոչինչ չի գտնվում, վորպեսզի կարելի լինի այդ քորի զգլիոը բացատրել՝ ամենաշատը՝ աչքի յի ընկնում մի վորոշ ընդհանուր ներվային զգլուխականություն, յերբեմն հոգեկան բևռնարկվածություն։ Այս առանց պատճառախոսորեն բացատրելի յերևույթների դեպքերը կոչվում են իմֆեզ յեռfոr (Pruritus essentialis) և համարվելու յեն հոգեներվագարության (Psychoneurosis) յերևույթներ։

Դուռակասումը—Ընդհանրապես լավ։

Բուժումր. 1. Ցեղած հիմնական հիվանդության դարմանումը, 2. թեթև դեպքերում փորձել քորի տեղը սապոնով լվացումներ կատարել ու վրան քսել 10 տոկոսանոց անեսթեզինի սպեղանի կամ 25 տոկոսանոց ցինկ-պերհիդրոլի սպեղանի։ 3. յերբ հիշյալ միջոցներն անոգուտ են լինում, ինչպես և ծանր դեպքերում արդեն հենց սկզբից պետք է արտամղուքը սափրել, բոլոր ծալքերին ու փոթերին ուշադրություն դարձնելով՝ ամբողջ արտամղուքը բժշկի ձեռքով հիմնավորապես տաք ջրով ու սապոնով լվանալ, դրանից հետո ուժգին շփել 3—5 տոկոսանոց կարբոլյան թթվի լուծույթով, ըստ հարկին՝ 3 տոկոսանոց կարբոլ-վազելինով։ Հետևյալ որերում հիվանդն ինքը կարող է սապոնով լվացումները և կարբոլյան լուծույթով շփումը կրկնել։ Դրանով համարյա միշտ էլ զգալիորեն լավանում է, սակայն հաճախ տեսկանորեն չի առողջանում։ Այդպիսի դեպքերում սապոնով կրկնակի լվացումներից հետո բժիշկը 3 տոկոսանոց դժոխաքարի լուծույթով վրձինում է հիվանդ մասերը, վորը կարելի է 3 կամ 5 որից կրկնել։ Ամբողջ բուժումը պետք է յերբեմն մի քանի ամսվա ընդմիջումով դարձյալ նորոգել. 4. տոնոսը բարձրացնող ընդհանուր բուժում. ինքնել յեռքորի դեպքում հոգեբուժությունն։ 5. Բոլոր այս միջոցառումների անաջողության դեպքում՝ փնտռելու յե Ռեոնտգենաբուժության ոգնության, վորն ըստ իս, վերոհիշյալ միջոցառումների հետ միասին հիվանդությունը կանոնավորապես բուժում է։

Ցերբեմն յեռքոր յեղած դեպքերում, կամ նույնիսկ առանց քորի ախտանիշի, նկատվում է ամբողջ արտաքին սերմանքի ընդհանուր սաստիկ կնճռոտություն. սերմանքի մորթը չոր, ճաքճքած, դունակից զուրկ, հաճախ սպիտակավուն, մոխրադույն-դորշ ծածկույթով փոքրիկ թեփոտ յեղած և յերևում, Այս դրությունը,—բունոցի բոցնածությունը (Craurosis vulvae), ինչպես նաև յեռքորը, համարվում է քրոնիկական բունոցաբորբի վերջնական ստադը։

Բուժումն՝ Այնպես, ինչպես յեռքորի ժամանակ, սակայն ծանր փոփոխություններ յեղած պատահալին նման բուժումը հաճախ ապարդյուն է անցնում և պետք է լինում բուժումը կատարել հիվանդ մասերի հատումով և հեռացումով։

ԲՈՒՆՈՑԻ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐԸ

9. Դեպք

40 տարեկան մի կին գալիս է դանդատվելու, թե յերկար ժամանակից ի վեր իր արտաքին սեռական մասերի վրա մի ուռածություն ունի, որը սակայն այս վերջին շաբաթներում միայն, հատկապես քայլելու ժամանակ նեղություն է տալիս։

Զննությամբ դուք անմիջապես դանդում եք համարյա ձվի մեծության մի ուռուցիկ՝ հարթ մակերեսով, որը գտնվում է աջ մեծ շրթի վրա և ամբողջքի ճեղքը մի քիչ դեպի ձախ է հրել։ Ուռուցքի ծածկութը կազմված է մեծ շրթից, որի արտաքին յերեսը ուռուցքի փորը մասն է ծածկում, իսկ խիստ լարված ներքին յերեսը ուռուցքի մեծ բաժինն է ծածկում։ Ամբողջքի փորը շուրթը յերևում է ուռուցքի ձախ կողմում միայն իբրև բարակ ու աննշան բարձրությամբ յեզերածք։

Ախտորոշական կետադրություններ. *1. Արդյոք այս ուռուցքը լավորակ է, թե վատորակ։ 2. Ի՞նչ ուռուցք է սա։*

Պ. 1. Ուռուցքի հարթ մակերեսը և նրա շարժականությունն իր պատվանդանի վրա, ճաուկի դեղձերի ուռածության բացակայությունը վկայում են ըստ ամենայնի լինելատ լավորակության։

Պ. 2. Ուռուցքի զգալի ամրությունն ամենից առաջ վկայում է, որ այստեղ գործ ունենք **բուցոցի թելքուռի** *(թելքամկանուռի)* (Fibroma vulvae [Fibromyoma]) *հետ։*

Ավելի մեծ թելքուռներն իրենց ծանրության հետևանքով ավելի յեն ցած իջնում և ընդամին մորթն իրենց հետ մի կոթունի նման քաշում յերկարացնում են—ճոճան թելուռ (Fibroma pendulum)։

Տարբերական ախտորոշման մասին. *Արտաքին սեռականքի վրա ճարպուռները* (Lipoma) *նախ համեմատաբար հազվադեպ են և ապա ավելի կակուղ են, մեծահատակավոր բաղակցություն ունեն և այդպես բոլորովին հարթ մակերես չունեն։ Համեմատաբար ավելի հաճախ հանդիպած Բարթոլինյան գեղձերի մոլաբշտերը* (Cystae), *որոնք ընդհանրապես յերևան են գալիս իբրև անցած գնացած բորբոքման հետևորդ, նույնիսկ ամենաշատ լարվածության ժամանակ թելքուռներից զանազանվում են իրենց տարբեր բաղակցությամբ և մեծ շրթների ամենաստորնի մասերն ազատ են թողնում։ Այդ տեսակ փոքր մոլաբշտերն իրենց գտնված տեղի, այն է՝ մեծ շրթների յետին յերրորդ մասում լինելու պատճառով՝ հեշտ և ճանաչելի։ Ցեղեն յերբեք շոշափելիս բշտանման ուռուցքն ավելի դեպի վեներայի բլրակն ու ճաուկի խողովակն է գտնվում, ապա համենայն դեպս պետք է մտածել ճաուկի ճողվածքի* (Hernia inguin.) *մասին, իսկ յեթե բաղակցությունն ավելի ամուր է, մտածելու յի կկոր կապանի հազվադեպ ու-*

ուռուցքների մասին կամ ամուսնի ճողվածքի պարկի զանազանատեսակ պարունակության (ճարպոն, ձվարան) մասին։

Բունոցի ուրիշ տեսակ փոքր բշտային ուռուցքները, որ. աթերուններըը (Atherome), *ջրագեղձուններըը* (Hydradenome) *հազվադեպ են. անոթուններն* (Angioma) *ու եքինակոքներն էլ հազվադյուտ պատահարներըի շարքին են պատկանում։ Ավելի ևս հազվադեպ ուռուցքը—բունոցի ելեփանդիասն ախտը* (Elephantiasis vulvae), *քանի վոր վոչ մի նեղություն չի պատճառում, հիվանդին մխայն այն ժամանակ ե ստիպում բժշկի դիմելու, յերբ ամոթույքի փոքը և մեծ շրթները յերկու կողմից դառնում են մեծամեծավալ ուռուցքներ, հարթ կամ հաճախ բազմակի ակոսավորված ու խորտուբորտ մակերեսով։ Հետո դրան ընկերանում են յերբեմն նաև խոցերի կազմություններ թարախի ընդարձակ խլվակներով, յերբեմն էլ ավշահոսություն* (Lymphorrhoea)՝ *քիթը ծակող դարշահոտությամբ։ Ախտորոշումը հեշտ և նույնիսկ նրան, ով վոր նման հիվանդության դեպք դեռ յերբեք չի տեսել։ Միայն սկզբի շրջանում, ուռուցքի հարթ մակերես ունեցած ժամանակ կարող և նա բունոցի պարզ այտուցի տպավորություն թողնի, (անհրաժեշտ և մեզի յեվ արյի զննություն կատարել, հետամուտ լինել լուսի վերաբերմամբ)։*

10. Դեպք

Մի 25 տարեկան կին դանդաղում է սաստիկ հոսքից և արտաքին ամոթույքի մասերում վերջին ժամանակներս հետզհետե ավելացող և այրուցք ու քերվոտուք պատճառող ուռուցքներից։

Բունոցը դիտելիս դանում ենք, վոր ձախ մեծ շրթի դրսի յերեսը բռնված է իրար հյուսված ու խիստ նրբորեն ճեղքատված անթիվ կոճիճներով (Verrucae), *վորոնք ամբողջությամբ վերցրած՝ շուրթը ուռուցքի նման մեծացնում են։ Կոճիճներից վոմանք դանվում են խմբերով ու շարքով դասավորված յերկու մրջրթնայն ակոսներում, իսկ հատ հատ ել, դանվում են փոքը շրթների և շեքի վրա։*

Բունոցի և հեշտոցի լորձաթաղանթը կարմրած։ Ինչ շատ, կանաչավուն դուռնավորված, թարախոտ-լորձոտ հոսք։ Յերկու կողմից կցունների ուռուցքներ։

Ով վոր մեկ անգամ դոնե նման կոճիճներ տեսել է, իսկույն կասի ճիշտ—

Ախտորոշումը. Բունոցի սրածայր կմբուռներ (Condylomata acuminata vulvae)։

Այս սրածայր կմբուռները բունոց-հեշտոցաբորբի և ներարգանդաբորբի հետ միասին, ինչպես նաև դրանցից առթված հոսքը հանդիսանում են հիվանդի ցավերի գլխավոր աղբյուրը։ Բունոցի վրա ու նրա շրջապատում խարող ու առատ հոսքից պայմանավորված գրգռական դրությունն և պատճառը այս սուր կմբուռների, վորոնք մորթի պըտկաձև մարմնիկների ուռճացումներ են։

Դրանք ամենից շատ լինում են սուսանակի ժամանակ, այդպես ել հավանորեն ներկա դեպքում։ Այնուամենայնիվ կմբուռները սուսանակի բացարձակ ապացույց չեն. նրանք բունոցի ուրիշ գրգռական դրությունների ժամանակ ևս յերևան են գալիս, թեպետ շատ հազվադեպորեն։ Մանավորապես հղության ժամանակ առանց բորբոքական յերևույթների ընկերակցության գոյանում են յերբեմն այդպի-

սիներ, վորոնց կազմաթթուները առիթ և տալիս պարզապես հեշտոցի և բունոցի վորոշ գերբարտաթորութիւնը։

Բուժումը. Բրոմաթթվի 1:4 լուծուլթով խարում կամ հետևյալ վրացան—Pulv. frond. sabinae et calomel aā։ Եթե դա չոգնի, ապա հաճախ շատ ոգտակար և լինում քլորեթիլացայտ ապարատով սառատիկ սառեցումը, իսկ շատ տարածված ուռճացումների դեպքում՝ հրախարակով նրանց հեռացումը։

11. Դեպք

62 տարեկան կին ձեզ և դիմում, վորովհետև մի քանի շաբաթից ի վեր և, վարտաքին սեռականքի շոր ունի և մղկելիս՝ այրուցք և զգում։ Վերջին շաբաթ հղարը ձյալ արյուն յերևացե։

Ցննուլյուն տվյալներ. աջ մեծ շրթի առջևի յերրորդ մասի ներսի յերեսի վրա մի 15–կոպեկանոցի մեծուլթյան, մակերևույթը խոցոտված և դիպչելիս հեշտուլթյամբ արյունող հանգույց, վորն իր պատվանդանի վրա առանձնացրած շարժական չե։ Նրա դիմաց ձախ շրթի վրա սի փոքր ու տափարակ, հիմքն ամուր խոց։ Աջակողմյան աճուկում շոշափվում են լոբիից մեծ մի քանի գեղձեր։

Ախորոտումը. Հուլնոցի խոցակալած բաղցկեղ (Carcinoma vulvae exulceratum)։

Այսքան բնորոշ տվյալներ յեղած դեպքում ախտորոշումը տարակուլսի յենթակա չե։ Ավելի դժվար և վորոշել այն դեպքերը, յերբ խոցոտումը բացակայում և։ Դժբախտաբար այդպիսի դեպքեր բժիշկը համարյա չի տեսնում, վորովհետև այն ժամանակ դեռևս ցավեր գոյուլթյուն չեն ունենա, բացի մի քիչ քորից ու այրուցքից։ Միայն յերբ խոցոտումի հետևանքով ուժեղ ցավեր են առաջանում, արյունոտ-շճային , ավելի ուշ՝ նեխահոտ արտաթորանք և հոսում, աճուկի գեղձերի ուռածուլթյան հետևանքով՝ կինը ցավական լարվածուլթյուն և զգում քայլելիս, այն ժամանակ միայն հիվանդ կինը բժշկի ոգնուլթյանն և դիմում։

Բարեբախտաբար բունոցի քաղցկեղը շատ չի պատահում (40 արգանդի քաղցկեղի հանդեպ՝ մեկ բունոցի քաղցկեղի դեպք, Դերմանիայում տարեկան մոտավորապես 350 դեպք)։ Ամենից շատ մեծ շրթերն են դրան յենթակա. դրանից հետո՝ ծլիկի շրջակայքը, համարյա նույնքան հաճախ ծլիկն ու ամորձույքի շրթերը միասին։ Ներքեվն խոցոտված ուռուցքի մոտ—ինչպես նաև մեր դեպքում—սկզբնական խոցի դիմաց դանվում և մի յերկրորդ, ավելի փոքր, ըստ յերևույթին հղումից առաջացած խոց։

Բունոցի քաղցկեղը հանդիպանում և քաղցկեղի ամենավատորակ ձևը, վորովհետև արդեն շատ վաղ հիվանդանում են շրջանային ավշագեղձերը, սկզբում աճուկի մակերևույթին, ապա նաև խորին գեղձերը, ավելի ուշ նույնպես հեռակա օրգանների մեջ տարակայուններ առաջանալու հակումն և յերևան գալիս։ Այդ պատճառով և վորովհետև նոր սկսված հիվանդուլթյան դեպքերում քիչ և պատահում, վոր բուժ-

ման դիմեն, ընդհանրապես նրանց, ինչպես նաև մեր ներկա դեպքում—

Գուցեպատուհանն աննպատակ է։

Բուժումը. Հիվանդին պետք է անմիջապես հիվանդանոց ուղարկել։

Ներկա դեպքում, ինչպես նաև ամեն մի քաղցկեղով փորքր ինչ կասկածելի դեպքում գործարար բժշկի համար այդպիսի վարմունքը միակ ուղիղն է։ Դեռ պատասխանել չեն նույնիսկ, վոր նա փորձնական հատուած կատարելուց անգամ հրաժարվի, վոլովհետև հիվանդության նոր սկսած դեպքերում հատուկ շատ ձեռնհասորեն պետք է կատարվի, վորպեսզի ճիշտ ախտորոշում անելու հնարավորություն լինի։ Կլինիկայում տրամադրելի չեն յերկու բուժական ուղիներ. 1. արմատական խիստ ռադիկալական գործողությունը, վորը կատարվում է հիվանդ մասի արմատաքի հատումով շրջապատի շատ առողջ մասերի և դրանց կից ավշային արատատար ուղիների ու շրջանային ավշային դեղձերի հետ միասին, լավ կամ (շտեռիել) ամբողջն ներքին սեռական օրգանների և հարակից դեղձերի հետ միասին։ Արդյունքն անբավարար է։ հազիվ 5% տեվական բուժում։ Այդ պատճառով այժմ ընտրում են 2-րդ ուղին, այն է՝ Ռեմոտգենյան պնդական ճառագայթներով ուժդներին լուսավորումը։ Անվիրատելի դեպքերի համար այս ուղին, ռադիումով ճառագայթելու հետ միասին, այժմ արդեն միակն է, վոր ապագայում թերևս բունոցի քաղցկեղի վիրատական բուժումը կիրարկությունից ամբողջովին դուրս ձգի։

Ավելի ևս վատորակ, սակայն բարեբախտաբար հազվադյուտ ուռուցք է բունոցի սարկոմը։ Սկզբնական չէ՛ անում դա հազիվ թե յերբեմն նկատվի. նույնպես լուցոտումն սկսելուց հետո սովորաբար միայն մանրադիտակային հետազոտությամբ հնարավոր է լինում քաղցկեղի հանդեպ տարբերական ախտորոշումն անելու։ Համենայն դեպս բունոցի յուրաքանչյուր արագորեն աճող ուռուցք, թող լինի վոր բոլորովին կասկած չհարուցող տեսք ունենա, սկզբում նույնիսկ դեռ լավ չարժական լինի, պետք է իբրև սարկոմ կասկածելի համարվի և ստուգելու հատուկ պետք է ձեռնհասորեն փորձնական հատուած կատարվի։

ԲՈՒՆՈՑԻ ՎԻՐԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐ

12. Դեպք

28 տարեկան մի կին գալիս և գանգատվելով, թե իր լույծ եղանիր չեվ փորի համին չի կարող յեs պահի։ Վեց ամիս առաջ առաջին ծննդաբերությունն է ունեցել աջքանի ոգնությամբ։ Իր խոսացածով շեքի պատռվածք է յեղել, բայց չեն կարելի Ծննդաբերությունից տասն օր հետո առաջին անգամ է նկատել, վոր կղանք ու քամի յե գնում իրանից։ սկզբում բոլոր կղանքն է դուրս գնացել, վերջում վրձակը քիչ լավացել և այնքան, վոր պինդ կղանքը կարողացել է յեs պահի։ Առաջիկայում ինքնաբերաբար ավելի ևս լավանալու ապատումը և այս կեղտոտ հիվանդությունը հաղթելու մի տեսակ յերկյուղը իրեն ցարդ յեs են պահել բժշկական ոգնության դիմելու մասին։

Այն, ինչ վոր ըստ անամնեզի ասղեն իսկ տարակուսելի չեր, գննության ժամանակ հաստատում են։ Բունոցը լայնորեն բացված, շեշ չիա. այլ միայն մի բարակ ու սուր յեզերով ճեղակի բմբիկ ուղիղ աղիին ու ճեճոցը մեկը մյուսից անջատում է։

Այս թմբիկից ներքև յերեում է ուղիղ աղիի լեռնվի պատի խիստ կարմիր լորձաթաղանթը։ Սրբանի յեռյն շրջապատում մորթը բազմաթիվ ճաճանչարդ փոքեր և ձևվացրել, վոլոնք համապատասխանում են պատռված սեղմիչ մկանի կծկումներին։

Ախտորոշումը. Շեֆի կատարյալ ու հնացած պատռվածք (Ruptura perinei completa inveterata)։

Դուբակասումը—լավ։

Բուժումը. Վիրաբուժական գործողություն։ Սեղմիչ մկանի վիրակազմություն, միաժամանակ հնշտոց ու շեֆի պլաստիկա։

Նմանապես շեֆի վոչ կատարյալ պատռվածքները, այսինքն՝ այնպիսիները, վորոնց ժամանակ համենայն դեպս սրբանի սեղմիչ մկանը պատռված չե, կարող են դանդաղորեն ուրիշ հանդիսանան, թեպետ վոչ անպայմանորեն։ Այդպիսի դանդաղումների թվին են պատկանում արբանի ցավեր, բերանատար փակված լինելու զգացումներ, անշուշտ նաև ցոսք, վորովհետև յիրկրորդապես՝ շնորհիվ վարակի առաջացումների հեշտությամբ ներս խուժելուն, առաջ և դալիս բունոցի և հեշտոցի քրոնիկ բորբոքական դրությունը։ Բանի վոր շեֆի մեծ պատռվածքների հետ ճաճախ միաժամանակ բարձրացնող մկանի վիրավորումներ ել են լինում, վորոնք արատնիկ առաջացնելու առաջին պայմանն են ստեղծում, դրա համար շեֆի հնացած մեծ կամ փոքր պատռվածքները հանդես են գալիս իբրև հետացոցի յեվ արգանդի արտանկիլն մեծապես բնկերակցող յերևույթներ։ Յեվ դարձյալ, շեֆի խոր պատռվածքները, հաճախակի դոյությունն ունեցած փորկապությանն հետ միասին արտամադրում են ուղիղ աղիքի իջվածք առաջ գալուն, ինչպես նաև շարակցական հյուսվածքի կազմածի թերությունների հետ միասին՝ նպաստում են փափկրշտի ճողվածք առաջանալուն և սրա համար դրանց պետք է հետացնել։ Սակայն պատռվածքների ճիշտ բուժման համար հարկավոր է վորոշ վիրաբուժական փորձառություն, այնպես վոր բուժման նկատակագրությունն այստեղ անտես է առնվում։

Շեֆի թարմ ու կատարյալ ճղռվածքի ժամանակ յեթե ուղիղ աղիքի կարն անուշադիր կերպով կատարվի, միացյալ շեֆը և սրբանի սեղմիչ մկանը լավանալով հանդերձ յերբեմն կազմվում է ուղիղ աղիք—անդաստակի կամ ուղիղ աղիք—շեֆի խղվակ (Fistula recto—vestibularis et F. recto—perinealis)։ Այդ ժամանակ կանայք դանդաղում են, վոր խուսանավման կրանք ունենալով՝ սպիտակհղիներ միշտ կհղանավում են, վոր իրենցից դալիս է անհաճո աղբահոտ, սովի ուշ դանդաղավում են չարունակական քերվըտուքից, վորն առաջ և դալիս աղիքների բակտերիաների պատճառած բունոցաբորբի հետևանքով։

Ախտորոշումը. հեշտ է և խղվակի անցքի ընթացքն ել դյուրությամբ կարելի յե տեսնել մի նուրբ զոնդի (ձողիկի) սիջոցով։

Բուժումը. Ձեղքում, խղվակի անցքի բացահատում և կար։ Խարտոմով բուժելու փորձն՝ իբրև ապարդյուն աշխատանք, խոտելի յե։

13. Դեպք

Յե տարեկան կին աթոռից ցած իջնելիս՝ հպդուստր դեմ և առնում աթոռի քիվունքին և ուժգին բնդհարվում և նրա յեղերքին։ Անմիջապես մի սաստիկ ու ծակող ցավ և զգում արտաքին սեքսականքի մոտերքում, վորը նրանից հետո շարունակ

ավելանում և, միևնույն ժամանակ գոյություն ունեցող անառանձի լուծվածության դադարմանքի հետ միասին։ Մլդումը ցավական և ու դժվարացած, քայլելն արգելակումներով։

Ջնցության տվյալները. Բունցի ամբողջ աջ կեսը վերածվել է մոտավորապես սագի ձվի մեծության ու ձիգ լարված, հպելիս՝ խիստ ցավական, մակերեսը կապուտկած սի ուռուցք, որն ամորձույքի ճեղքը դեպի ձախ և հրել։ Մեծ և փոքր շրթունքը միայն իրենց ամենաառջևի բաժիններումն են դանազանվում։ Մլկի թևերը այտուցման ուռած, ուռած են նույնպես անդաստակին կից մասերը մինչև սիզուկը։

Ախտորոշումը. Բունցի արյունուռ (Haematoma vulvae)։

Բուժումը. 1. Անկողմանում. 2. Համախակի փոխվելիք բորակրի կոմպրեսներ. շատ սաստիկ ցավերի և փամփշտի նքոցների դեպքում ըստ հարկին ժամանակավորապես ափիոնով ներդրուքներ։

Միանգամայն սխալ կլինի այդպիսի արյունուռը ճեղքել ցանկանալը, դրանով այդ արյունուռը թարախոտելու վտանգ ենք առաջացնում միայն։ Ցնթե միայն արյունուռն իրանից թարախոտվի կամ հետզհետե ածելով պատռվի, կարելի չե դանակով ճեղքել կամ պատռված տեղը լայնացնել և լվրդացած արյան գուղձերը հեռացնենելուց հետո, վերքի խոռոչը թեթևակի խծուծել և կորեվորել։

II. ՀԵՇՏՈՑԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՑՈՒՆՆԵՐ

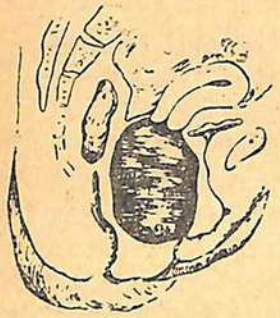
14. Դեպք

Մայրը իր 16 տարեկան աղջկան բերում է ձեզ մոտ, վորովհետև աղջիկը հինգ որից ի վեր և ներքնավորում ամենախիստ ատնգանատան ցավեր, ինչպես նաև միզելու հաճախակի ու սաստիկ պահանջ ունի։ Մինչև հիմա դեռևս դաշտում չի յեբեվացել քեպնա տարի ու կեսից ի վեր ի մի քանի անգամ ներքնավորում ձգող ցավեր է ունեցել ու ընդհանուր տկարություն. ատինքներն էլ արդեն սկսել են գարգանալ։ Սրանից անա մոտավորապես չորս շաբաթ առաջ եր, վոր նման ցավեր մի քանի որ ահեցին և այն էլ ավելի սաստիկ՝ քան յերբևիցե դրանից առաջ, այնպես վոր մայրն ապահելիս է յեղել թե ամսականները պիտի սկսվեն։

Այս ամամնեզը վերին ասիճանի բնորոշ է։ *Աղջկա տարիքը, ինչպես նաև յերկար ընդմիջումներից հետո վերոհիշյալ ցավերի վերսաին յերևան գալը, ցավերի հետզհետե վատթարացումը, մեկից մինչև մյուս նոպան ընկած ժամանակամիջոցում ինքնիրեն կատարելապես առողջ զգալը և այն փաստը, վոր ցարդ դաշտան չի յերևացել, այս ամենը ձեր մեջ բոլորովին վորոշ ուղղությամբ կասկած պետք է հարուցի։*

Ջնցության տվյալները հաստատում են ձեր կասկածները։ Ցայլոսկրի համաճոնքից վերև դուք շոշափում եք մի անորոշ դիմակայություն, դանում եք սակավ բուսած մազեր և շրթունքը բաց անելով իսկույն տեսնում եք, վոր հիմենի անցքի տեղումը մի 50-կոպեկանոցի մեծության ու այնտեղից դեպի դուրս ուռած մի կապտավուն թաղանթ է յերևում։

Ախտորոշումը. Հեշտոցի կուսաթաղանթային ատրեզիա (Atresia vaginae hymenalis)։



Նկ. 13. Հեշտոցի կուսաթաղանթային անանցքություն. հեշտոցի արյունահավաքով հանդերձ

Ուղիղ աղիքի կողմից շոշափում ենք համարյա ամբողջ փոքր կոնքը բռնող բշտային մի ուռուցք, որի վերին ծայրում համաճռնքից վերև վորոշակիորեն սահմանավորվում է (նկ. 13) մի պնդավուն յեղունդ (արգանդը ?)։ Ըստ այդմ ախտորոշումը կարելի յե լրացնել և ասել թե՝ շնորհիվ արգեհ վրա հասած արբունքին, դաշտանի արյունը վակող թաղանթի յեւեհն և հավաքվել հետզհետե ու կամվել և արյունահեշտոց (Haematocolpos)։

Դուբեակասումը—լավ։

Բուժումը. *Փակող թաղանթի ճեղքում և մասնակիորեն բացահատում։*

Այս զարգացած աեսեցվող ծագումը հեշտ հասկանալի յեւ Ինդիրը վերաբերում է կուսաթաղանթի նորմալ ու ինքնաբեր ճեղքվածքի բացակայությանը։ Ծեքեհին ճեղքի փակումը միայն յերկրորդային ծագում ունի, որը կարող է լինել հիմնվի շատ փոքրիկ անցքի յեղերքների աճակցելուց, և կամ թե՝ հիմնից անմիջապես յեւեհ, հեշտոցի ամենաներքևի մասերն իրարու կպչելուց — հեշտոցի յետհիմնային անանցքություն (Atresia vag. retrohymenalis)։

Ավելի դժվար է վորոշել այն դեպքերը, յերբ սերական խողովակի փակումը հեշտոցի վերին մասում է կատարվել։ Այս դեպքում խոսքը վերաբերում է յերեխայության ժամանակ խոցային ըորբոքական պրոցեսի հետևանքը հանդեսացող կամ ավելի ուշ ձեռք բերված փակումին, կամ հեշտոցի սկզբնապես մյուլերյան մեջ անցքի բացակայող կազմության—ձեռքբերովի կամ իմնե անանցքություն (Atresia vag. aquista et congenita)։

Ի վերջո դեպքեր եղ կան, յերբ զարգացական կասեցումը հիմնված է հեշտոցի յեղուկի ատրոֆիական կամ ժամանակի բացակայության վրա—Մյուլերյան անցքերի բացակայող ընդհեղքում դեպի միզասերական ծոցը (հեշտոցի անկազմություն—aplasia vaginae)։

Վերջապես Մյուլերյան անցքերի մասամբ անկատար միացած սկզբման հետևանքով պատահում է հեշտոցի և հիմնվի կատարյալ կրկնակիություն, ինչպես նաև պատահում է մասնակի կրկնակիություն՝ հեշտոցի միջնորմի (Septum vaginae) *ձևով*

12. Դեպք

Ծեքեհյան ուշ ժամանակ շտապով ձեզ հրավիրում են հյուրանոց, վորտեղ դուք խիստ ալլայված ամուսնուց խնամում եք, վոր իր նորապսակ կնոջ հետ իր առաջին մերձավորությունից հետո, վորը դժվարությամբ ու մեծ ցավերով և կատարվել, սաստիկ արյուն է հոսում։

Դուք տեսնում եք այդ ահաբեկված, յերկյուղով ու ամոթով պատած կնոջը մի վոքրիկ արյան լճակի մեջ և անկողնի վրա խո-

տարնակ պատկեցնելով, ամրթուլքի շրթներն իրարից հեռացնելուց և արյունը ցամաքեցնելուց հետո դնում են, վոր պինդ կուսաթաղանթը ժիլին գծից աջ ու ձախ կողմում թարմ պատռվածքներ ունի։ Ձախակողմյան պատռվածքը կուսաթաղանթի ամբողջ հաստությամբ և մոտ կես մատ լերկացնող թյամբ շարունակվում է հնշտոցի յեռին պատի վրա, վորտեղից էլ առաջանում է այդ սաստիկ, լիժլի այլոց գլխավորաբար յերակային արյունռւմը։

Նախորոշումը. Ջուգավորության վիրավորում, հեշտոցի ձախակողմյան պատռվածքով։

Գուշակասումը. Հավանորեն լավ, ինկատի առնելով վնասվածքի տարածությունն ու թարմությունը։

Բուժումը. Հեշտոցի հականեխիչ ու առատ լվացում բորաջրով. հետո պատռվածքը զգրմանել մի շարք խոտորնակ կարեր դնելով և ապա Դյուբասնյան արկղիկից վերցրած յոդաֆորմի թանզիվով խծուծում։ Բացաթողակ անկողմանում։ 12-ից մինչև 18 ժամ հետո խծուծները հեռացնել ու վոխարենը պատռվածքի տեղի վրա մի բարակ շերտ յոդաֆորմի թանզիվ դնել։

Յեթե չերմությունը չի բարձրանում կամ աննշան չերմություն է ունենում, այդ դեպքում 6-րդ որը կարելի յե հիվանդին արտոնել, վոր կարճ ժամանակով անկողնից դուրս պա։ Դարձյալ յերկու որ հետո հնարավոր կլինի բոլորովին վերկենալ և շրջագայել։ Մերձավորություն ունենալն արգելել առնվազն չորս շաբաթով, իսկ արտոնելուց առաջ բժիշկը պետք է մատներով կամ գործիքով լայնացում կատարի։

Յեթե յերբեք հիվանդն ընդհակառակը բարձր կամ յերկարատև տաքություն ունենա, ապա պետք է արգելն յերրորդ կամ չորրորդ որը ներքնի կարերը քանդել և որը յերկու անգամ ջրածնի գերոքսիդով լվացումներ կատարել, ինչպես նաև խորհուրդ տալ, վոր հիվանդն ուղարկվի հիվանդանոց։

Մերձավորության այս վիրավորումին իրը պատճառ պետք է համարվի հեշտոցի չափազանց ու յերևակայական նեղությունը, վորպիսի վիճակին դուք արդեն ընտության ժամանակ և հատկապես կարելիս կարողացաք վիրահատու լինել։

Ուրիշ դեպքերում կարող է անհորմալորեն մեծ արական անդամը կամ մերձավորության ժամանակ առանձին վարպետություն ցուցաբերելը վերավորումների պատճառ հանդիսանան։ Յերբեմն էլ կարող է մարդու կողմից կնոջ սերականքի հետ ժամանակով ձեռնձգուռ ունենք կատարելը առիթ լինի վիրավորումի։ Այդ ժամանակ կարող է դրա հետևանքով հեշտոցի հյուսվածքների ընդծակող վիրավորումներ առաջանան կամ հեշտոցի պատռվածքը շարունակվի ու ավելի խորը թափանցի հարահեշտոցային հյուսվածքի մեջ, վորի հետևանքը լինի հետագետ առաջացող արյունռւս, բորբոնք, թարախարություն և կամ ընդհանրացած ակաբորը։

Ինչպես դուդավորության հետևանքով, այդպես էլ ձեռնաշարժական գործողություններից, հաճախ աներևակայելի ձևի և մեծության ուռուց մարմինների միջոցով պատահաբար նկատվում են հեշտոցի վիրավորումներ, որոնք շարունակվում տարածվում են շարակցական հյուսվածքի մեջ։

Հեշտոցի շատ բարդ և շարակցական հյուսվածքի ընատումով ու վարակումով, նաև փսփշտի և աղիքների վիրավորումով բարդված դուշակասորեն հաճախ խիստ աննպաստ պատռվածք. սալջարդ յեղածի ու ծակածի վերքեր են առաջանում ցցուհարման հետեվանքով, (յերկաթե ցանկապատի ցցերին ընկնելը, յեղան կոտրի հարվածը. յեղանի խոցելը և նման հարվածներ)։

Բոլոր այս բարդված դեպքերում, յերբ արդեն իսկ հաճախ վիրավորումի ծանրությունը վորոշելն ու թերևս առնթեր վիրավորումի բուժումը խիստ դժվար և լինում շատ բանական կլինի, վոր հիվանդին շտապ կերպով հիվանդանոց տեղափոխենք։

16. Դեպք

28 տարեկան կին, վոր յերեք անգամ ծննդաբերություն է ունեցել, գալիս և ձեզ մոտ դանդատվելու յերկար ժամանակից իվեր դոյություն ունեցող, վորջերս ավելի ևս սաստկացած հոսքից։ Անամնեզն ուրիշ վոչինչ նշանակելի բան չի տալիս։

Դուք դանում եք շեքի մի հին ու խոր պատռվածք, կլսատաց արտամորքով և մասամբ տարածուն, մասամբ խայտպատուն կարմրած հեշտոցապատներ։ Հեշտոցաբաժնի վրա յերևում և փոքրիկ քերծվածք։ Ուրիշ վոչ մի աննորմալ բան։

Ախտորոշումը. *(Դուշայինց)* հետցոցաբորբ (Colpitis [catarrhalis])։

Ծագումը, ինչպես ուրիշ շատ անգամ, միում և անորոշ։ Այսպես պետք է վոր մեծ դեր ունենա մի վորևե վարակում, վորն արդեն հեշտոցաբորբի ծագման աղդակների մեջ առաջին տեղն է բռնում։ Շեքի խոր ու հին պատռվածքը, վորը պատճառել և բուհոցի կլսատաց դիրքը, տարակույս չկա, վոր վարակումի նպաստավոր հանգամանք է։ Թերևս այստեղ դեր են խաղում աղիքային բակտերիաները, վորոնք կղումից հետո քալում են բուհոցին. թերևս մերձավորության ժամանակ դրսից ավելի մեծ թունաժետության մի կրոնները են ներմուծվել հեշտոցի մեջ։

Ուրիշ դեպքերում կարող են իրրև վարակի առաջածուներ ծառայել միջոց հանդիսանան ձեռնաշարժական գործողություններ և այդ նպատակով, ի չպես նաև հակաբեղմնական նպատակով հեշտոցի մեջ ներս տարված ռեզ մարմինները։ Հեշտոցի մեջ արդեն իսկ շարունակ առատորեն բակտերիաներ են գտնվում, վորոնք թեպետ նորմալ պայմաններում անվնաս մակարույծներ են, սակայն սնուցանոցի և սրա քիմիական հակազդեցության փոփոխության, ինչպես նաև հեշտոցի ամբողջ բուսականքի (Flora — բուսական աշխարհ) համագրության փոփոխության հետևանքով նրանց թունաժետությունն էլ կարող է ավելանալ։ Այսպես, որինակ, վերոհիշյալ ինֆեկցիոն պայմանների ազդեցությամբ հաճախ վոչ միայն ուռուց թունաժետ բակտերիաների ներմուծումը դյուրանում է, այլ նաև շատ անգամ հենց դրա հետևանքով խանգարվում և հեշտոցի արտաթորանքի սո-

վորական թթու հակաղեցուբյունը և դրանով բակտերիանների կյանքի համար բոլորովին այլ պայմաններ են ստեղծվում։ Նույն կերպ և ազդում արգանդամարմնից և վզիկից ցած հոսած արտաթորանքը և խլվակից հոսած մեզը։ Թունաժեստության բարձրացում և հակաղեցության փոփոխություն կարող է առաջանալ, յերբ փակող պետարի միջոցով արգանդի արտաթորանքի կանգառում տեղի ունենա։ Սակայն ոտար մարմիններ—ամեն տեսակ պետարներ—վոչ միայն ճնշման միջոցով, այլ նաև հենց իրրև այդպիսիք կարող են վնասաբեր գրգռիչ հանգամանք հանդիսանան։

Հեշտոցաբորբի պատճառախոսության մեջ սուսամնակն ամենից ավելի մեծ դերն է խաղում։ Արդարև շատ հաղվադեպ է, վոր ինքը գոնոկոքը հեշտոցաբորբ առաջացնի։ Դա կարող է պատահի յերեխաներին (5-րդ դեպքը) կամ դևռ նորահաս, մինչ վարակումը կույս անհատներին, յերբ վարակումը շատ ուժեղ է և գուցե ուղիղ նախադաշտանային գերարնության ստատումն է տեղի ունեցել (4-րդ դեպքը)։ Նման դեպքերում հեշտոցի ամբողջ լորձաթաղանթը սաստիկ կարմիր գույն է ստանում, թավշանման փայլուն է, ուռած, շոշափելիս՝ հեշտությամբ արյունոտում է։ Մինչդևռ սեռահասուն տարիքում հեշտոցի կոշտ հպիթելը և թթու հակաղեցությունը պաշտպանում են հեշտոցի պատը գոնոկոքների ներթափանցումից. հարկավ բացառություններ էլ պատահում են։ Վարակման ընթացքն ընդհանրապես այնպես է կատարվում, վոր գոնոկոքները ներարգանդևնաբորբ կամ միզկապորբ են առաջացնում և ապա միայն հեշտոցից հոսած խարող արտաթորանքից լորձաթաղանթն այնպես է կակղում թուլանում, տեղ տեղ մակերեսորեն թրմվում է, վոր այժմ լրենք գոնոկոքները կարող են՝ թեպետև հաղվադեպ, ներթափանցել այնտեղ. կամ թե այդ պայմաններում հող է պատրաստվում խառն վարակումի առաջածուների (ստաֆիլակոքների, քիչ անգամ ստրեպտոկոքների) բազմացման համար։ Այս ձևի հեշտոցաբորբն անտարակույս ամենից հաճախ պատահող տեսակն է և սուսանակի ժամանակ հանդիպած հեշտոցի բորբոքումները նման առաջածուներից են ծագում ու անվում. նամանավանդ, ինչպես հայտնի է, այդ մարդկանց քրոնիկ սուսանակի ժամանակ ևս խառն վարակումը հաճախադեպ յերևույթ է։ Շարունակվող մերձավորությունն այդ դեպքում արգելք է լինում կնոջ հիվանդության ինքնաբեր լավանալուն։

Յերբեմն առատ ու շատ անգամ փրփրալից, մերթ ավելի սպիտակ, մերթ դեղնավուն ներկված հոսքի ընկերակցությամբ, իսկ դրա հանդեպ միայն մի քիչ կարմրություն, շատ հաղվադեպորեն նաև լորձաթաղանթի ուռածություն ցուցաբերող հեշտոցաբորբի ժամանակ արտաթորանքի մեջ գտնվում են խիստ շատ տրիխոմոնադներ։ Հեշ-

տոցի տրիխոմոնադը (Trichomonas vaginalis) խարազանակզիներին (Flagellata) պատկանող ինֆուզորիաները (ջրաճճիները) են, մի կաթիլ բնախոսական լուծուլթով խառն չներկված պատրաստուկի մէջ նրանց խարազանաթելերը հեշտութեամբ ճանաչվում են իրենց աշխուժ հարվածներից։ Այս ըստինքյան անվնաս տրիխոմոնադային հեշտոցաբորբը հայտնի չէ իր համառութեամբ և առհասարակ հեշտոցի բորբոքման ժամանակ այլապես ազդական լուժման ապարդյունութեամբ ներկա դեպքում։

Ախտաճիճեներ. Զուտ հեշտոցաբորբի ժամանակ հիվանդի կողմից յենթակայորեն միայն հոսքի մասին գանգատն է հայտարարվում։ Թարմ դեպքերում առարկայորեն դրան ընկերանում է սաստիկ կարմրություր յեվ ուռածություններ, որը շատ պարզորոշորեն յերևան է գալիս պատանեկան նուրբ լորձաթաղանթի վրա։ Հիվանդության սովորական ձևերի ժամանակ այս սուր յերևույթները շուտով անցնում են, ուռածությունը յետ է քաշվում, կարմրությունն ամեն տեղ հավասարաչափ չի մնում։ Տարիքոս կանանց հիվանդության սուր ստադումն անգամ բնդհանրապես միայն խաղուտիկ կարմրություն է ցնցվում։ Ավելի յերիտասարդ կանանց քրոնիկ հեշտոցաբորբի ընթացքումն ևս բորբոքական յերևույթները սահմանափակվում են լորձաթաղանթի առանձին խմբերի պտիվիկների վրա, որի հետևանքով յերևում է այն խաղուտիկ կարմրությունը։ Ակնհեղ, ուր այդ պտիվիկներն ավելի շատ են ուռած, որը գերազանցապես հղության ժամանակ է պատահում, լորձաթաղանթը շոշափելիս թվում է հատկավոր, «վեսանանմանք— հատկավոր հեշտոցաբորբ (Colpitis granularis)։

Շատ քիչ անգամ է այն եղ համարյա միայն հղի կանանց հեշտոցի մեջ, այնպիսիներին, որոնք դանդաղում են հոսքից, դանդում ենք սպիտակավուն, հագիվ փոսպի մեծության քսակիկներ, որոնք յերբ ծակենք, դալ է դուրս գալիս. դա առաջանում է գազ արտադրող բակտերիաներից—փուռիկավոր հեշտոցաբորբ (Colpitis emphysematosa)։ Իսկ սպիտակաբար ճվաքսուռնկը (Oidium albicans-Soorpilz) առաջացնում է բացահայտ սպիտակ բծավոր փառակալումներ, որոնք յերբեմն սի քիչ արյունում են։

Հեշտոցաբորբի ծանր ձևեր են առաջանում յերբեմն նույնպես յերեխաների մոտ վարակական հիվանդություններից ընթացքում, հատկապես սիփիլիսից, դիֆթերիայից, քոթեթից և այլոլ ժամանակ։ Այստեղ բորբոքված լորձաթաղանթի վրա սազմվում են ֆիբրինային փառեր, որոնց ընկնելն ուշ հետո մնում են խոցեր. սրանք հաճախ ավելի յեն շատանում դեպի շրջապատը և լավանալուց հետո կարող են թողնել հեշտոցի անցքի նեղություն և անանցքություն։ Պատահել են նաև հեշտոցի իսկական դիֆթերիայի դեպքեր։

Հեշտոցի մեջ ծանր խոցային պրոցեսներ են առաջանում շատ մեծ կամ շատ յերկար ժամանակ դրած մեացած պեսարների անընդհատ ճնշումից։ Յերբեմն այսպիսի վարակված ճնշական մեռուկներ տարածվում են խորն ընկած հյուսվածքների մեջ և առաջ ու նեղահոտ հոսքի հետ միասին հյուսվածքների ավելի մեծ ծվենները են դուրս քշվում—ծվենավոր հեշտոցաբորբ (Colpitis dissecans)։

Բուժումը. Վորովհետև մեր դեպքում պինդ-ության ավելացները և անամնեզը պատճառախոսական բուժման համար վոչ մի հենակետ չեն ընձեռում, պետք է զուտ ախտանշային դարմանում կատարենք։ Նախ և առաջ կարող ենք, իբրև ամենահարմար միջոց, լվացումները նշանակել. 5 որ իբար յետևից, իսկ հետո յուրաքանչյուր 2-րդ կամ 3-րդ որը մեկ անգամին, ամեն անգամին 2 լիտր։ Ամենից նպատակահարմարն է, վոր դրա համար ընտրենք մեղմորեն փոթոռող մի դեղ (Liqu. alumin. acet. մեկից մինչև 2 կուրակրի դդալ, Acet. pyrolignos. պայտի քացախ, տանելի կամ պաղելի 1—2 թեյի դդալ մեկ լիտր ջրով). շատ նպատակահարմար է նուշնպես կես տոկոսանոց կալիումթերմանգանատի ջրաղտանկախուկի ժամանակ ըորաքսով են լվանում։ Սուսանակի ժամանակ հանձնարարելի չեն լվացումները 2-ից 3 տոկոսանոց սոդիոլով, 3-ից 5 տոկոսանոց պրոտարգոլով, 5-ից 10 տոկոսանոց արգենտամինով, $^1/_2$—1 տոկոսանոց քոլելվալով։ Հաճախ շատ ազդու չեն լինում 4—5 որ միջոց տալուց հետո $^1/_2$ մինչև 1 տոկոսանոց քլորացինկի լուծույթով կրկնակի լվացումները։

Հիվանդին պատվիրում ենք ձեզ այցելի յերեք շաբաթ հետո, հրահանգելով, վոր գալուց մեկ որ առաջ ու մինչև պինդությունը վոչ մի լվացում չկատարի։ Դուք կդտնեք լորձաթաղանթն ավելի դունատ, իսկ արտաթորությունն ավելի առատ, սակայն նվազ թարախոտ, ավելի շուտ՝ շճային։ Ինքը հիվանդն էլ հայտնում է, վոր հոսքն ընդհանրապես ավելի պակաս և թեթևտ, այնուամենայնիվ դարձյալ նա ներդություն պատճառել կարող, հենց վոր յերկու որից ավելի լվացում չկատարի։

Այս յերևույթին դուք շատ հաճախ վերահասու կլինեք, յերբ ձեր բուժումը սահմանափակեք միմիայն լվացումներով։ Ճիշտ այն հիվանդների վերաբերմամբ, վորոնց արտաթորանքն ավելի շճային և դարձել, հանձնարարվում է փորձել խծուծներով բուժումը։ Խծուծը վոչ միայն դեղորայքի ավելի յերկարատև ազդեցությունն է հնարավոր դարձնում, այլ նաև հանգստացուցիչ ազդեցություն է ունենում, ըստ վորում նա սեռական հարաբերությունը նվազագույնի չի իջեցնում։ Արդեն իսկ պարզ գլիցերինով խծուծը՝ ջուրը դեպի իրան քաշելու հատկությամբ, լավ ազդեցություն է գործում ու լավ ևս այդ ազդեցությանը կարելի չի միացնել լավ փոթոռող դեղի ազդեցության հետ, որինակի համար՝ 4,0 տանին 30,0 գլիցերինի մեջ։ Սուսանակի ժամանակ հանձնարարում եմ հատկապես հետևյալ բաղադրությունը— Glycerin 100,0, Camphora 1,0, Alumnol 2,0, Acid. boric. 10,0։ Խծուծով բուժումը միայն այն մեծ անհարմարությունն ունի, վոր այդ

դարմանումը հաջողությամբ պրուկա բերելու համար բժշկի շարունակական զգոնությունն անհրաժեշտ է։

Շատ ձեռնտու է զգոնության համար ամենից ավելի հանձնարարելի է թվում ինձ սուբ բորբոքական երևույթներն անցնելուց հետո սիքատորով (չորացնող ապարատով) փոքեբուժությունը կատարելը։ Փոշին ներփչելը, քանի դեռ ապառաթորանքը առաձիկ է, որպեսզի մեկ կամ երկու անգամ, ապա միայն յուրաքանչյուր երբորդ կամ չորրորդ որը, ավելի ուշ՝ 8-ից 10 որ միջադադար տալուց հետո, կատարում է հենց ինքը հիվանդ կինը, պահպանվելիս։ Ներաթխականն երկու կամ երեք անգամ պետք է առաջ ու մաքրող լվացումների միջոցով արտաթորանքի հետ խառն փոշու մնացորդները հեռացնել։ Ներփչելու համար պատշաճող փոշիներ են — Bolus alba, Silikat—փոշի, Lenicetbolus, Levurinose, Biozyme-Bolus։ Ընդհանուր պրակտիկայի (բուժարարության) համար հանձնարարելի են նույնպես Սպուման յան ձողիկները։

Բոլոր վերջ առանձնահատկական հեշտոցային հոսքի բուժման համար ընդհանուր բուժարարության ժամանակ շատ փորձված սքեմա է հետևյալ հերթականը։

1. որ. Հեշտոցը խարող լվացում՝ ըստ Մենդելի, 2 տոկոսանոց ջրոխաքարի լուծույթով։

2., 3., 4. որ. Որը յերեք անգամ $^1/_2$ տոկոսանոց կալիումպերմանգանատի լուծույթով լվացումներ։

5. որ. Հեշտոցը խարող լվացումի կրկնություն։

6. և 7. որ. $^1/_2$ տոկոսանոց կալիումպերմանգանատի լուծույթով լվացումներ։

8. որ. Հազվադեպ հայելու միջոցով խտացրած նորմոլաքտոլի լուծույթից 5 խոր. սանտիմետր ներլցնել հեշտոցի մեջ. 5 րոպեից հետո թողնել, որ հեղուկը դուրս հոսի։

9. որ. Վոչ մի տեղային բուժում։

10. որ. Նորմոլաքտոլի լուծույթ ներլցնելու կրկնություն։

11. որ. Վոչ մի տեղային բուժում։

12-րդ որից սկսած հիվանդը պետք է մեկ շաբաթ որընդմեջ, ապա շաբաթական միայն 2 անգամ յերևկոյան նախքան պառկելը քնելը մի նորմոլաքտոլի տապլետ դնի հեշտոցի մեջ և բուժումի սկզբից մոտ չորս շաբաթ հետո առհասարակ ամեն տեղային բուժումն ընդհատի։ Հետագայում նա պետք է 1—3 որ ամսականի արյունոտումը դադարելուց հետո միայն դրձյալ որը յերկու անգամ հեշտոցի լվացումներ կատարի կալիումպերմանգանատով և ըստ հարկին յերբեմն էլ մեկ նոր նորմոլաքտոլի տապլետ դնի ներս։

Բոլոր պատճառախոսորեն պարզորոշ դեպքերում բնականաբար պետք է նոգալ շարժառիթը մեջտեղից բառնալու մասին։ Այսպես, սուսանակի

ժամանակ հեշտոցաբորբի բուժման համար գլխավոր պահանջն է զուգավորության խստիվ արգելումը. հեշտոցի իսկական դիֆթերիայի ժամանակ պատշաճականն հակաէրոքինով բուժումը, սիֆիլիսի դեպքում՝ սալվարսան. պետարի պատճառած հեշտոցաբորբի դեպքում՝ նրա հեռացումը և այլն։

Տրեխոմոնադային հեշտոցաբորբի ժամանակ լավ արդյունք է ստացվում, յերթե սուբլիմատի $1^0/_{00}$ լուծույթով հեշտոցը սրբենք և հայելու միջոցով հեշտոցի լորձաթաղանթը լավ ձգել յայնացնելուց հետո՝ խնամով 10 տոկոսանոց սոդա-գլիցերին քսենք. Ավելի թեթև դեպքերում բավական է 6 տոկոսանոց սոդայով Սպուռմանյան ձողիկների գործածությունը, որակեն 3 հատ.

Հատուկ ուշադրություն են պահանջում վերոհիշյալ ծանր բակտերական հիվանդությունների ժամանակ յերևան յեկած հեշտոցի բորբոքումները։ Ջրածնի պերօքսիդով լվացումներին զուգընթացաբար, խոցակալած տեղերը լավ յողք քսելով պետք է հոգալ բոլոր խոցերի ըստ հնարավորին արագ մորթատավելու և քսերոֆորմոտ թանզիվի կտորներ դնելով՝ հեշտոցի պատերի իրար փակչելը կանխելու մասին։

ՀԵՇՏՈՑԻ ՆՈՐԱԳՈՑԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

17. Պեպֆ

62 տարեկան կին գալիս է գանգատվելու, թե մի քանի օրից ի վեր է, որ կղանքը հետտոցից և դուրս գնում, ինչպես և առհասարակ վաղուց է, որ տատապում է սաստիկ հոսքից։ Անամենայնում ուրիշ ուշագրավ բան չկա։

Մի խոր ու հին պատռվածքի և հեշտոցի յետին պատի դեպի անդաստակը դուրս ընկած ուռածության հետ միասին, դուք գտնում եք այնտեղ հեշտոցամուտքի և նրա շրջապատի աղտոտություն՝ խյուսանման կղանքով և առատ ու սոսկալի գարշահոտ հոսք։ Հոսքը սրբելուց հետո յերևում է բունոցի լորձաթաղանթը գունատված, ցանուցիր ատրոդուշն ու սաստիկ կարմիր բծերով։ Զննելու համար հայելին դնելիս մերկաթմբից մոտ մեկ ու կես սանտիմետր յետև գտնում եք կեռասի մեծության, թաղանթի տակից դժգույն կապտավուն ջողքով յերևացող, շոշափելիս՝ լորված առաձիգ բաղակցություն ցուցաբերող ուռուցք։ Անմիջապես դրա յետևից հանդիպում եք մի արգելքի, որը պատավալան նեղ ու խայտալուկ կարմրած հեշտոցի մեջ հայելու ավելի առաջ տանելն այլևս աննպատակ է դարձնում։ Դուք զգում եք, որ հետոցամուտքից մոտ 4 կամ 5 սանտիմետր վերեվ հետոցի պատերն առջևից ու յետևից բոլորովին են կանգնել և կենտրոնում դեռ փոքրիկ, հենց միայն մատն անցնելու չափ մի խոռոչ է մնում, որտեղից կղանքը և դուրս հոսում։ Յետին շրջապատում շոշափում եք նաև սուր յեզերքներով մի իր։ Նորոդ հարց ու փորձով վերջապես հիվանդը հաղորդում է, թե ինքը 15 տարուց ի վեր է, որ ող է գործածում, «որը լավ և նստել է վոչ մի հեղձություն չի պատճառում»։

Ուղիղ-աղիքային զննությամբ պարզվում է, որ այնտեղ շոշափվում է մի ափսեյաձեվ պեսարի արտաքին յեզրը։

Ախտորոշումը. Հեշտոցի առջևի պատի մոլաբուշտ. հյուսվածքի մեջ ճերմակած, դեպի ուղիղ-ազիք գուրս պրծած պեսար. դրա հետևանքով ուղիղ-ազիք ու հեշտոցի խլվակ յեվ բուշտոց-հեշտոցի բորբոքում։

Հիվանդության այս դեպքն ինքնին ներկայացնում է հազվադյուտ պատահարների ծաղկաքաղ։ Ինչպես տեսնում եք, սխատեմատիկ ընդունելությամբ հեշտ և ախտորոշումն անել։

Մի բոպե կանգ առնենք հեշտոցի մոլաբշտի (Cyste) վրա։ Այդպիսի մոլաբշտեր հիշտ վոր շատ հաճախադեպ չեն և յեղած ժամանակ էլ սովորաբար մի կողմի վրա կամ առջևումն են լինում, ինչպես վոր մեր դեպքումն է. դրանք վոչ մի ախտանիշ չեն ցուցաբերում։ Բիչ և պատահում, վոր հավի ձվից մեծ լինեն։ Այս միշտ էլ լավորակ մոլաբշտերի ախտորոշումը հեշտ է։ Բուժումը կատարվում է վեճեկազերծ կամ խցաթափ անելով ու վեճեկի յեղերքները կարելով շրջապատի լորձաթաղանթի հետ։

Հեշտոցի բեյիուններ (Fibroma) և մկանուններ (Myoma) ևս շատ հազվադեպ նորագոյացություններ են։ Դրանք հեշտությամբ ճանաչվում են իրենց ամուր, սովորաբար բոլորովին հարթ ու անփոփոխ մնացած լորձաթաղանթով ծածկված մակերեսից, յերբեմն էլ՝ մանանդ յերը շատ են մեծանում, պոլիպային ձևերի փոխված լինելուց։

Մեր հիվանդի հեշտոցաբորբն ու բուշտոցաբորբը պատճառախոսորեն պարզ է և ցույց է տալիս ձեզ պատահական հեշտոցի և բուշտոցի բորբոքման ընորոշ պատկերը խայտպտիկ ձևով։ Հեշտոցի պատերի թմբաձև ուռածությունը, վորը դարձել է ճրագույլի նմանող ամուր պատ դեպի խորքը թափանցած պեսարի շուրջ, ցույց է տալիս պեսարի յեղերքներից գոյացած ճնճամեուկի շրջապատում հյուսվածքների առաջ բերած հակազդեցությունը։ Մաքրության վերաբերմամբ անփութությունը և դրանով պնված հեշտոցաբորբն իր կողմից ճնասում է հյուսվածքների դիմադրական կարողությանը. բայի դրանից պատահական փոփոխություններն ևս նշանակություն ունեն, ինչպես նաև ծերունական յեռաճումը կարող է պատճառ լինի այն բանին, վոր սկզբնապես հարմարավոր պեսարը դառնա մեծ և ճնասակար ճնշում գործադրի։

Այսպիսի ճերմակած պեսարներ բարեբաղդաբար այժմ այլևս շատ չեն հանդիպում, ինչպես առաջ. ավելի ևս հազվադեպ է պեսարի կատարյալ շրջապատումը հյուսվածքներով և արդեն տեղի ունեցած ընդճակումով։

Հեշտոցի մեջ, բացի զանազան ձևի պեսարներից, դարձյալ ուրիշ բաներ իրեվ *ոչար մարմին* դանում ենք յերբեմն ամեն տեսակ յերևակայելի ու անհերևակայելի իրեր, վորոնք մեծ մասամբ ձեռնաչարժական նպատակով ներս են տարված (մատիս, ձե-

հագործել ձեռասեղ, ոծանելիքի սափորակ, ատիկ, ծխամորճի գլուխ, խմելիքի ըմպանակ, (դյուսկա) և ուրիշ բաներ)։ Ցեխ ինքս մի անգամ գտել եմ մի թարմ ու կարմրաթշնիկ խնձոր, վորը հետու ճամբորդության մեջ գտնված մի կին շատ նպատակահարմար կերպով դործ եր ածել արգանդի մեծ առաջանկումը (Prolarsus) ուղղելու համար։

Բուժումը. *Միայն մասամբ ներքաշած պեսարները կարելի չի չերլեւին պարզապես քաշելով դուրս հանել։ Այլապես պետք է լարատոցով մաս մաս կտրել հանել կամ աքցանով պեսարը կոտրել ու կտոր կտոր հեռացնել։ Մեր հիվանդի վերաբերմամբ հարկավոր և ավելի բարդ միջամտություն և արդեն խլվակի պատճառով իսկ անհրաժեշտ և նրան հիվանդանոց ուղարկել։*

18. Դեպք

37 տարեկան կին, վորը չորս անգամ ծննդաբերություն և ունեցել, դիմում և ձեր խորհրդին, վորովհետև մի քանի շաբաթից իվեր տառապում է զարհաոս, հաճախ այրումով ուեհվող սասիկ հոսիից։ Ջուլավորությունից հետո ես ամեն անգամ արյուն և չերհում, վորը սրանից չերեք որ առաջ չատ սաստիկ և չկեր։ Ցավեր գոյություն չունեն, սակայն հոսքը կսկծեցնում և։ Անամենը դաշտանի մասին և ուրիշ տեղեկություններ առանձնապես վոչինչ հիշատակելի բան չունեն։

Դուք գտնում եք այդ լավ ծնված ու առույդ կնոջ հեշտոցում մի թեթև զրգռական դում և զարշահոտ ու մի քիչ արյունով գունավորված արտաթորանք։ Հայելիով զննությամբ հեշտոցի պատի ամենավերին չերրորդ մասի վրա մինչև վերը, մինչև հեշտոցակամարը և ճաքճքած, այլապես հարթ հեշտոցաբաժնի չետև դուք հայտնաբերում եք արծաթեև ռուբլիանոցի մեծության գոռտվուն դեղին մի ուռուցք, վորն ինչպես սունկի տափակ գլուխ՝ իր շրջապատի լորձաթաղանթից վորոշակի կերպով բարձրացած դուրս և ընկած և վորն ատեղի կերպով փառակալած, շատ նուրբ ակոսվածքներով և հայելին դիպչելիս՝ շուտով արյունող մակերես ունի։

Ախտորոշումը. Հեշտոցի բաղցկեղ (Carcinoma vaginae)։

Արդեն դիտելուց հետո այդպիսի ախտորոշում տալու համար տարակուսել չեր կարելի։ Մատնային (լավ ևս՝ ուղիղ աղիք ու հեշտոցից կատարված) զննությամբ դուք հաստատում եք դարձյալ, վոր ուռուցքը շարժական չի և նրա չետևում մի պինդ ու մոտավորապես ռուբլանոցի մեծության կոշտություն հասնում և մինչև ուղիղ աղիքը։ Դրա հանդեպ ուղիղ աղիքի լորձաթաղանթը լավ շարժական եւ Մյուս շոշափական տվյալները նորմալ են։

Ըստ այդմ պետք է, ինչպես դժբախտաբար համարյա բոլոր մեզ հանդիպած նման դեպքերում, ախտորոշումը լրացնենք հետևյալ կերպ. հեշտոցի քաղցկեղ՝ առաջքնթաց գեպի ուղիղ աղիք ու հեշտոցի միջնորմը։

Հեշտոցի այս առաջնային քաղցկեղը բարեբաղդաբար խիստ հազվադեպ և (բոլոր սերմականքի քաղցկեղների մոտավորապես $^1/_2$-ից մինչև 1 տոկոսը)։

Բուժումը. *Մեր դեպքը վիրատելի չէ*)։ Այնուամենայնիվ գուցե կատուն չի կարող բարենպաստ լինել, վորովհետև չնայած ամենաարմատական վիրահատության, համարյա բոլոր հեշտոցի քաղցկեղով հիվանդները մեռնում են քաղցկեղի տարակայումից կամ կրկնությունից։ Թերևս ժամանակակից ճառագայթաժուռթյամբ հենց այդպիսի դեպքերի դուշակաությունը նշանակելիորեն լավանա։*

19. Դեպք

56 տարեկան կին, վոր յոթ տարուց ի վեր դաշտանադադարի մեջ ե, ձեր խորհրդին ե դիմում, վորովհետև ահա յերկու շաբաթ ե, վոր տառապում ե հեռհետե սաստկացող սրբուկրացավից և շատ անդամ մի մղում ե զգում դեպի ցած, կա նաև մի քիչ ցոսք։ Բացի սրանից յերկու որ ե, վոր հաճախակի կղելու մղում ունի։

Ախտաճեղից դատելով դուք պիտի յենթադրեք բնականաբար, թե հիվանդը հեշտոցի իջվածք (Descensus vaginae) *ունի և պիտի զարմանաք, վոր բացի շեքի մի հին, վոչ այնքան ել խորը պատռվածքից, արտամղուքի վրա վոչինչ չեք գտնի։ Հիվանդը շատ զոր անելուց հետո միայն հեշտոցի առջևի պատը հաղիվ մի քիչ ուռչում ե։ Հեշտոցամուտքի լայնությանը համապատասխանող հայելու ներս դնելը հիվանդին իսկույն ցավեր ե պատճառում և արդեն զգում եք, վոր զոբծիքը դեմ ե առնում։ Մաանային զննությամբ հիմնի մնացորդներից 3 սանտիմետր վերև գտնում եք հեշտոցը ձախ կողմից և ներքևից այնքան նեղացած, վոր հենց միայն մատը կարող և հաջողությամբ առաջ շարժվի։ Հեշտոցարաժնի բարձրությանը հեշտոցի խողովակը դարձյալ մի քիչ լայնանում ե։ Նեղացումի պատճառն և տափարակ, անկանոն սահմանավորված, բոլորովին պինդ մի ներքամուք, վորն իր ներքևի ծայրի մոտ հանդուցավոր կոշտացում ունի։*

Հեշտոցի լորձաթաղանթը հարթ ե, ձգված, պատվանդանի հետ բոլորովին անշարժականորեն կապված։ Ձախ կողմից ճաուկի գեղձերը մասամբ մեծացել են։

Ուղիղ աղիքային զննություն. *Ներքամուքի ներքևի ծայրը հասնում ե մինչև ուղիղ աղիքը, վորի պատն այստեղ անշարժականորեն նրան ե կպած, իսկ ավելի վերը ուղիղ աղիքի պատը շարժական ե։ Փոքրիկ արգանդը գտնվում ե յետածռված վիճակում. կցոններն ազատ են։*

Տարբերական ախտորոշման կտեղատատությունները. *Արդյոք — հարուցական հեշտոցային հյուսվածքների բորբոքական ընթացքը. թե ընթացքը պատճառող հեշտոցի բաղցկեղ. թե կոճի շարակցական հյուսվածքի ճառագայթական* (Actinomycosis)։

---

*) Քաղցկեղի բուժման մանրամասնությունները տեսնել տոքում։

Բանի վոր ջերմաստիճանի վոչ մի բարձրացում չկա, հիվանդը չի մտաբերում, վոր յերբևե ապիրնների դեմ և ուրիշ բորբոքական հիվանդություն ունեցած լինի, վոչ առաջ և վոչ այժմ չի նկատված վորևե ախտանիշ, վորը կարողանա յենթադրել տա սերական ապարատի կամ ապիրնների հիվանդություն. այլև յերկու տարուց ի վեր և, վոր մերձավորություն էլ չի ունենում. մի խոսքով, քանի վոր ներքամուքի բորբոքական ծագումի մասին ամեն տեսակ ցուցմունքներ բացակայում են, պետք է վոր ձեր կասկածն ուղղեն յերկրորդ հնարավորության վրա: Յերրորդ հնարավորության վերաբերմամբ հավանական հենակետեր ավելի ևս չկան, ինկատի առնելով, վոր հիվանդը շարունակ մեծ քաղաքում է ապրել:

Ինպատա քաղցկեղի յի վկայում հիվանդության սովնական ծագումը, ներքամուքի սոսրին հատվածի վրա ուղիղ ապիքի անշարժականությունն, ինչպես նաև հեշտոցի բացարձակ պնդությունը ներքամուքի շրջանակում. նույնպես ներքամուքի դիրքը, ըստ վորում զուտ բորբոքական ներքամուքի այդպիսի պարագրված անդադրությունն անհավանական է, ի բաց առյալ այն դեպքից, յերբ դա կապ ունի վիրավորումի հետ: Ախտորոշումը ճշտելու համար հարկավոր է սեպաձև կարված հյուսվածքի փոքրիկ կտորի մանրադիտակային հետազոտությունը կատարել:

Հեշտոցի սարկոմը խորհրդածության առարկա չէ; նախ՝ կնոջ տարիքի պատճառով — հեշտոցի սարկոմով հիվանդանում են հատկապես միմիայն յերեխաներն ու մանկամարդ կանայք — և ապա՝ նրա չափազանց յիղձականության պատճառով: Յերեխաների մոտ նկատված սարկոմը բացի դրանից աչքի չի ընկնում իր բլթակավոր կազմությամբ, այնպես վոր յերբեմն ուռուցքի վողիուզածև կտորներն արտամղվելիս դուրս են կախվում:

Փուշկասուրյան և բուժման վերաբերմամբ նույնը պետք է ասենք, ինչպես 18-րդ դեպքում. սակայն լավ արդյունք ստանալու հավանականությունն այստեղ ավելի քիչ է:

20. Դեպք

Զորս շաբաթ առաջ ամուսնացած դուդը դիմում է ձեր խորհրդին: Պարզում եք, վոր զուգավորվելու կրկնակի ու ապարդյուն փորձերից հետո (իր կարծիքով իր կնոջ շատ նեղ կազմվածքի պատճառով) իր կնոջ մոտ այնպիսի զզայնություն է առաջացել, վոր զուգավորության ամեն փորձ անհնար է դարձել: Յերբեմն նույնիսկ սաստիկ ցավականության չնորհիվ իսկական չզգացություններ են տեղի ունեցել: Դուք պետք է այդ յենթադրյալ արգելքը հեռացնեք:

Յերբ դուք պատրաստվում եք հեշտոցի շրթիներն իրարից հեռացնելու — դեռ նախ քան դուք առհասարակ նրանց դիպչելիք — կնոջ

վոտները. մեկանգամից իրար են խփվում և նա իր իրանի ստորին մասը զննութեան աթոռի յեղրից յետ և քաշում։

Հենց այն և, վոր մտածում եք ախտորոշումն անեք իրրև հիւանդութիւն, յերբ մինչ այդ հանգստացած կինը ձեզ բացատրում և, վոր ինքը, յերբ ձեր մատները իրեն դիպչելին (ինչ վոր փաստորեն յերբեք տեղի չեր ունեցել), իր հեշտոցում և ազդրերում ճիշտ միևնույն ցավական զգացողութիւնն ունեցավ, ինչպես իր ամուսնու մերձաւորութեան փորձի ժամանակ և ունենում։ Սրանով գործի կոյութիւնը պարզվում և և դուք անսխալ ախտորոշում եք — հետցոցյնութիւն (Vaginismus)։

Յերբ դուք այժմ այդ կնոջ բոլորովին անվրդով կերպով հայտնեք, թե ձեր մատները նրան ամենևին չեն դիպչել, նախ հիանդիպեք թերահավատ զարմանքի։ Բայց դուք կնոջը բացատրում եք այդ յերևույթի կապակցութիւնը և հայտնում եք, թե արդյոք այդ զգայնութիւնը մերձաւորութեան մի քանի անցնող փորձերից հետո չի միայն, վոր հայտնվել և։ Այժմ դուք վերահասու յեք լինում, վոր սկզբնական փորձերն ապարդյուն են անցել, հետո սակայն շուտով սկսել և ցավեր զգալ, այնպես վոր հակառակ իր համակրութեան դեպի իր մարդը, միշտ ամենամեծ յերկչութիւով և սպասում ամեն մերձաւորութեան։ Վերջապես մերձաւորութեան յուրաքանչյուր փորձի ժամանակ «ամեն ինչ իր մեջ տակն ու վրա յեղած՝ չդաձգվում եր»։

Այստեղ, հետևաբար, տեղի չունի յերբեք յենթակեղևային անդրադարձման միջոցով առաջացած շարժողութեան համադրութիւն, այլ կա (Վալտհարդ) միայն հոդեկան մի անդրադարձութիւն — յերևակայութիւններ, ցավի և անհանգստութեան հուշապատկերներ և դրանց հանդեպ՝ վախ ու յերկչութ. սրանք են, վոր ամբողջ շարժիչ պաշտպանողական մեխանիզմը շարժողութեան մեջ են դնում — բուլոցի սեղմիչ մկանի, ազդրի մերձաոտար մկանների ու նուշնիսկ կոնքի գոտու և իրանի մյուս մկանախմբերի սպազմ են առաջացնում։ Սա ակընհայտորեն յերևում և այն բանից, վոր չդաձգութիւն տեղի ունեցավ նախ քան առհասարակ վորևե հպումով կարելի լիներ զգայական գրգիռ առաջ բերել։

Այն դեպքերը, վորոնց ժամանակ բուլոց-հեշտոցաբորբի կամ սուսանակային միկրաբորբի կամ շատ սլինդ կուսաթաղանթի հետևանքով յերևան և գալիս հեշտոցամուտքի լորձաթաղանթի իսկական գերզգայութիւն, լավագույն և համարվում անվանել կեղծ հետցոցյնութիւն (Pseudovaginismus)։ Կեղծ և իսկական հեշտոցայնութիւն կարող են բնականաբար համադրվել, ինչպես մեր տվյալ դեպքում։

Յերբ նախապես կատարված լուսաբանութիւնը այդ կնոջը բացատրեք, թե դուք հիմա պիտի սկսեք զննութիւնը և թող նա վըս-

տահ լինի, վոր այդ դննութիյունը նրան վոչ ցավ և վոչ ջղաձգութիյուն չպիտի պատճառի, կարող ևք իսկապես մեծ շրթնները ղրսից շոշափել ու նույնիսկ իրարից հեռացնել բանալ առանց հիվանդին ջղաձգութիյուն պատճառելու։ Հիվանդն սկսում է վատահութիյուն տածել դեպի ձեզ։ Նույնպես անարգել կերպով հաջողվում է փոքր շրթներն իրարից հեռացնել և կինն ինքը խոստովանվում է, վոր վոչ մի ցավ չի նշմարում։ Շրթնները մի կողմ տանելուց հետո բացված կուսաթաղանթը յերևում է, վոր շատ նեղ է, ակներևաբար ամուր, ծաղկաթափ չի յեղած։ Դուք հիվանդին նախազգուշացնում ևք, վոր հիմենին դիպչելը թերևս ցավական լինի։ Յեվ իսկապես, հիվանդը մի քիչ ցնցվում է, բայց ջղաձգութիյուն չի ուղեկնում։ Վորովհետև մատն անցնելու համար հիմենի անցքը շատ նեղ է, դննութիյունն այլևս չեք շարունակիլ։

Բուժումը. Դուք արդեն այդ կնոջը տված ձեր խոհուն պարզաբանումով նրա հեշտոցայնութիյունը հիմնականում բուժած յեղաք։ Բայց վորովհետև կուսաթաղանթի յեզերքներն անատրակուլյա մի վորոշ զգրզդայութիյուն ունեն և յերեք մատը զորով անցկացնեք, ցավ պիտի պատճառի, ուստի անմիջապես կլինի դրանով նորից ատնգանքի նոպաների առիթ տալը և այդ ցավերի վերհիշումով հեշտոցայնութիյան համար նորից հոգեկան տրամադրութիյուն ստեղծելը։ Ավելի շուտ այս դեպքում հանձնարարելի է ընդհանուր նարկոզով կուսաթաղանթը կարգին պատռել և հեշտոցամուտքը յերկու մատ անցկացնելու չափ լայնացնել։ Յերկու շաբաթվա ժուժկալութիյունից հետո մերձավորութիյունը կարող և արտոնվել, վորն այժմ անարգել կերպով պետք է հաջողվի, ընդունելով, վոր մարդը բավարար առնական կարողութիյուն ունի։

21. Դեպք

Բոլորովին զուտ հեշտոցայնութիյան դեպք է հետևյալը։ Մեկ կին, վորը յերկու տարի առաջ բարդ ծոպաբերք եր ունեցել, սեռական սաստիկ հեշտանք ունենալով հանդերձ՝ իր ամուսնու հետ կիրառում է ընդհատուն զուգավորութիյուն (Coitus interruptus)։ Ընդամենը ինքն, ինչպես նաև իր մարդը դարձել են վերին աստիճանի ներվադար։ Ինձ մոտ յեկավ սրբոսկրի ցավերի յեվ հոսքի մասին դանդատանքով։

Սկզբում դեռ դննութիյուն կատարելն անհնարին յեղավ, վորովհետև մատների պարզ մերձեցումը առաջ եր բերում ատնգանք և հիվանդի մարմինը յետ եր ցատկում։ Համապատասխան պարզաբանումից հետո կլինը հոժարակամ և առանց վորևե ցավի արտահայտութիյան թողեց դննելու իրեն։ Դննութիյան ընթացքում հայտնի յեղավ, վոր սեռական որդանները կատարելապես նորմալ վիճակումն են։ Այս դննութիյունից հետո և ընդհատուն զուգավորումին վերջ տալով հեշտոցայնութիյունը կատարելապես բուժվեց։

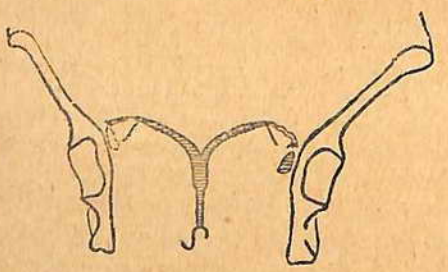
III ԱՐԴԱՆԴԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ՉԱՐԳԱՑԱԿԱՆ ԱՐԱՏՆԵՐ*)

22. Դեպք

22 տարեկան, ցարդ շարունակ առողջ կին ձեր խորհրդին և դիմում, վորովհետև ինքը մինչ այդ դեռ դաշտան չի ունեցել, սակայն 6-ից մինչև 8 ու մինչև 12 շաբաթ անկանոն միջատվությամբ ներքնափորի յերկու կողմում ատնգանման ցավերի նոպարներ և ուռնեննում։ Բժշկական խորհրդի դիմելու անմիջական առիթ և ծառայել յերեկ չե մյուս որը սկսված, փսխումներով բարդված նույն ձևի նոպան։ Կես տարուց ի վեր ամռանացած այս կինն ուզում և միաժամանակ իմանա, թե ինքը դուցե հղի յե՞ ինացել։

Արտաքուստ միանգամայն լավ զարգացած կին։ Ցածր ու տաշտակաձև շեքն առանց խիստ սահմանի միանում և նավակաձև փոսին։ Կուսաթաղանթը ծաղկաթափ յեղած։ Հայելին, նաև դրանից հետո ներս տարած մասը հեշտոցամուտքից $2^1/_2$ մինչև 3 սանտիմետր վերև արդեն հանդիպում և մի անհատրահարելի արգելի։ Մատներելով 14-րդ դեպքը դուք կմտածեք, վոր այդ կինը թերևս յերեխայության ժամանակ ունեցած մի հիվանդության ընթացքում, վորը նա այլևս չի հիշում, հեշտոցի փակչում և հեշտոցի արյունուռուցք և ունեցել։ Սակայն իզարմանաս ձեր, ուղիղ ապիքային հետազոտությամբ վորևե այդ որինակ յետազոտական ուռուցք չեք տեսնում, այլ գտնում եք միայն հեշտոցի յենթաշրական սպիից մի քիչ դեպի վեր յերկարող, մոտավորապես մատիս հաստության տափակ մի լար։ Արդանդն ու ձվարանները վոչ մի տեղ չեն հայտնաբերվում։ Առայժմ ուրեմն դուք կարող եք հաստատել, թե վորևե զբաղկերպության գոյության ունի։ Վորոշելու համար, թե ինչպիսին և այն, միում և միայն ապիքները լավ մաքրել սալուց հետո զննության յենթարկել հիվանդին ընդհանուր նարկոզի վիճակում։



Նկ. 14.

Անա այժմ դուք գտնում եք, վոր շոշափված լարը դեպի վեր մի քիչ հաստանում է, բայց հետո ակնհայտորեն բաժան-

*) Այստեղ պիտի խոսենք գործնականորեն կարևորների մասին միայն։

վում և յերկու ավելի բարակ լարերի, վորոնք ձգվում են դեպի կոնքի պատը։ Ձախ կողմից անանուն զծից ներքև շոշափվում են զարկզարկող մեծ անոթները։ Ընդամին ձեր մատների արանքից դուրս և սահում մի գլանաձև պինդ մարմին, վորը դուցե դուք ընդունեք իբրև իր նորմալ մեծությունից մի քիչ փոքր ճնացած ձվարանը։ Այ կողմից դուք վոչ մի վորոշ յեզրակացության չեք հանդի, թե արդյոք ձվարանը շոշափվում է թե վոչ (նկ. 14)։

Դրականապես գտանք ուրեմն հետևյալ տվյալները.

1. Մոտավորապես նորմալ արտաքին սերմականք։

2. Հեշտոցի կարճացում՝ մատների մեկուկես ֆալանգի յերկարության, կուլր տոպրակի ձևով։

3. Դրա վրայից մատիկի հատուկության, տափակ, յերթալով դեպի վեր՝ իլիկաձև մի լար, վորը սակայն շուտով յերկուսի չի բաժանվում։

4. Ձախ ձվարանը։

Բացասական տվյալներ.

1. Հեշտոցի մեծ մասի բացակայություն։

2. Առանց այլևայլի՝ իբրև արգանդ ընդունելի մի կազմության բացակայություն։

3. Այ ձվարանի չգոյություն (?)։

Անամնեզը, զննության տվյալները և զարգացաբանական փաստերի վերհիշումը առաջնորդում են մեզ անելու հետևյալ—

Ախտորոշում. **Յերկմասնյա արգանդ (կամ յերկեղջյուր ռուդիմենտային միաձույլ արգանդ, միաձույլ հեշտոցով).** (Uterus bipartitus [s. Uterus bicornis rudimentarius solidus cum vag. sol.])։

Այս դեպքը ցույց և տալիս ձեզ արգանդի շատ խորը գնացած աննորմալություն, վորը յերևան և գալիս նաև այլապես լավ զարգացած կանանց մոտ։ Շոշափված տափակ լարի իլիկաձև ուռածությունը համապատասխանում և արգանդի վզիկի միաձուլված հատվածին, վորից ներքև գտնվում և անխոռոչ հեշտոցը։ Իրարից յերկհղի բաժանված լարերը համապատասխանում են արգանդի չմիաձուլված յեղջյուրներին։

Արգանդի կապարյալ բացակայություն — արգանդի անկազմություն (Aplasia uteri) նկատված և միայն անկենսունակ պտուղների մոտ, վորոնք ուրիշ ծանր աննորմալություններ էլ ունեն։ Այլապես միշտ և, գտնում ենք արգանդի մի ռուդիմենտ, թեպետ և՝ կենդանության թերևս անշոշափելի, յերկար կամ շղթակի կամ կամարակերպ յերկարող տափակ լարի ձևով, վոր ձգված և փամփշտի և ուղիղ աղիքի միջև կամ ներկա դեպքում նկարագրված ձևով։ Հեշտոցը բոլորովին բացակայում և կամ գոյություն ունի իբրև ռուդիմենտային ինքնա-

փոփ պարկ, ձվարանները կարող են նույնպես բացակայել, վորը պետք է համարել իբրև նպաստավոր հանգամանք, վորովհետև ինչպես մեր դեպքն էլ ցույց է տալիս, ձվարերք ունեցող ձվարանի գոյությունը հաճախ առաջ է բերում դաշտանի սաստիկ ցավեր (Molimina menstrualia) չնայած ամսական արյունռւմի բացակայության։ Մեր դեպքը ցույց է տալիս միևնույն ժամանակ, վոր այդպիսի կանայք այլապես իրենց ֆիզիքական կազմով լավ զարգացած և կանացիության բոլոր հատկություններով ոժտված կարող են լինեն ու շատ անգամ յերջանիկ ամուսնական կյանք վարեն։ Յեթե մերձավորության խանգարումները կամ դաշտանի ցավերը և կամ յերեխա ունենալու բախտավորության բացակայությունը բժշկական խորհրդի դիմելու չպարտավորեցնեն, յերկու ամուսիններն էլ, նայած հանգամանքներին, հաճախ ամբողջ իրենց կյանքում իրական վիճակին անտեղյակ են մնում։ Մերձավորությունն էլ շատ անգամ առանց վորևե դանդաղի յե կատարվում, ըստ վորում կամ այն է, վոր դոյություն ունեցած հեշտոցի ռևդիմենտը քիչ առ քիչ այնքան է փոսանում, վոր առնուրիվ կերպով ներթափանցման (Immissio penis) հնարավորության բացակայության վրա ուշադրություն չեն դարձնում կամ նույնիսկ միզուկն է, վոր կամաց կամաց հեշտոցի դիրն է սուանձնում մերձավորության ժամանակ։

Բուժումը բնականաբար արդանդի աննորմալության հանդեպ անղոր է։ Վորոշ դեպքերում կարելի յե հնարավոր է հեշտոցի ռևդիմենտի խորացում կամ անատանելի դաշտանային ցավեր յեղած դեպքում՝ ձվարանների հեռացում։

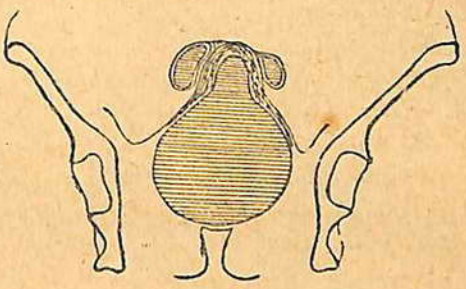
23. Դեպք

Հիվանդանոց են բերում 19-ամյա մի աղջիկ՝ ներքնափորում սաստիկ ու սանդանման ցավերով բռնված, վորոնցից ցավեր արդեն տարիներից իվեր նոպաներով առաջ են յեկել, հետո սակայն ինքնաբերաբար դադարյալ լավացել են, և իբր՝ աղիքային խնդիրներ ընդունված և բուժված են յեղել։ Սրանից յերեք որ առաջ ունենում է նորոգ մի նոպա, ավելամեծ սաստկությամբ և փսխումներով, փորակապությամբ և ամբողջ, չափազանց ցավակաև փորի մեծ լարվածությամբ։ Ցնդաբանվել է, թե հիվանդը ձվարանի կորունդարձ ուռուցք ունի, վորովհետև ուղիղ-աղիքային զննությամբ փորոչ կերպով մի մոլարչաձև ուռուցք է նկատվում։

Այսօրվան անամնեզով մեզ ուղարկված աղջիկը դաշտանի վերաբերմամբ մեր հարցերին պատասխանելով հայտնեց, վոր ինքը դեռ վոչ մի ժամանակ «վատառողջ» չի յեղել։ Բուժող բժիշկն այդ առթիվ աղջկան հանդստացրել է և դաշտանի բացակայությունը բացատրել է իբրև նրա 13 տարեկան հասակում սիփով հիվանդանալու պատճառով մարմնական զարգացման թուլության հետևանք։

Ջննության տվյալները. Ջերմաստիճանը՝ 37,1· պուլս՝ 100։ Սահմանները ու ցայլքի մաղերը և պրոտոմերությունը լավ զարգացած։ Կուլս, սակայն կուսաձագանքից հեշտությամբ մի ժամն անց է կենում, այնպես վոր կարելի յե հեշտոցի կողմից զննել։

Ջննութեան ընթացքում պարզուում է, որ վոչ մի տեղ հեշտոցաբաժինն կամ արգանդարերան դռյութիւն չունի, թեպետ մի փոքրիկ խոռոչավորուած և նկատուում։ Դեպի վերև ավելի լայնացած հեշտոցն ընդհակառակը վակչում է մի ուռուցքի տարբին պատին Ուռուցքը յերեխի գլխի մեծութիւն, շոշափական զգացութեամբ՝ պինդ մոլաբշտային, մասամբ ավելի խտրանման բաղակցութիւն ունի. նա բռնում է ամբողջ փոքր կոնքը դեպի ցած մինչև փշերուսային հարթութիւնը, իսկ նրա վերին, մի քիչ բարակացած բևեռը շոշափուում է յայտնի հատաճռնից վերև։ Այսպիսով ամբողջ ուռուցքն առանուում է մոտավորապես մի ձվի ձև։ Վերին արածայր բևեռի մոտ, որը պատն էլ թվում է ավելի պինդ և, անորոշ կերպով շոշափուում է դեպի յետ ու մի կողմի վրա նըստած, շատ քիչ շարժական մոլաբշտային դիմակայունութիւն, որն ըստ յերևոյթին ավելի նուրբ պատեր ունի. սա աջ կողմից մոտավորապես սագի ձվի, իսկ ձախ կողմից հաղիվ հավի ձվի մեծութիւն ունի և ասատիկ լարվածութեան պատճառով գլխավոր ուռուցքից կարելի չի որոշակիորեն սահմանազատել (նկ. 15)։



Նկ. 15

Ձվարանները չեն շոշափուում. կոնքի շարակցական հյուսվածքը և սրբոսկր ու ոտքանդի կապանները (Lig. sacro-uter.) ազատ են։

Սխալ ախտորոշումը («ձվարանի կոթունապարձված ուռուցք») առանց դաշտանի մասին ճիշտ տեղեկութեան՝ միանգամայն հասկանալի յե և մխիթարիչ ուղիղ-աղիքային զննութիւն կատարելով այս սխալից խուսափելը հեշտ չե։

Ախտորոշման համար վճռական են այստեղ հեշտոցային զննութեան տվյալները. — հետոցաբաժնի և մի պարզորոշ արգանդարերանի բացակայութեան հետ միասին որված այն ցուցմունքը, թե դեռ վոչ մի դաշտան չի ունեցել, այլ ունեցել է ստուգապես ուշադրութեան չառած ընդմիջումներով ցավի նոպաներ, վորոնք շարունակ ավելի ու ավելի ծանրանում են։ Ցեվ վորովհետև կոնքում ուրիշ վոչ մի տեղ արգանդի հետք չի յերևում, կարելի յե հեռևապես տալ ճիշտ—

Ախտորոշումը. **Արգանդի արյունաուռուցք յեվ յերկու կոպմի փողերի արյունաուռուցք, արգանդի առջեվի բերանի անանցքութենից առաջացած** (Haematometra et haematosalpinx bilat. ex atresia orificii uteri externi)։

Ծանր տիֆի ժամանակ վրիկի լորձաթաղանթի և առհասարակ ներարգանդենու կեղծ-դիֆթերիտիկ բորբոքումը հավանորեն պատճառ է յեղել արգանդարերանի ամակցման, վորը հետզհետե այնքան է ամրացել, վոր դաշտանի արյունը չի կարողացել պայթեցնի ու ճանապարհ բանա, այլ մնացել խռնվել է արգանդի խոռոչի մեջ, վերջի վերջո

ամբողջ արգանդը փոխարկել և արյունով լցված մոլաբշտային մի ուռուցքի ու նույնպես բանը հասել և փոդերի մեջ արյան կանգառումին։ Փողերի մասնակցության մասին վկայում և գլխավոր ուռուցքի վրին բևեռի շրջակայքում գտած նուբը պատերով մոլաբշտային գոյացություններ։ Ներկայությունը։

Փողի արյունուռուցք առաջանալու համար բնականաբար հարկավոր է, որ փողի փորային բերաննները նախապես գոցված լինեն։ Տիֆի ժամանակ թերևս փողերի բորբոքում էլ է գտել, որն այդ փակումը հնարավոր և դարձրել։ Այսպիսի փողատապրակների պարունակությունը շատ հաճախ վարակական է (հավանականորեն նրան փակչած հարևան աղիքների մասերից աղիքային բակտերիաների ներդաղթումի հետևանքով)։ այդ պատճառով տոլբրակների պայթելը շատ վտանգավոր է, որովհետև դրան անմիջապես հետևում է մահացու ընդերապատակաբորբ։ Թեպետ բոլոր դեպքերում առանց բացառության այդպես չի լինում, այնուամենայնիվ մարդ չի կարող նախորոք իմանալ, թե արդյոք ուռուցքի պարունակությունը վարակի առաջածուներ կրում է իր մեջ թե ոչ։ Դրա համար արգանդի յուրաքանչյուր արյունուռուցքի ժամանակ պետք է խուսափել հախուռն կերպով գործողություն կատարելուց. լավագույն է չլուծել այն հարցը, արդյոք փողերի արյունահավաք կա թե ոչ, քան չափազանց մանրակրկիտ շոշափումով փողի պատերը պատռելու վտանգի առաջ կանգնել։

Գուցեակատումը շատ լուրջ է գլխավորապես այս վտանգի պատճառով, որը գոյություն ունի նաև վիրաբուժական բուժման ընթացքում, մանավանդ բոլոր այն դեպքերում, երբ արգանդի արյունուռուցքների հետ միասին գոյություն ունեն փողի արյունուռուցքներ։

Բուժումը կատարվում է արգանդի արյունուռուցքների վիրաբուժական պարպումով և այն պետք է լինի ամիսային հիվանդանոցում, մանավանդ որ փողի արյունուռուցքով բարդացած դեպքում հաճախ անհրաժեշտ է լինում փորահատում ևս կատարել։

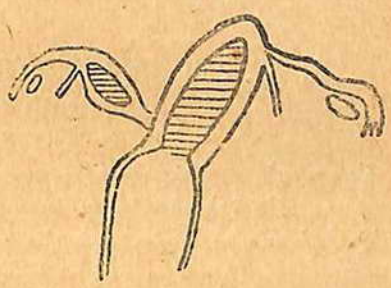
Սերնդական ուղիների մանկական կամ ամբողջական կրկնակիության ժամանակ հաճախ ավելի դժվար է ախտորոշումը, երբ մի կողմից միայն փակում կատարվի ու կազմվի հեղուցի արյունուռուցք կամ արգանդի արյունուռուցք՝ պատահաբար փողի արյունուռուցքի հետ միասին։ Առանձնապես դժվար է բացառել մեկեղջյուր արգանդի այն դեպքերը, երբ մի փակ, սակայն դաշտան պատճառող հարակից եղջյուր գոյություն ունի։ Այս դեպքերում սխալ ախտորոշումն անկը սովորական քան է։ Բայց և այնպես դրանք այնքան հազվադյուտ դեպքեր են, որ չենք ուզում ավելի յեկարկել այդ նյութի շուրջ։

Ցեղի սղությունն սահմանում է մեզ նաև, որ արգանդի զժկերպությունների (Missbildungen) մասին այստեղ միայն մի քանի խոսքով հիշատակություն անենք։

Ցեթե մեկ կողմի վրա պակասում է Մյուլլերյան անցքի այն մասը, որը հետագայում դառնում է արգանդ, սրա առաջանում է մեկեղջյուրանի արգանդ (Uterus uni-

cornis), վորը բացի իր փոքրությունից և ավելի շատ դլանաձև կերպարանքից, ճանաչվում և ավելի իր կողմնային ծռվածությունից։ Հետազոտությունն ընդհանրապես փոքր և, հետազոտի՝ նեղ։ Այդ պարագային նկատված գործունեության խանգարումները հաճախ արտահայտվում են դժգոհության դյուրությամբ. հղության դեպքում շատ անգամ վիժումն տեղի ունենում։ Ծննդաբերության ժամանակ նկատվում է ցավերի թուլությունն, անտնտնոսությունն։ Շեքի պատռվածքի վտանգն ևս մեծ է։

Շատ անգամ մյուս կողմի վրա Մյուլլերյան անցքը միայն վատ և զարգացած, բայց ընդհանուր նարկողի միջոցով ավելի ժանրամասն կատարված գննության ժամանակ կարելի է շոշափել այն փքրև մոտավորապես 2½-ից մինչև 3½ սանտիմետր



Նկ. 16

երկայնության փոքրիկ ու ելևէջավոր լար (նկ. 16)։ Այս ռուդիմենտային հարակից յեղջյուրն ընդհանրապես միածույլ է, իսկ յեթե խոռոչավոր լինի և ձվարանները գործեն, կարող է առաջանալ արգանդի միկրոմանի արյունոտուցք և բեղմնավորված ձվի արտաքուստ յեղած ներգալթի միջոցով հղություն տեղի ունենալ։

Յեթե յերբեք զույգ Մյուլլերյան անցքերն էլ լավ զարգացած են, սակայն միայն անկատար ձևով կամ ամենևին չեն միացել իրար, ապա դրան անվանում ենք կրկնակ արգանդ (Uterus duplex)։ Կատարելապես բացակայող միացման դեպքում առաջանում է յերկակ արգանդ—բաժան կրկնակ արգանդ (Uterus didelphis=duplex separatus)։ Հղության հետացը կարող է մի հատ լինի, կարող է ամբողջովին կամ մասամբ կրկնված լինել։ Յերկակ արգանդի մեկ կեսը կարող է յերբեմն փակված լինել և նրա մեջ կարող է առաջանալ արգանդի արյունահավաք։

Շատ ավելի հաճախ զարգացակաև կասեցումներն այնպես են, վոր միայն արգանդի վերին հատվածներն արտաքուստ բաժանված են մնում։ Այդ դեպքում խոսում ենք յերկեղջյուր արգանդի (Uterus bicornis) մասին, վորն ընդհանրապես մեկ ընդհանուր վզիկ ունի—յերկեղջյուր միավզիկ արգանդ (Uterus bicornis unicollis)։ Յեթե յեն յերբեմն էլ ներքուստ բաժանված և միայն արտաքուստ միաձուլված վզիկ, ուրեմն՝ կրկնակի արգանդաբերան կա—յերկեղջյուր կրկնավզիկ արգանդ (Uterus bicornis bicollis)։

Ուրիշ դեպքերում արգանդի յերկու կեսերի միաձուլումն արտաքուստ կատարյալ, սակայն յերկու Մյուլլերյան անցքերի միջև յեղած միջնորմը մնացած է լինում—միջնորմավոր արգանդ (Uterus septus)։

Յեթե մեկ էլ վերջապես դռնում ենք, վոր արգանդը տափակ, դուրս և մի քիչ փոս ընկած հատակ ունի, իսկ յերբ յեթին նշան արգանդի յերբեմն բաժանվածության—տափակաձատակ կամ ադեղնաձեվ արգանդ (Uterus planifundalis resp. arcuatus)։

Զարգացման այսպիսի կասեցակաև կազմություններ սովորաբար պատահական կերպով են հայտնաբերվում։ այսպես, որինակի համար ադեղնաձև արգանդն իմացվում է ծննդաբերության հետո, յերկեղջյուր արգանդը՝ մեկ յեղջյուրից յեղած վիժումի առթիվ։ Ամենամանրակրկիտ քննչ չի պատահել, վոր յերկեղջյուր արգանդի մեջ բոլորովին նորմալ հղություն տեղի ունենա, մերթ մեկ, մերթ մյուս յեղջյուրի մեջ։

Դիժադաշտանի պատճառով բժշկական խորհրդին դիմող աղջիկների մոտ խիստ շատ անգամ դռնում ենք արգանդի մի ձև, վորն արտաքին կյանքի թերի զարգացման հետևանք է. արգանդն ունի յեր-

կայն, հաճախ շատ պինդ վղիկ և մի բոլորովին փոքր ու կակուղ մարմին—մանկական արգանդ (Ut. infantilis)։ Այդ դեպքում գտնվում են մանկականության ուրիշ նշաններ ևս շեքի, կրծքի, ստինքների, կոկորդի, արտաքին սեռականքի վրա։

Իբրև արգանդի իծնե ապաճում կոչվում է չափազանց փոքր, այլապես նորմալ ձևավորված, ընդհանրապես սրանկյուն կերպով առաջածռված արգանդը։

Բուժման վերաբերմամբ հմմտ. վերը։

ԱՐԳԱՆԴԻ (ՅԵՎ ՀԵՇՏՈՑԻ) ԴԻՐՔԻ ՈՒ ՁԵՎԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Արգանդի նորմալ առաջադարձություն—առաջածություն (Anteversio-anteflexio) *կենթակա չէ տարուբերումների այնքան, որքան փամփշտի և ուղիղ աղիքի լեցվածության. աստիճանը և փորանկրսի ճնշման բաշխումի անհատական դանազանություններր, որոնք պայմանավորված են մարմնի և կոնքի տարբեր կառուցվածքով, արգանդի այդ նորմալ դիրքը մերթ ավելի, մերթ նվազ մեծ փոփոխության են ենթարկում, թեպետ սովորաբար միայն անցողակի կերպով։*

Ըստ այդմ, լեցուն միզափամփուշտը արգանդի մարմինը հրում է դեպի վեր ու յետև, այսպես անվանված՝ միջին դիրքի մեջ, որ ժամանակ ծովածության անկլունը հավասարակշռվում է։ Յեթե այդ ծռումը շարունակվի ճակատային առանցքի շուրջ, արգանդի վղիկն իր ամբողջությամբ մի քիչ դեպի առաջ շարժվի, իսկ արգանդի մարմինն ավելի դեպի յետև գնա, այսպիսով առաջանում է արգանդի յետադարձություն (Retroversio uteri)։ *Յեթե ընդամին արգանդի մարմինն ընկնի դեպի յետ, այնպես որ այժմ դեպի ներս բացված կորության անկլուն դոյանա, ապա սա անվանում ենք* արգանդի յետածություն *(*Retroflexio uteri*)։*

Նեռուզեղ առանցքի շուրջ դարձումները — կողմնադարձություն (Lateriversiones) *առաջանում են արգանդի իրա վրա կամ կցոնների վրա կազմված ուռուցքներից և նայած թե արգանդի մարմինը դեպի աջ թե դեպի ձախ է դառնում, կոչվում են* աջադարձություն (Dextroversio) *կամ* ձախադարձություն *(*Sinistroversio*)։*

Ուռուցքները պատճառում են յերբեմն նաև գագաթնահայաց առանցքի շուրջ դարձումները—շրջադարձություն (Torsio)։ *Շարակցական հյուսվածքի մեջ գոյացած կծկված սպիները կարող են արգանդն ամբողջությամբ դեպի հիվանդացած կողմը ձգեն. մեծ ուռուցքները կարող են նրան դեպի առողջ կողմը մղեն։ Ըստ այդմ տարբերում ենք—*

առաջադրություն (Antepositio) և յետադրություն (Retropositio). ձախադրություն (Sinistropositio) և աջադրություն (Dextropositio)։

Յիներ արգանդն ամբողջությամբ կոնքի մեջ իր նորմալ տեղից ավելի բարձր և կանգնած, անվանում են արգանդի բարձրացում (Elevatio uteri). *ավելի ցած յեղած դեպքում՝* արգանդի իջում (Descensus ut.), *վորը դառնում է* արգանդի առաջանկում (Prolepsus ut.), *հենց վոր արգանդի մասերն արտաքին ամոթոցքից դուրս յերևան։*

Արգանդի յերկայնանալն անվանում են յերկայնում (Elongatio)։ *Միմիայն արգանդամարմնի պատելը մի ուղղահայաց առանցքի շուրջ կոչվում է* առանցքադարձում (Versio axialis). *արգանդի ներսի յերեսի դեպի դուրս շուռ գալունասում են՝* շրջադարձում (Inversio)։

Արգանդի դիրքի և ձևի փոփոխությունների մեծագույն մասն առանձին նշանակություն են ստանում միայն այն ժամանակ, յերբ նրանք մեծ աստիճանի յեն հասել և առացել են տևական վիճակի բնույթ։ Այդ փոփոխությունների ամենամեծ մասի նշանակությունը նսեմանում է նրանց առաջացնող պատճառի հանդեպ և նրանք ներկայանում են իբրև կողմնակի յերևույթներ։ Այս առթիվ կարիք չկա այստեղ ավելի մանրամասնելու։ Ստորև առաջ բերված դեպքերն այս կարծիքի ճշտությունը պիտի ապացուցին (համեմատել 24., 26., 38-րդ դեպքերը)։

Թերևս վորոշ անկախ նշանակություն ունի գերառաջածնություն—սրանկյուն առաջածնությունը (Hyperanteflexio-spitzwinkelige Anteflexion), *վորը դառնում հենց հաճախ դժարշանիից դանդաղող դալկագար աղջիկների կամ ամուլ յերիտասարդ կանանց մոտ։ Այս դեպքերում ինքն արգանդն իր ամբողջությամբ փոքր է, սակայն մանկական բնորոշ արգանդի ձևը չունի. ընդհակառակն այստեղ վզիկը բոլորովին կարճ է ու պինդ։ Ուշագրավ է արգանդի ներսի բերանի ներքությունը, վորը չի թողնում նույնիսկ ամենաբարակ շյուղերն անց կենան։*

Բուժումը կարող է կատարվի միայն հիվանդի ընդհանուր վիճակի բարձրացումով, վորովհետև բաղակազմական նվազարժեքությունն ամեն անգամ դանդաղողի գլխավոր պատճառն է հանդիսանում։ Բայց և այնպես սաստիկ դժարշանին, ինչպես նաև ամլության դեպքում արգանդաբերանի կարումը և վզիկի խողովակի լայնացումը հաճախ լավ արդյունքով են պսակվում։

24. Դեպք

24 տարեկան կայտառ արտաքինով մի կին ձեղ է դալիս դանդատվելու, թե մի քանի օր է ինչ հաճախակի միզելու մղում ունի և միզելիս այրուցք է զգում։ Մինչ այդ՝ կատարելապես առողջ է յեղել։ Դաշտանը կանոնավոր է։

Զննության ընթացքում դռնում ենք այդ կնոջ անդաստակի լորձաթաղանթի թեթևակի կարմրություն ու շարունակելով զննությունը, դռնում ենք այնտեղ սուսանակային միգկաբորբ։ Մատնային զննությամբ դռնում ենք հետևյալ տվյալները. հեշտոցաբաժինը նայում է դեպի մուտքը, արգանդը տարեքին համապատասխան մեծության, ազատ շարժական, կցոնները անվտանգ։ Համաձայնքի չհանում արգանդն մարմինը չի երևում. դրա հանդեպ հեշտոցի յատկին կամարից շոշափվում է տափակ տանձաձև մի մարմին, որն ըստ իր մեծության, բաղակցության և վզիկի հետ իր անկյունավոր ու շարժական կապակցության, անկասկած որն համապատասխանում է արգանդի մարմնին։ Կցոնները նրանց վրայով տեղում են, շոշափումով կատարելապես նորմալ։

Ըստ այդմ՝ դյուրին է տալ հետևյալ—

Ախտորոշումը. **Արգանդի շարժական հետածռություն** (Retroflexio uterimobilis)։

*Այդ յետածռությունն այստեղ յերկրորդական իրագրություն է, վորպիսին դռնում ենք բոլոր կանանց համարյա 20 տոկոսի մոտ։ Այստեղ իրը գլխավոր ախտորոշում պիտի հայտարարվի—***Սուսանակային միգկաբորբ** (Urethritis gonorrhoica)։

Սա պետք է բուժվի առաջև ցույց տրված կանոնների համաձայն։ Հետածռությունն այստեղ վոչ մի նեղություն չի պատճառում. դա այստեղ վորոշ չափով միայն արգանդի դիրքի անհատական բնախոսուհեն նորմալ փոփոխնակ է յեվ իբրեվ այդպիսին՝ վոչ մի բուժման պետք չունի։ *Դրանից ավելի անպատշաճ բան չեր լինի, յեթե դուք նման դեպքում հիվանդին դլխի ձգեյիք և արգանդի ծռությանն մասին ձեր ախտորոշումը նրան հայտնեյիք, և յեթե արգանդն ուղղելու բոլորովին անտեղի փորձ կատարեյիք և կամ ավելի ևս վատ՝ յեթե պեսար դնեյիք։ Դրանով դուք այդ կնոջ դիտակցությունը պիտի ծանրաբեռնեյիք, թե ինքը սերականքի անորոշություն ունի և ձեր սեփական խղճի վրա բեռ պիտի դնեյիք պատասխանատվություն կրելու այն բանի համար, վոր այդ կինը հետագայում թերևս սրեն անցղակի ու աննշան ցավ սերական շրջափակի մեջ պիտի առվերագրի և այդպիսով նոր միայն հիվանդանա։ Մարդ պետք է իրրև որևնք ընդունի, թե արգանդի չբարդված ու շարժական յեռածռությունն բնդհանուրապես վոչ մի նեղություն չի պատճառում յեվ վոչ մի բուժման պետք չունի. պատահաբար հայտաբերված այդ վիճակի մասին, վորի մասին կինը վոչինչ չդիտի, նրան տեղեկություն տալն անգամ դատապարտելի յի։*

25. Դեպք

26 տարեկան մի կին դալիս և ձեզ մոտ գանգատվելով սրբոսկրի համարյա թե անընդհատ ցավերի մասին, վորոնք մանավանդ դաշտանի սկսվելուց առաջ և նրա ընթացքում խիստ նեղացնում են և թե այդ որևրում շարունակ իր կոնքի մեջ տեվական ծանրության յեվ ջերմի զգացմունք ունի։ Կդալիս ել նախադաշտանային շրջանում դժվարացած է. առանց այդ ել փորկապության հակում ունի։ Նախապես բոլորովին կա-

նոնավոր ու անցավ դաշտանը տալն ու կևսից իվեր և շատ առատացել և յեր[illegible] ո ր ավելի յե տեվում: Բոլոր այս ցավերը դադարում են մի տարի առաջ իր ունեցած յերկրորդ ծննդաբերությունից հետո, վորն ըստ ինքյան, ինչպես և դրանից չորս տարի առաջ ունեցած ծննդաբերությունը բոլորովին նորմալ կերպով և տեղի ունեցել: Յերկրորդ ծննդաբերությունից հետո յետծննդյան շրջանում արդարև սկզբի վեց որը միզադրկելություն և ունեցել:

Ջննության տվյալները. Մինչև մեծության կինն, ուժն ու անվածությունը՝ լավ փորձ ուղիղ մկանների աննշան տրամակայությամբ և փորի մի քիչ մեղկ ծածկույթով: Հետացամուտքն՝ ինչպես բազմածիններին ե. շեքն անվթար: Հետոցաքաժիները գտնվում ե միջփեղուկային գծից աւաջ. արգանդարերանն ուղղված և ավելի դեպի հետոցի առջևի պատը: Հետոցի առջևի կամարից արգանդամարմինը չի յերևում, մինչդեռ յետևի կամարից անմիջապես շոշափվում ե: Արգանդամարմինն զգալորեն մեծ ե և վոր գլխավորն ե, վորոշակի կերպով ավելի կակուղ ե, քան թե ընդհանրը թվով յերկու անգամ ծննդաբերություն ունեցող արգանդին պետք ե համապատասխաներ. վզիկի հետ միանում և ուղիղ անկյունով, աղատ շարժական: Քսե ձևարանը գտնվում և սովորականից ավելի ցած, անմիջապես արգանդի ձախ յեզրի մոտ: աչքն՝ մոտավորապես իր նորմալ տեղումն ե:

Ախտորոշումը. **Արգանդի շարժական յեռածություն** (Retroflexio uteri mobilis):

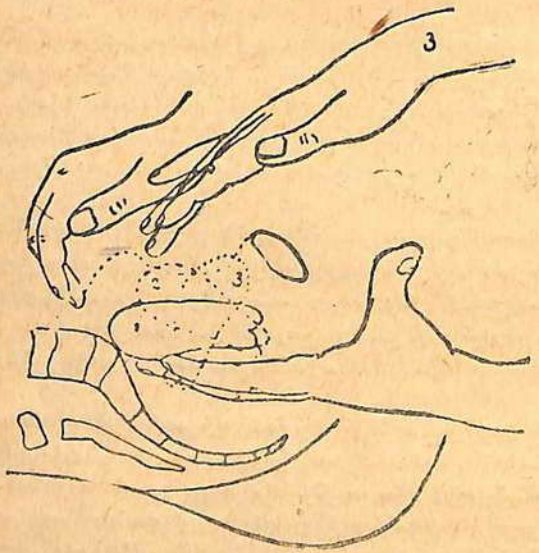
Դիրքի փոփոխությունն այստեղ բոլորովին այլ կերպ պետք ե գնահատել, վորովհետև 1. դոյություն ունեն ցավեր, վորոնք ինչպես փորձով գիտենք, կարող են յետածությունից ծագել. 2. մեծ ու կակուղ արգանդի դոյության փաստը և անամնեզը վկայում են, վոր իրապես յետածության և ցավերի միջև այդ պատճառական առընչությունը դոյություն ունի:

Շատ անգամ և նկատվել, վոր յետծննդյան շրջանում սկզբնապես մինչ այդ առաջածված արգանդն իր դիրքը փոխի և առաջ գա յետածություն: Մեր դեպքում յերկրորդ անգամվան յետծննդյան շրջանում նկատված միզադրկելությունը բոլորովին հավանական և դարձնում նույնիսկ յետածություն առաջանալու ձևը՝ հետևյալ կերպով:

Պատկած ծննդկանի չափից ավելի լեցված միզափամփուշտն ամենից առաջ արգանդամարմինը յետ մղած կլինի, ինչ վոր յետծննդյան շրջանում արգանդի նեղուցի թուլությամբ հեշտացած և լինում. հետո հավանական ե, վոր միզափամփշտի փողածորով դատարկումը և դրա հետ միասին փորի ծածկույթների յետծննդյան շրջանում ցուցաբերած թուլությունը փամփուշտ ու արգանդի փոսությանը մեջ աղիքներ մտնելու հնարավորություն ընձեռնեին և ապա փորանեքսի ճնշման բարձրացումով արգանդի յետածությունը դառնար տևական վիճակ: Վերջապես, յետծննդյան շրջանում կանոնավոր արդեն արգանդի յեռածություն առաջացած այսպիսի դեպքերում, չնորհիվ ծռումի խորության, արգանդի յելակների մեջ շուռով արյան հոսումի դժվարության և ծագում: Դրանով պայմանավորված արյան կանգառումը իր

կողմից արգելք է լինում արգանդի պատշաճ կերպով փոխրանցման — արդանդը մնում է ուսականորեն մեծ, ինչպես վոր մեր դեպքումն է, — նաև ամսական արյունոտման սաստկանալու մեղքը բաժին չի հուշնպես այդ հանգամանքի վրա։ Շատ հեշտ կարելի չի հասկանալ — և սա թվում է ինձ ապացուցված, չնայած վոմանց կողմից դրա հակառակը հաստատելու ցանկության, — վոր այդպիսի մեծ և կանգնառական արգանդը, վոր խորքում սրբոսկրի փոսուրթյան մեջ ուղիղ աղիքի վրա չի ընկած, անամենգի մեջ նկարագրված ցավերն է պատճառում ու դարձյալ, վոր նախապատրաստական դերարնութիւնն այդ ցավերն ավելացնում է։

Այս կերպ ըմբռնելու լավագույն ապացույցը կայանում է նրանում, վոր արգանդի դիրքի ուղղումը շատ անգամ մի քանի շաբաթվան ընթացքում արգանդն իր նորմալ չափին և հատկանում և դրանով ցավերը չքանում են։ Ես դիտեմ նույնիսկ այնպիսի դեպքեր, վորտեղ յերբ արգանդի փոքրացումը տեղի ունենալուց հետո արգանդը դարձյալ յետ ծռվեց, վոչ մի ցավ առաջ չեկավ, կամ միայն անշան ցավեր յերևացին. մինչդեռ նործննդաբերության կապակցությամբ դարձյալ ավելի սաստիկ ցավեր սկսվեցին։



Նկ. 17. Արգանդի ուղղումը (բազակերպված ըստ Բյուստների)։

Հետևաբար այսպիսի դեպքերում յեռածռության բուժումն ամենառակուսը ցուցական է։ *Բուժումն կատարվում և արգանդն ուղղելով և նրան իր նորմալ դիրքի մեջ պահելով։*

Ուղղման տեխնիկան. Փանիուչյան ու աղիքը դատարկելուց հետո յերկու մատները հնչոցի յետին կամարի կողմից արգանդի հատակը փոքր կոնքից դուրս են հրում։ Ձերը դա կոնքի մուտքի մակարդակից վերև և բարձրացած, նրան ընդառաջում և դարավանդի ուղղությամբ դրսից դեպի ներս սեղմած ձևոքը և ճնշում է նրան ամբողջովին առաջածռության դիրքի (նկ. 17)։ Ձերբևին, հատկապես յերբ հնչոցի կամարը կարճ և կամ ձեղ, ուղղումն ավելի լավ և հա-

ջողվում, յնթե արդանդամարմինը ուղիղ ազիքի կողմից մէջնամատով բարձրացնենք և միաժամանակ հեշտոցի առջևի կամարից ցուցամատով հեշտոցաբաժինը յետ մղենք։

Նվազ վարժ բժիշկներին — վորովհետև վերսին տեղագրության աշխողությունը կախված է մեծ մասամբ վարժությունից,—շատ հանձնարարելի յե Ֆյուսցների ուղղության ընդունակը գնդաբցանով կարճում են հեշտոցաբաժինը և ուժով ձգում դեպի առաջ ու ներքև։ Այս կերպով շատ անդամ ավելի հեշտությամբ և հաջողվում յետին հեշտոցա-կամարից կամ ուղիղ աղիքի կողմից արդանդն հասակը բավականաչափ բարձրացնել ու այնուհետև շարունակել ուղղումն այն ձևով, վոր կարճած հեշտոցաբաժինը աղեղնակերպ շարժումով դեպի յետև ու վերև հրենք։

Ջոնդով ուղղումը, վորն առաջներում շատ եր կիրառվում, գործարար բժիշկին անպայմանորեն խորհուրդ չի տրվում գործադրել ընդհակման վտանգի պատճառով։

Ուղղած դիրքի մեջ պահելը կատարվում է հեշտոցի պեսարի միջոցով, վորի համար ընդհանուր առմամբ յերկու մոդելներ, Հոջկի մոդելը (նկ. 18) և Թոմասի մոդելը (նկ. 19), կատարելագործ բավական են։ Միշկային զգայուն շրջանին դիպչելուց խուսափելու համար պեսարը թեք, հատկապես այն ձևով է ներս տարվում, վոր լայն ա-ղեղնակը դեպի վերև, իսկ նեղը դեպի ներքև նայի։ Յետևի աղեղնակը ներս տանելիս, նախ պետք է այն ուղիղ աղիքի կողմը սեղմենք, վորպեսզի հեշտո-ցաբաժինը նրա վրայից դենը սահի և ապա լինքը հեշտոցի յետին կամարի մեջ ուղիղ նատի։



Նկ. 18



Նկ. 19

Ձիշտ բնտրված պեսարը պետք է լինի այնքան փոքր, վոր ուղիղ ևնց արգանդի դիրքը պահելու գործը լրիվ կատարի. ըստ վորում նա հեշտոցի յետին պատն այնքան պետք է ձգ տա, վոր այդպիսով հեշտոցաբաժինն ևս կոնքի յետին կիսոդակի մեջ սեվեռված հաստատվի։ Հաջող բնտրված պեսարը պետք է վոչ մի անհանգստացնող չպատճառի հիվանդին։ Մյուս կողմից նա այնքան էլ փոքր չպիտի լինի, վոր կղումի միջոցին հեշտոցի միջից չլրծնի ու դուրս ընկնի։

Ընդհանրապես դերադասելի յե Հոջկի ձևի պեսարը. Թոմասյան պեսար պետք է ընտրել, յերբ հեշտոցի պատերը թուլ են և արգանդի վղիկը յերկայն է։ Վեցից մինչեվ ութ ամիս հետո պեսարը հանելուց դեպս փորձի համար պետք է հեռացնել, վորովհետև այդքան ժամանակվա մեջ սպասելի յե, վոր արգանդն իր կապաններով միասին հարմարված լինեն նոր դիրքին և իրենք իրենց պահեն նորմալ դիրքում։

26. Դեպք

28 տարեկան մի կին, չորս տարուց իվեր ամուսնացած՝ բայց ամուլ, ձեզ է դիմում մի շարք ցավերի մասին գանգատներով, վորպիսիք են—արբոսկրի ցավեր. փորի մեջ նճռում յեվ լեցվածություն, փորպատություն, ճնշում ոտամոքսի կողմերում, յերբեմն նակի ուռի խառնում, ընդհանուր տկարություն, վորը նրա ամբողջ աշխատունակությունն էս վատացնում է. վոտքերի մեջ ձգող ցավեր և դժում ամենաչնչին աշխատանքից

հետո, աշխատանք՝ որը պահանջվում է այս բարեկեցիկ կնոջ անառեսության համար, ursի բարախում, դլխի յավ և անքնություն։ Բոլոր այս ցավերն ավելի ցայտուն կերպով յերևան են դալիս մանավանդ դաշտանի ժամանակ և անմիջապես նրանից հետո։ Դաշտանն իջնը յերևում է ամեն 28-որը մեկ, 5-ից մինչև 6 որ տևողությամբ, արյունումը սկղբից արդեն շատ առատ է լինում և հատկապես առաջին ու յերկրորդ որը չդանդությունններով ընկերակցված։

Մնացյալ ցավերն արդեն անա մոտ յերկու տարի յեր, որ դոյություն ունեին։ Սրբոսկրի առատ ցավեր ընդհակառակն առաջին անգամ յերևացել են յեռուլքի վրա բնկնելու կապակցությամբ՝ դորդի վրա վատը ծանելու հետևանքով։ Այս հիվանդին այն ժամանակ դարմանող բժիշկը դտել և արգանդի ծռություն, որը նա համարել և այս կնոջ առատ դաշտանի ու դժագաշտանի, ինչպես նաև անդավակության պատճառը։

Սրբոսկրի ցավերն սկղբում անկողմանումով չուտ լավանում, բայց վերկննալուց հետո դաբձյալ ավելի վատթար կերպով նորոգվում եյին։ Ցերբ բժիշկը արգանդի ող դրեց, սկղբում դեռ դժ սլիորեն լավացավ, բայց ինքը ողի ներկայությանը յերկար չդիմացավ։ Այդ պատճառով մեկ տարի առաջ ողը հեռացրինք։ Սակայն դրանից հետո ցավերն ավելի սաստկացան, ինչպես վերը նկարագրվեց։ Հիմա հիվանդին ուղում է իմանա, թե արգանդի ծռությունն արդյոք չատ և վատթարացել։

Չննության ենթարկեր։ Ձեր առաջ կանգնած է դունատ ու ընբռնակազմ մի կին, մեջակ անվածությամբ, որն իր ամբողջ կյանքում մի անկյուն անձնավորության տպավորությունն է անում։ Այս հանդամանքը ձեղ դրդում է սերտ կանքի գննությունից առաջ նրան ընդհանուր մարմնական քննության ենթարկելու։ Դրա ընթացքում պարզվում է, որ այդ կինը՝ այստեղ միմիայն կառնորդությունները հիշատակելով, ունի—գարկի արտացում, մորթազրություն, յերախի ռեֆլեքսի բացակայություն, չափազանց ավելացած ծնկոսկրային ռեֆլեքս, ճնշացավականություն՝ սրտի ծայրի շրջանում, սեջքի վողնաշարի շրջանում բացահայտ գերզդայություն, կարճ ասած՝ կան նաև հիստեռա-նեվրաստենիայի ընդհանուր նշանները, որոնք ըստ ամբողջ անամնեզի՝ արդեն հավանական եր որ լինեին։

Սեռականքի գննությամբ պարզվում է, որ հեշտոցամուտքն այնպես է, ինչպես պատշած է մի անձին կնոջ, առանց որևե բորբոքական յերևույթների։ Հեշտոցաբաժինն ուղղված է դեպի ժուռքը, արգանդի մարմինը առջևից ցայտոսկրի հատածնքի յետևում չի յերևում, այլ հեշտոցի յետին կամարից շոշափվում է իբրև տափակ ատամձան, զգիկի հետ շարժական կեպով միացած մի ուռուցք։ Ձվարանները յերկու կողմից իրենց նորմալ տեղումն են, ազատ շարժական։ Նրանք շարակցական հյուսվածքն անփոփոխ։

Ախտորոշումը. Շարժական յետածռություն (Retroflexio mobilis)։

Այս դեպքն ևս, չնայած սերտականքի դրության մասին նույնպես նույն ախտորոշման, պահանջում և առանձին լուսաբանություն և հատուկ բուժում։

Սերտականքի գննության տվյալները 24-րդ դեպքում նկարագրվածի դրության հարևնման են. սակայն և այնպես վորքան տարբերություն։ Այնտեղ սերտականքի դրության մասին առհասարակ վոչ մի դանգատ չկար, 25-րդ դեպքում նույնիսկ հիվանդին իր մեծ ու ծանր արգանդով համեմատաբար շնչին ախտանիշներ ուներ. իսկ այստեղ, այս փոքր ու ազատ շարժական արգանդ ունեցող կնոջից լսում ենք արտակարգ առատությամբ գանգատներ, վորոնք հիվանդի կողմից ընդունե-

վում են, թե բոլորն էլ առավել կամ նվազ չափով արգանդի յեսածնության նեs առնչություն ունեն։

Սակայն հիվանդի ամբողջ պատմությունից հետո, մարմնական ընդհանուր զննության արդյունքից հետո, ով կարող է ամենաչնչին տարակույսն ունենա, թե այսեղ, ճիշտ ինչպես 24-րդ դեպքում, արգանդի յեսածնությունն բսթիմյան անձնական յերկրորդական մի դրություն է և իսկական հիվանդությունը մի [ներվագարություն—հիստերա-ներվանուժակություն է (Neurosis—Hystero-neurasthenie)։

Ապացույց. Այս հիվանդը, ճիշտ ինչպես այն առաջին կինը, վըստահաբար իր արգանդի յեսածնությունն ունեցել է իբրև արգանդի դիրքի իծնե փոխաձեվություն ու այնուամենայնիվ մինչև սրանից մոտ յերկու տարի առաջ վոչ մի ցավ չի ունեցել։ Վորովհետև նույնիսկ մի քիչ ուժեղ ամսական արյունում՝ թեթև դժաղաշտանով, այնքան հաճախ է պատահում առանց յեսածնուժի, վոր բռնադրսիկ կլիներ վերջինս մյուս յերևույթների համար պատասխանատու դարձնել։ Այստեղ մենք գործ ունենք հայտնապես նվազարժեք բաղկազմությամբ մի կնոջ հետ, վորն արդեն իր տնային պարտականությունները կատարելու է վիճակի չե առանց լարված ջանքերի. մի կին, վորի հոգևկան վիճակն արդեն ամուսնության առաջին տարուց հետո անդամակցության հետևանքով ակնհայտորեն ընկճված է։ Սակայն ինքը յերբեք չեր մտածել իր սեբական ապարատի՝ իբրև իր ցավերի հնարավոր աղբյուրի մասին։

Յեվ ահա մի դիպված, յեսուքի վրա հավանորեն անշնաս կերպով ընկնելը առիթ ավից սրբոսկրի ցավերին, վորոնք բժշկին դըրդեցին սերմականքի զննության կատարելուն։ Միայն հիմա յե այդ կինը վերահասու լինում իր արգանդի փոփոխությանը։ Բժիշկն այս փոփոխությունը հայտարարում է իբրև այդ կնոջ ամլության (արդյոք իրավացի կերպով թե անիրավացի, դա առանձին հարց է), ինչպես նաև նրա սաստիկ դաշտանի և դժաղաշտանի պատճառը. և ահա այդ ժամանակվանից սկսած կուտակվում են ցավերը, տեղային, ինչպես նաև հեռավոր ախտանիշները, մինչև վոր բժիշկն արգանդի այդ ծռությունն ուղղում է։ Պետարը, վորը թերևս մի քիչ մեծ և ընդըրկած յերևել, այդ ղժայուն կնոջ նեղություն է պատճառում և հեռացվում է, չնայած վոր այդ ողը ժամանակավոր առողջություն է պատճառած լինում։ Ցավերը նորից վատանում են, կնոջ ամբողջ յերևակայությունը հառում է կրկին ու կրկին իր սեռականքի անհոմալության վրա, վորին համարում է նա իր հուսակորույս կյանքի, ինչպես նայել իր անհամար գանգատների պատճառը։

Այս դեպքն այնքան ուսանելի յե և յես հենց դրա համար ընտրեցի այն, վորովհետև դա իբրև հրահանգիչ որինակ ցույց է տալիս, վոր բսթիմյան բոլորովին անմեղ մի հանգամանք ամենախիստ նեղությու-

ներս է պատճառում, յեթե յերբեք յերեակայության պարունակության սխալ դասավորության մեջ այն բազմաթիվ ցավերը, վորոնք անուժական ամբողջ որգանիզմի սաստկացած ու միաժամանակ մոլորական հակազդեցության հետևանք են, սխալմամբ վերաբերվեն սեռական ապարատի շրջափակում։

Արգանդի յետածռության այսպիսի հիվանդությունների բուժումը կայանում է ամենից առաջ հիվանդի ներվային համակարգության վիճակին պատշաճեցրած ընդհանուր ուժեղացնող միջոցառումների մեջ (մեղմ շրաբուժություն, կլիմայական բուժում, յերկաթ-արսեն) ու ավելի ևս հիվանդին տրված մանրամասն բացատրություններով նրա միտքը լուսավորելու (հոգեբուժություն Psychotherapia), ինչպես նաև նրա ամբողջ կենցաղի կանոնավորելու մեջ։

Միայն այնտեղ, ուր հիվանդի կողմից բացակայում է բավականաչափ խելամտություն կամ յերբ հիվանդի դլխում շատ խոր արմատ է գտել այն գաղափարը, թե յետածռությունն է բոլոր նեղությունների պատճառը և դրա հետևանքով վերոհիշյալ միջոցառումներն արդյունք չեն տալիս, խորհուրդ է տրվում արգանդն ուղղել և պեսար գործածել տալ իրրև ժամանդակող, վորոշ չափով իրրև ներշնչական միջոցառում։ Այդպես վարվելու վորոշում ենք կայացնում հատկապես այն ժամանակ, ըստ հանգամանքների՝ նույնիսկ հենց սկզբից, յեթե դոյություն ունի ամլություն, վորի համար թե մարդու և թե կնոջ մոտ վոչ մի պատճառ չի հայտնաբերվել, կամ յեթե, չնայած կրկնակի հղությունների, արգանդի յետածռության հետևանքով ամեն անդամ 3-րդ կամ 4-րդ ամսում վիժում և տեղի ունենում։ Ըստ հարկին կարող է նույնպես արգանդի դիրքի վիրաբուժական ուղղումն ինկատ առնվի։

27. Դեպք

32 տարեկան մի կին դանգատվում է, վոր 3/4 տարուց ի վեր արբսակրի համապատասխան ցավեր է զգում, նեյրքնափորի յերկու կողմերում ձգող ու յերբեմն այրող ցավեր ունի, վորոնք շատ անգամ խփում են վոտքերին։ Ունի փորկապություն, մեկ մեկ էլ՝ փորլուծություն։ Կոշտ արտաթորանք կղելու միջոցին ցավեր է ունենում։ Նկատելի չի, վոր նախկինի հանդիպ ներկայումս դաշտանը սաստկացել լինի ավելի ցավագին է դարձել ու յերեկում է չափավոր սպիտակ հոսք։ Բոլոր այս ցավերը յերեկան յեկան սրանից մեկ տարի առաջ ունեցած իր յերրորդ ծաղրերբից մի քանի տասն հետո միայն։ Այդ ծաղրերբի ժամանակ բնկերքը ձեռքով է հեռացվել։ Յետածնընդային ընթացքում մի քանի որ տաքություն և ներքնափորի յերկու կողմում, ինչպես նաև սրբոսկրում, ցավեր և ուռնեցել։ Մի բժիշկ նրան յերկու շաբաթ կաթիլներով ու կոմպրեսներով է զբաղանել։

Ջննության տվյալները. Հեշտոցամուտքն՝ ինչպես բազմածին կանանց մոտ, առանձնապես վոչինչ չիս։ Հեշտոցաբաժինը նայում է դեպի հետոցամուտը. արգանդը բավական անկյունով յետածռված, նորմալ մեծության, շարժել փորձելիս՝ ցավագին։ Կոշ-

ները յերկու կողմից էլ քիչ ավելի հաստ են ու ավելի դժվար շարժական։ Դույզ ձվարանները ևս շատ ձգված են դեպի յետ և շարժելիս՝ նուլնպես խիստ ցավական են։ Ամսական և կույր աղիքի, նաև կորածքի շրջանում խորը ճնշումը՝ բացահայտորեն ցավական։

Արգանդի ծռությունն ուղղել փորձելիս, վոչ միայն սաստիկ ցավեր են զգացվում հիվանդի կողմից, այլ և հենց վոր ձեր ձեռքը արգանդի հատակը մի քիչ բարձրացնել, դուք կշոշափեք բարակ լարեր, վորոնք ձգված են արգանդի հատակի և Դուգլասյան խոռոչի հատակի միջև։

Ախտորոշումը. Արգանդի սեվեռված յեռածռություն (Retroflexio uteri fixata)։

Այստեղ ուրեմն արգանդն իր դիրքում սևեռված է հարակցական լարերի միջոցով։ Զվարանների սահմանափակ շարժականությունը, ամսական և կուրծքում, նաև կորածքի շրջանում զգացված ճնշացավականությունը սակայն վկայում են այն մասին, ինչպես վոր հաճախ կատարված փորհատումները ցույց տվին, թե նաև արգանդի ու կցոնների միջև, ինչպես և վերջիններիս ու աղիքների միջև նույնպիսի արտակարգ հարակցություններ գոյություն ունեն, վորոնք այդ մասերի նորմալ շարժականությունը սահմանափակում են։ Այստեղ ուրեմն հայտնապես խնդիրը վերաբերում է կոնք—ընդերապատակյա բորբի պատճառած փոփոխություններին։

Մեր դեպքում, ինչպես հարյուրավոր ուրիշ դեպքերում, այս յերևույթներն իրար հետ հավանորեն այն առընչությունն ունեն, վոր այս կինը, վորն արդեն առաջուց արգանդի յեռածռություն է ունեցել, սակայն յերբորդ ծննդաբերության ժամանակ ընկերքը ձեռքով պոկելու կապակցությամբ մի բոլորովին անկարևոր կոնքաբնդերապատակի բորբոքում է ստացել. ապա, բորբոքական արտաթորանքի վերածծումից հետո իբրև արտաթորանքի փոփոխված և հետզհետե կծկռտված հարակցություններն արգանդի շարժական յեռածռությունը քիչառքիչ սևեռված յեռածռության են վերածել։

Դյուրին է ըմբռնել, վոր այսպիսի դեպքերում արգանդի յուրաքանչյուր շարժումը, վորը կապված է հարակցային լարերի քաշքշումի հետ, լինի դա ցնցություն կատարելիս թե կյանքի բերումով, որինակի համար՝ կղումի պահին, զոր անելիս կամ մերձավորության ժամանակ, ինչպես նաև նախադաշտանային զգայնության ժամանակ, բացատրված ձևով ցավեր կպատճառեն։

Բնականաբար անհրաժեշտ չէ, վոր անպատճառ յեռածքնդյան շրջանում առաջացած արգանդի ընդերապատակաբորբը լինի արգանդի յեռադարձության — յեռածռության այդպիսի յերկրորդային սևեռվածության պատճառը։ Այդ նույն բանը կարող է սուսանակի կամ կույրաղիքի պատակաբորբի և սերականքի առաքելուղղի ժամանակ էլ առաջանալ։ Բորբոքումից մնացած հարակցությունները կարող են,

ինչպես մեր դեպքում են, բացահայտ լարեր կազմեն. նրանք կարող են նույնպես միմիայն նուրբ, շղարշվող շղարշի պես լինեն կամ ընդհակառակն արգանդի ու ուղիղ աղիքի միջև ընդարձակ ու ծավալուն ամակցումներ առաջացնեն:

Այս պատկերի մանրամասնությունները կարող են շատ այլազան լինեն, սակայն դրանց ճշտորեն ստուգումը կարելի չէ կատարել միմիայն փորահատումի ժամանակ:

Սեվեռված ու ցավ պատճառող չեռածոռքյունը պետք ուճի բուժման: Նրա ուղղումն առհասարակ չի հաջողվում: Գործարար բժշկին պետք է զգուշացնեմ ընդհանուր նարկոզի ժամանակ զորով ուղղում կատարելուց, վորովհետև դրա ընթացքում կարող են պատռվածքներ և արյունահոսներ առաջանան, վորոնց վերահասու լինել անհնար է:

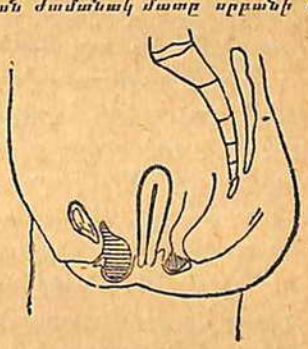
Յեթե ցանկանում ենք արգանդի սևեռված չեռածոռքյունը պահպանողական մեթոդով բուժել, ապա դրա համար ամենից առաջ վերածծումը նպաստող միջոցառումները պետք է ինկատի ունենալ: Յերբեմն դրանցով լերկար բուժելուց հետո շատ լավ արդյունք է ստացվում: Տարակույս չկա սակայն, վոր ամեն սևեռված չեռածոռումի դեպքում արգանդի վերատական ուղղումը ամենից արագ ու ամենավստահելի կերպով նպատակին ծառայող միջոցառումն է, վորպիսի գործողության նպաստավոր դուշակասումի պատճառով հենց սկզբից առանց յերկմտելու կարելի է հանձնարարել այն: Գործողությամբ վոչ միայն սևեռող լարերն են կտրում, այլև դրանից հետո արգանդն ուղղում են ու գործադրվող վորևե մեթոդով հոգում, վոր արգանդն այնուհետև իր նորմալ դիրքի մեջ պահված մնա:

28. Դեպք

44 տարեկան կին, վորը հինգ նորմալ ծննդաբերություն և ունեցել, առաջին անգամ՝ 30 տարեկան հասակում, հետևյալ դանդաղներն և հայտնում. արդեն առաջին ծննդաբերությունից իվեր տառապում է արբոսկրի միջընդհատ ցավերից և դեպի ցած մղում ունենալու զգացմունքից, վորը նույնպես, ինչպես և արբոսկրի ցավերը, նկատելի չի դառնում յերկար կանգնելուց ու քայլելուց հետո: Վերջին տարիներում այդ ցավերը սաստկացել են: Բացի դրանից ինքն այն զգացմունքն ունի, վոր կարծես մի բան իր հեշտոցից դուրս պիտի ընկնի և կարծում է նույնպես, վոր քիչ ավելի ծանր ֆիզիքական աշխատանքի ժամանակին, ինչպես լվացքի դանդրուղը բարձրացնելիս կամ դաշտային աշխատանքի ժամանակ, իսկապես վոր մի բան իր հեշտոցից դուրս է յելնում: Վերջին ժամանակներս ի վեր, յերբ ինքը ուրիշ ժամանակներից ավելի շատ դաշտային աշխատանք և ունեցել կատարելու, բացի վերոհիշյալներից՝ նկատում է նաև, վոր հաճախակի միզելու մղում ունի, սակայն և այնպես շատ քիչ մաղ կարող է թափել, այն էլ յերկար զոր անելուց հետո միայն: Նույնպես կդժվի ժամանակ վերջին տարիներում հետզհետե ավելացող դժվարություններ ունի կղումն սաստիկ պահանջ և դժուժ,

սակայն ընդ ամին այն դժացուցին ունի, իբր թե կղանքը չի կարող դուրս գալ։ Դաշտանը և ուրիշ հանդամանքները՝ բոլորովին նորմալ են։

Ձննության տվյալները. Արտաքին ամոթոցքը մատի լայնքի չափ բաց և մնացած։ Շնքի խոր ու հին պատռվածք։ Բուհոցի մեջ ուռած յերևում է հեշտոցի առջևի, նաև յետևի պատը։ Ցերը զոր է անուս, հետոցապաթիլներ բունցից յերեվում են, հեշտոցաբաժնից առաջ հետոցի առջևի պատի տակ կազմվում և հավի ձվի մեծության մի բշտային ուռուցք. նույնպես և հեշտոցի յետևի պատը ազատում ձվի մեծության մի ուռուցք և կազմում զոր անկլիս։ Արգանդը յետադված է, վզիկը հաստատյա նույնքան յերկայն է, վորքան մարմինը։ Ձվարանները յերկու կողմից էլ իջած են, ազատ շարժական։ Փողաձողը ներս տանելիս՝ պետք է նրան բարձրացնենք, վորպեսզի փամփշտի մեջ մտցնենք։ Փամփուշտը դատարկելուց հետո հեշտոցի առջևի պատի տակ յեղած ուռուցքն անհետացավ, վոր նշանակում է, թե այդ բշտաձև ուռուցքն ուրիշ բան չեր, այլ սիայն միզով լցված փամփուշտ։ Ուղիղ աղիքային զննության ժամանակ մատը սրբանի սկզբից մինչև դինն անցնելուն պես հանդիպում է աղիքի առջևի պատի մի փոսուրության, վորը համապատասխանում է հեշտոցի յետին պատի ուռածության (նկ. 20)։



Նկ. 20

Ախտորոշումը. Միզածորվիկի յերկայնացումով և հետոցի իջվածք—հեշտոց-փամփշտաձողվածք, ուղիղ-աղիքի ճողվածք (Desceusus uteri [cum elongatione colli] et vaginae [colpo-cystocele, rectocele])։

Ինչպես տեսնում ենք, ախտորոշումը վոչ մի դժվարություն չի պատճառում և յեթե փողաձողն ոդնության կանչենք և ուղիղ-աղիքից շոշափումով զննություն կատարենք, հեշտ կլինի նույնիսկ վորոշել, թե արդյոք փամփշտի և ուղիղ-աղիքի ճողվածք գոյություն ունի թե վոչ։

Պատճառախոսությունը. Ինչպես և ծագում այսպիսի առաջանկում։

Արդեն վերևում հիշատակություն յեղավ, վոր այսպես կոչված արգանդի կախակալ պարագաները, քանի դեռ նրանք անվթար են, կարող են միջին դիրքից համեմատաբար մեծ խոտորումներին մինչև մի վորոշ աստիճան արգելք հանդիսանան և դրանով միջնորդաբար նպաստեն արգանդն իր նորմալ դիրքի մեջ պահելուն։ Սակայն կոնքի մեջ արգանդի սևեռման համար գլխավոր դերը խաղում է մկանային հեգյական ապարատն իր փակեղներով և կոնքի բոլոր մասերն իրար հետ շաղկապող շարակցական հյուսվածքով միասին։ Նույնիսկ սերտական բացվածքը միզասեռական յեռանկյունու շնորհիվ ավելի ևս այնպես է նեղացած, վոր ուժգին զոր անելով անգամ արգանդը չի կարող ցած իջնել, մանավանդ վոր փորի պատերի սղմումով զոր անելիս՝ միաժամանակ սրբանի բարձրացնող մկանն էլ է կծկվում ու սերտական բացվածքն ինքն իսկ ավելի յև նեղանում։

Սեռական բացվածքի լայնությունը կարելի չի փոխել, չեթե մարդ չկիսու մասնները հեշտոցի մեջ մտցնելուց հետո կնոջը թեկուզեւ, որ նա կոնքը բարձրացնի և իր մկանները լարի այնպես, իբր թե ուզում և դուրս թափվելու մոտ կղանքը չետ պահի։ Ընդամենը կծկվում և նաև արգանդը բարձրացնող մկանը։ Կարելի չի փոշ միայն սեռական բացվածքի լայնքը, այլ նաև բարձրացնող մկանի առաջային թևի ամրակցման հանգամանքները, ուժը և կծկման ընդունակությունը, նույնպես այդ մասերում չեղած հնարավոր թերություններն ստուգել։ Դրա համար անշուշտ բավականաչափ վարժություն ունենալն անհրաժեշտ է։

Հարկավ չեթե բարձրացնող մկանը ծննդաբերության ժամանակ բազմակրկին ձգվելումի հետևանքով թուլացած կամ վիրավորումների հետեվանքով սեռական բացվածքը խիստ լայնացած, վիրավորումները, վորպիսիք ծննդաբերության ժամանակ վոչ միայն միզասեռական ստոծանուն, այլ նաև բարձրացնող մկանի առաջային թևին կարող են վնասեն — սովորաբար չերեխի գլխայեւի ճնշումից — ու նույնիսկ ցայլոսկրի հորիզոնական ճյուղին կպած տեղից նրան կարող են պոկեն, բացի դրանից, չերբ կոնքի մկանային հատակի առանձին մասերի իրար միջև չղած միրձակցությունը չլաւսվի, անա այդ ժամանակ արգանդի, միզափամփուշտի և հեշտոցի ստոծանավերևի մասի համար պակասում է միևչդմյան կայուն հաստատուն։ Արդ, վորանների ճնշման հանկարծակի ու ստատիկ, կամ կրկնակի ու ավելի նվազ ուժով բարձրացումը արգանդն, ինչպես նաև միզափամփուշտը մղում և դեպի ցած նվազագույն դիմադրության ուղղությամբ, դեպի բարձրացնող մկանի ճեղքը։ Արդարև կարող եչին այժմ արգանդի կապաններն իրենց արգելական ազդեցությունն ցուցաբերել և վորոշ սահմանից այն կողմ ցած չչնելուն դիմադրել։ Բայց նախ վոր այս կապաններ շատ քույլ են, վորպեսզի այդպիսի բեռնվածություն տեվականորեն կրելու ի վիճակի լինեն և հետո նրանք սովորաբար իրենք իսկ կրկնակի, մանավանդ արագորեն իրար հաջորդող ծննդաբերությունների չնորհիվ այնքան են ալրկվում, վոր չեն կարող կամ չեն կարող տևականորեն ազդու դիմադրություն ցուցց տալ։

Առանձնապես աննպաստ են լինում պայմանները, չեթե չերբեք միևնույն ժամանակ արգանդը չետադրված կամ չետածռված է, վորովհետև այդ ժամանակ արգանդի չերկայնության առանցքը բարձրացնող մկանի ճեղքին ուղղահայաց դիրք է ստանում, այնպես վոր արգանդի հատակի վրա բեռնված ճնշումն ազդում է բարձրացնող մկանի ճեղքի ուղղությամբ և արգանդը ցած է մղում։ Ցեվ ապա արգանդի այսպիսի դիրքի հետևանքով միզափամփուշտը ընդերքի ճնշումից և վորանների ճնշման յուրաքանչյուր հավելումից ուղղակի ու ավելի ծանրապես է բեռնավորվում, այնպես վոր նա ևս ձգտում է խուսափել ճնշումից։ Փամփուշտը բնականաբար հեշտոցի առջևի

պատը դուրս է հրում ու այսպես առաջանում է ճեռսոցպիամփոցի ճողվածքի պատկերը (Colpo-lystocele)։

Ցած իջնող արգանդը իջվածքի կամ առաջանկումի բարձր աստիճանների ժամանակ բնականաբար իր կողմից հետոզի կամարն իրեն հետ է տանում, այնպես որ վերջինիս բանը կարող է հասնել հետոզի կատարյալ շուռ գալուն — ճեռսոցի շրջադարձության (Inversio vaginae)։

Ուղիղ-աղիքի ճողվածքն (Rectocele) ըստինքյան արգանդի իջվածքի և վորաներսի ճնշման հետ կապ չունի, այլ առաջանում է նրանով, վոր ուղիղ-աղիք ու հետոզի միջնորմի պատռվածքների—շեքի պատռվածքների ժամանակ հրելով առաջ շարժվող կղանքի չոր գուղձերը ուղիղ աղիքի բարակ պատը (յերբեմն նույնիսկ աղիքի մկանունքներն իրարից անջատելով) և պատի հետ միասին հետոզը ուռեցնում են, վորովհետև այժմ այտեղ ևս մկանային հաստատարանը բացակայում է։

Վզիկի յերկայնացումը. (Elongatio colli) հիմնված է արգանդի այդ մասերի յերկար ժամանակ բարձրացնող մկանի ճեղքից դուրս ծնելու և հյուսվածքների նվազած ճնշման ներքև դանվելու վրա, վորպիսի պարագայում պուլիկ (բանկա) դրվածի նման ծծվել քաշվելու աղդեցությանն է յենթարկվում։ Այս յերկայնացումը կարելի յե համեմատությանդնել ծննդաբերական ուռուցքի առաջանալու հետ։ Յեթե դա վատուց չե վոր դոյություն ունի, ապա իջած արգանդի պարզ տեղադրումով յերկայնացումը կարող է յեռամսյակ ընթացք առնի։

Գուշակասումն ու բուժումը տեսնել ստորև։

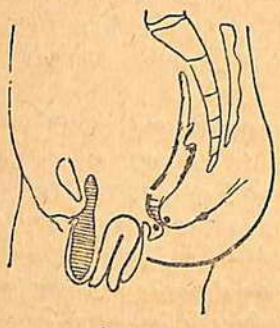
29. Դեպք

59 տարեկան մի կին, վոր 9 տարուց ի վեր դաշտանադադարի մեջ է գտնվում և վեց անգամ ծննդաբերություն է ունեցել, ձեզ է դալիս ու հայտնում, թե ինքը յերկար տարիներից ի վեր արգանդի առաջանկում ունի, վորը սակայն վերջին ժամանակներս, վորովհետև ինքը սոիսված է յեղել ավելի շատ աշխատելու, այնքան է վատացել, վոր այժմ հղանկատումը բոլորովին կաս է ընկնում։ Յերկար քայլելը բոլորովին անհնար է, վորովհետև ուռուցքը շորթերին է քսվում։ Ջուր թափելը հնարավոր է միայն, յերբ առաջուց իր դուրս ընկած արգանդը յետ սեղմի։

Այստեղ ուրեմն քայլելու դժվարություններն ու դժվարությունը կնոջ դանդաղների մեջ առաջին տեղն են բռնում, այնպես վոր անանձնական մեջ առաջանկումն մյուս նեղություններն ամենևին չեն յերևում։

Ձևնության տվյալները. Կնոջ յերկու վոտների միջև յերևում է արտամաթուքից դուրս յեկած մի ուռ ու համաբյա լուսնյակի մեծության ուռուցք, վորը ծածկված է հետոզի դունատ ու սպիական դորշադույնի դարնող խիտ կոշտ լորձաթաղանթով։ Ուռուցքի ադատ ծայրի վրա յերևում է դեպի ներքև ուղղված խոտորնակ ճեղք-վածք, վորը դժվար չե ճանաչել, թե արգանդի բերանն է։ Դրա շրջապատում արգանդաբերանի շրթների ամբողջ մակերեսը մերկացված և լորձաթաղանթից։ Աջակողմյան դես-

տին նայող յերեսի վրա նուշնպեսի անկանոն ոսմրաձև ելեւսված մի տեղ կայ, որին յերեք դիպչենք, մի քրչ ալյուսում է։ Ինչպես հետագա զննությունը ցույց է տալիս, հեշտոցի առջևի պատը համարյա թե ամբողջովին չուռ և յեկել դեպի դուրս, շրջվել և, շրջադարձվել. միզուկը կորացել է դեպի ցած. նրա դրված վողնաձողն առանց դիմադրության սահում իջնում է մինչև ուռուցքի նեղքնի ծայրը։ Պառավական թոշնած և յեռադարձ արդանդը գտնվում է ամբողջովին կոնքի սկանային հատակից ներքև (նկ. 21)։



Նկ. 21

Ուռուցքը տեղը գնհյուց հետո, ինչ որ առանց դժվարության աջողվում է, յերևում է նուշնպես, որ դոյությունն ունի շեքի խոր ու հին մի պատռվածք և բարձրացնող մկանի թելերը յերկու կողմից ամբողջովին պոկվել են ցայտոսկրից։

Ախտորոշումը. Արգանդի ամբողջական առաջացկում (Prolapsus uteri totalis)։

Ախտորոշումն այս դեպքում ևս հեշտ է, ինչպես առհասարակ դժվար չէ առաջանկումները ճանաչելը։ Սխտեմով կատարված զննությամբ կարելի յե գտնել նուշնպես բուժման համար կարևոր ուրիշ մանրամասնություններ ևս (ուղղելիությունը, դիրքը, առաջանկումի մեծությունը և այլն)։ Ամբողջական առաջանկում կոչվում է միայն այն ժամանակ, յերբ ամբողջ արգանդը կոնքից դուրս կամ բարձրացնող մկանի ճեղքից ներքև է գնվում։ Հեշտոցի պատերի շրջադարձում և փամփուշտի ինչված դոյանալը անխուսափելիորեն կապված են դրա հետ։ Ուղիղ-աղիքի ճողվածք շատ անգամ չի լինում, ինչպես և մեր դեպքում չկար։

Բարձրացնող մկանի պակասավորության մեծ նշանակությունն այս դեպքում ևս աչքի չի ընկնում։

Ուշադրության արժանի յեն վերևում հիշատակված հյուսվածքի ելեւսումները՝ խոցեր։ Դրանցից արգանդարերանի շրթներին յեղածները պիտի վերապրել ուռուցքի դլխի առավելագույն չափով պրկված լորձաթաղանթի պարզ ճաքվելուն—պրկումի խոցեր. մինչդեռ ալ կողմի վրա խոցն առաջացել է քայլելու, շորերին քսվելու և նման մեքենական ելեւսումների հետևանքով — ճարուկային խոց։ Շատ անգամ արդարև կողմերի վրա գտնված խոցերն ևս պրկումից առաջացած կարող են լինեն։ Հետաքրքրական է նուշնպես, որ նման խոցերի հողի վրա վոչ մի ժամանակ քաղցկեղ չի առաջանում։

Յեթե յերբեք հանկարծ մի մեծ կամ ամբողջական առաջանկում պատռի փորի ճնշման առավելագույն լարումի կապակցությամբ, այն ժամանակ յերբեմն ուժեղ անդադարձական յերեվույթներ տեղի կունենան, ինչպես՝ ուշաթափություն և փսխում, գարկերակի թուլացում, դունաթափություն, մրթի և լորձաթաղանթների սառնություն։

Ցեխն բարձրացնող մկանի ձեղքը մինչ այդ այնպես անվնաս և չկղել, որ փորի ճնշման մեծ ու հանկարծական ավելացումը միայն կարողանա արգանդին իր դիրքից դուրս մղել, այն ժամանակ կարող է արդարև, շատ քիչ դեպքերում, գեյում եղ առաջանա և դրան շուտով հետևի հյուսվածքների մեռուկ։ Տարբերական ախտորոշմամբ՝ արգանդաբերանի ներկայությունն ապահովում է արգանդի շրջաարձակության, հնշտոցի մեծ ուժգնքի, ինքնաբերաբար դուրս սղվելու մեջ լեղած մկանուռի կամ թելքուռի հետ չիսթեվելուց։

Դուռակասումը. Բացառելով այդ հազվադեպ պատահարները, արգանդի առաջանկումը վոչ մի ժամանակ կնոջ կյանքը վտանգի չենթարկող ցավ չէ։ Մյուս կողմից հայտի պիտի առնել նուշնիսկ, որ շատ փոքր առաջանկումը հաղիվ չերբևե ինքնաբերաբար լավանա. ավելի շուտ պիտի չենթադրել, որ նա շարունակ կմեծանա։

Ըստ որինի ամեն մի առաջանկման բուժումը պետք է վիրաբուժությամբ կատարվի, վորովհետև միմիայն դա չի չերաշխավորում կատարյալ բուժումը։ Մյուս կ ղմից դրա վտանգն եղ շատ չնչին է։

Վիրաբուժական բուժումը կատարվում է արգանդի նորմալ դիրքի վերականգնումով, բարձրացնող մկանի ձեղքի և հնշտոցի նեղացումով, ուղիղ աղիք ու հնշտոցի անջրպետում շերի սեպի վերականգնումով, ինչպես նաև փսփչան և ուղիղ աղիքի հողվածքի տեղադրումով կամ փորրացումով։ Դրան կարելի չ հասնել շատ տարբեր ուղիներով։ Վիրաբուժական գործողության կատարումն անհրաժեշտորեն պահանջում է վիրաբուժական դիսկիպլինի մեջ համապատասխան վարժություն։

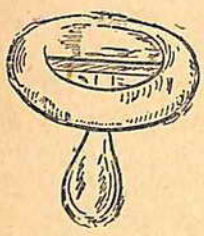
Միայն այնտեղ, ուր մեծ տարիքը կամ նեղքին որպաննների վորևե հիվանդություն հակացուցական են համարել տալիս վիրատումը կամ հիվանդը հրաժարվում է դրանից, այն ժամանակ խնդիրը և առաջանում հեցական ապարատներով ժամանակավորապես ամոռող (պալիատիվ) բուժման մասին։

Արգանդի և հնշտոցի փոքրիկ իջվածքի ժամանակ ընդհանրապես բավական և հնշտոցը ձգող և արգանդն առաջածուած վիճակում պահող Հոջկյան մի պեսարի գործածություն։ Սակայն բոլոր ավելի մեծ ատիճանի իջվածքների և առաջանկումի ժամանակ այդ միջոցառումները հերիք չեն, այլ պետք է լայնացած սերական բացվածքը ծածկել մկանի վերևից դրված մի թիթեղնիկով։ Դրա համար ամենից ավելի պատշաճում է պնակապեսարը (նկ. 22), վորն այնպիսի մեծության պիտի ընտրել, վոր ամեն կողմից բարձրացնող մկանի չեղերքներից ավելանա. մյուս կողմից նա չպետք է շատ մեծ լինի, վոր ճնշատեղեր ճնշում չգործադրի հնշտոցի պատերի վրա, հարուկ կամ խլվակ և այլն չառաջացնի։ Ցերը կոնքի հատակը շատ ճնշտված լինի, դժվար կլինի այդ չերկու պահանջներն եղ բավարարել. այդ դեպքում զերադասելի չ զգուշանալ շատ մեծ ող գործածելուց։



Նկ. 22

Ցերեսին հեշտոցի մեծ առաջանկումի դեպքում, յերբ միաժամանակ շեքի խոր պատռվածք ել կա, պնակապեսարը պիտանի չի լինում նրա համար, վոր պեսարը կողքի չի կանգնում և ապա կղումի ժամանակ բարձրացնող մկանի յերկայնքի ուղղությամբ դուրս և մղվում։



Նկ. 23

Ասպիսի դեպքում լավագույն և առնել մի կոթավոր պեսար pus Մենգելի, վորի կոթը կողքի վրա շուռ գալուն արգելք և լինում (նկ. 23)։

Արգանդի մեծ ու ամբողջական առաջանկումների դեպքում, յերբ կոնքի հատակն ևս բոլորովին անպետք և, հարկավ այդ միջոցն ել չի դնի։ Այն ժամանակ իբրև վերջին ապավեն մնում և մի արգանդակիր (հիստերոֆոր) դրած անել։

ԱՐԳԱՆԴԻ ՇՐՋԱԴԱՐՁՈՒԹՅՈՒՆԸ (Inversio uteri)

Ցեռծննդյան շրջանից դուրս յեղած շրջադարձություններըը շատ ավելի հազվագեպ են, քան յեռծննդյան շրջանում և առաջ են գալիս ավելի շուտ արգանդի հատակին կպած յենթալորձնային ուռուցքների շնորհիվ, վորոնք ուռուցքի ընթացքում արտամղումի ժամանակ հատակի պատն իրենց յետևից դուրս են քաշում։

Ուշադիր ու սիստեմատիկ կերպով կատարված զննությամբ դժվար չի սխալորոշումը։ Հեշտոցի մեջ ծնված կամ արտամղության առաջ գտնված տանձաձև ուռուցքի ներքևի բևեռի վրա վոչ մի տեղ արգանդաբերան չի հայտնաբերվում. այդպիսիքն ավելի շուտ վերևի բաբակյած մասում և պտնվում մի փոդիկալի նմանությամբ։ Ուռուցքի ընդհանրապես բաց կարմրագույն, դիպչելիս՝ լսկույն արյունող, յերբեմն ազատվի դուրսով փատակված մակերևույթը (արգանդի լորձաթաղանթը), և յեթե ավելի ուշադիր կերպով դիտենք, նաև Ֆալլոպյան փողի բացվածքները, վորոնք արդարև կարող են փատով ծածկված լինեն, իբրև կողմից նոր ցուցումները են տալիս ուղիղ ախտորոշումն անելու համար։

Ախտորոշման նշույթյանը հավատիանում եմ այն ժամանակ, յերբ արգանդի վոչ մի տեղ չհայտնաբերված հատակի տեղումը զանեմ շրջադարձության ձագարածեվ փոսույթյունը։

Մասնակի շրջադարձության ժամանակ ախտորոշումը հնարավոր և իսկապես հատակի տեղումը զանված փոսույթյան հիման վրա, ընդսմին պետք և դուշանալ յերկյդյուր արգանդի հետ չփոթելուց։

Բուժումը պիտի կատարվի հարկավ միմիայն փորձառու մասնագետի ձեռքով, դրա համար այստեղ այդ մասին պետք չկա ավելի մանրամասնորեն խոսելու։

ԱՐԳԱՆԴԻ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄՆԵՐ

30. Դեպք

Ջորս շաբաթ առաջ ամուսնացած 21 տարեկան մի կին հիվանդանում և թեթև ջերմով, ներքնապորտա լեցվածության և տաքության զգացումով, վորը շարժվելիս ավելանում վերածվում և կոնքի մեջ բաբախող ցավի։ Բացի դրանից, ահա մոտ յերկու շաբաթից ի վեր տեղն ունի հոսք, վորը մեծապես շատացել և իր վերջին, սրանից 6 որ

առաջ վերջացած, ուրիշ անգամներից 2 որ ավելի տևած ու մի քիչ առատկացած դաշտանից տևում Հինդ կամ վեց որ ց ի վեր և նույնպես, որ ցավակաև մղում ունի ախտոր կղզուրը կանոնավոր եւ Հղիանդը շարունակ կատարելագես առողջ և յեղել մինչև իր ամուսնությունը Ամսականները կանոնավոր։

Ջննության տվյալներ. Սառորկ հոսք Անդաստակի և հնտոցի լորձաթաղանթը տարածուն կարմրած, դիպչելիս՝ մի քիչ զգայուն Մրգուկի ուռած բերանից թարախոտ արտաթորանք և հոսում սեղմելու։

Հայելիով զննության տվյալներ. Հնտոցի մեջ կա առատ, թաղխոտ ու կանաչավուն գեղձն, թանձր լորձով խառն արտաթորանք, որը գալիս և արտաքին արտանգաբերանից, որի շուրջը արգանդաբերանի լեռին շրթի մոտ յերևում և մոտավորապես 2–ից 4 Նչն 3 միլիմետր լայնության հրակարմիր գնդաձ։ Հնտոցարատիկն ակնթեթվաբեր ուռած և, այնքան շատ սեծ է, ի նկատի առած այս կողջ անձին լինելը։

Գլատինե ոսոի միզուկից և վզիկից մի քիչ արտաթորանք վերնեղուց հետո մատներով գննություն կատարելիս, գանում եք արգանդը բերանկության առաջնածված և ի նկատի առած հղիանդն անձին լինելը՝ թերևս մի քիչ բրտա և սեղմելու պարագային՝ զգայուն։

Արգանդ իսկ անամնեզը հավանական և գարձնում, որ այստեղ մանրաձորուքյունից ծագած վարակում կա։ Թվում և թե առաջին ախտանիշները նախադաշտանային շրջանում են յերևան գալիս։ Դաշտանից անմիջապես առաջ և հետո շարունակված մանրաձորուքյունները կարող են պատճառ յեղած լինեն այդ պրոցեսի սուր կերպով ավելանալուն։ Ախտանիշները մատնանշում են վոր սերականքի առաջին մասերի արգեն իսկ գոյություն ունեցած հիվանդությունը դաշտանից հետո տարածվել և արգանդի վրա։ Անամնեզը հնարավորություն և տալիս նույնպես վարակման տեսակի վերաբերմամբ յեղրակացություններ անելու։ Սուսանակի վերաբերմամբ ձեր կասկածը հաստատվում և միզուկի, ինչպես նաև վզիկի արտաթորանքի մեջ հարուցիչների գտնվելով։

Ռսուսի մեջ դուք կգտնեք, դեռևորաբար ներքջային դիրքում, առատ թարախաբջիջների մեջ տեղավորված դիպլոկոկներ, այսպես կոչված ցեմիկների իրենց բնորոշ (մանկաձև իրար նայող զույգ կիսաբոլորակները) ձևով։ Գոքերի ձևը, ինչպես նաև նրանց տեղադրությունն այնքան տիպիկ են, որ այս դեպքում արդեն կասելիք չեն մանրէներկությունը վրան լցնելով պարզ դուռնավորումը վոչ մի տարակուսյա չի թողնում, թե դրանք գոնոկոկներ են։ Ցեներատոր կամ ավելի քրոնիկ դեպքերում վորտեղ գոնոկոկները վոչ միայն ցանցառ են գտնվում, այլև հաճախ նույնիսկ բնորոշ տեսք ունեն և շատ անգամ էլ դեռ լավագիտի ուրիշ բակտերիաներ են գտնվում խառն, անհրաժեշտ է դառնում բուժումը սկսելուց առաջ մանրադիտակային հետազոտություն անել (տես Գրամի ներկել*) Գրամի մեթոդով ներկելիս գոնոկոկները ներկարափվում են և հետո ֆուքսինով վերաներկվելու միջոցով տեսանում են այդ ներկանյութի կարմիր տոնը, քարախաբջիջների կորիզնե-

*) 1 Ներկրած անելինայուր–գենցիանավիոլետի լուծվածքի մեջ ներկել կեսից մինչև 1 րոպե 2 կես մին և մեկ բոպե տևողությամբ ներկել յոդ–յոդակալիումի լուծվածքով (1 : 2 : 300). 3. Ներկաթափել բացարձակ սպիտոլով, մինչև վոր պատրաստուկը անգույն կերևա աչքին։ 4. Ջրով ողողել։ 5. Ջրկատրած ֆուքսինով վերաներկել մինչև վոր պատրաստուկը թույլ վարդագույն ու մինչև ջառադույն յերևաե

յի նման, մինչդեռ մյուս բակտերիաները (ստրեպտոկոքները, ստաֆիլոկոքները և այլն) գենցիանավիոլետով նեոկված ժամանակս իրենց կապտամանիշակագույն գոյնը պահում են։

Ըստ այդմ վոչ մի տարակուսս չի մնում անելու —

Ախտորոշումը. **Վզիկի** (և մարմնի ?) **սուր սուսամնակային Ճեղուածքաբորբ** (մրզկաբորբը, քունոցաբորբը) [Endometritis cervicis (et corporis ?) gonorrhoica acuta (Urethritis, vulvitis)]. **Հեբեոցաբաժնի Ճերմակ** Erosio portionis։

Վզիկի հիվանդությունն անմիջականորեն ապացուցվում է գոնոկոքների ներկայությամբ. մարմնի ներարգանդենալորքը չեզրակացվում է նրա ձնշայավակնությունից ու նրա ուռածության, ինչպես նաև հիվանդի ջերմաստիճանի բարձրացումից։

Այս դեպքն ամուսնական մեղրամսի ճամբորդության ժամանակ սուսամնակով հիվանդ կնոջ ու դեռ բոլորին չբուժված մարդուց վարակվելու մի տիպիկ որինակ է։ Գոնոկոքները հավանորեն այլևս շատ քունաժեստ ու բազմաթիվ չեն կեղել, այնպես վոր նրանք կնոջ սերմնանքի մեջ գարգանալ սկսելին միայն նախադաշտանային ուռածության ստադում։ Սաստկացած դաշտանը թերևս մասնանշում է, վոր այդ ժամանակ գոնոկոքներն արդեն հասել եին արգանդին, ինչպես նաև դաշտանի կապակցությամբ և շարունակվող սեռական հարաբերության պայմաններում հիվանդության հանկարծակի վատթարացումը ցույց և տալիս հաճախ վորոշաուությամբ իսկ հաստատված իրողությունը, թե դաշտանը շատ անգամ թաքուն պրոցեսներին վերսին քունկվելու առիթ է տալիս։

Վոր առաջին դոզի ուշանք մարդու քրոնիկ սուսամնակի հետ, կարելի չե բազատացնել կնոջ հիվանդության ընթացքում նկատված ախտանիշների յուրահատուկ ժամանակական կարգով ի հայտ գալուց։ Այսպես, ակնհայտորեն, թափված գոնոկոքները պարունակող սերմի մղոցով վարակվել նախ վզիկի լորձաթաղանթը և ապա յերկրորդական մրան ցած հոսող արտաթորանքով վարակվեցին հեշտոցը, անդաստակը և մրզուկը *)։

Գոնոկոքը դերազանդապես լորձաթաղանթի մակարույծ և Հյուսվածքների ավելի խորին խավերի մեջ ներթափանցումը և ավերչին ու արհեստաբ ուղիներով ավելի հեռուները քշվել յերթալը (ավնահոդային հոդաբորբը—Arthritis monoartitulā, սուսամնակային նեխուրությունը—Sepsis gonorrhoica) կանանց մոտ համեմատաբար շատ հազվադեպ և (մոտ 1/2% բոլոր սուսամնակային դեպքերի), մի չդեռ սեքսական որ անդներչ սուսամնակային հիվանդությունները շատ հաճախ են (բոլոր հ վանդ կանանց 15–ից մինչև 20 տոկոսը)։ Գոնոկոքները բուն են դնում հատկապես վզիկի լորձաթաղանթի մակերեսային ծածկույթների և դեղձերչ արտատար անցքերի մեջ և այստեղ հաճախ շատ յերկար ղիմադրում են բոլոր բուժող դեղերչին։ Այդ ժամանակ յերբեմն կարող և պատահել, վոր ինքնիրեն արդեն առողջ համարած մարդուց վարակած կինն

*) Հանդեսառել 4 դեպքի հետ, վորտեղ ընդհանրապես նախ միզուկն ու բուռոդն էլեն վարակվել սուր սուսամնակով հիվանդ մարդու հետ հարաբերությունն ունենալուց։

ի՛ր կողմից դարձյալ իր մարդուն առատ թունաժահ գոնոկոքներով վարակել, և ահա մարդը իր կնոջ հավատարմության մասին անարդարացի կերպով կասկած պիտի տանի։

Արդանդի մարմնի մեջ ևս սուր ներարգանդաբորբի ժամանակ գոնոկոքը զբաղեցնում է միայն մակերեսային խավերի մեջ։ Լորձաթաղանթը ցուցաբերում է անշըշտակայն բորբոքման պատկերը փոքրիկ ու բորբոքված բոլորակաքջիների առատ կուտակման և խրիզանման ներքամուքով։

Բարևհաջող դեպքերում մեկ կամ չորկու շաբաթ հետո սուր բորբոքական երևույթներն անցնում են, սակայն անշըշտակային ներարգանդաբորբը շարունակում է տարիներով հարատևել։ Ցիրեմն դրան ընկերանում է գեղձերի բազմացում—գեղձային գերաճում—դերպլազիա (Hyperplasia glandularis) և արգանդի մկանների մեջ շարակցական հյուսվածքի կուտակ-կուտակ մանրաբջջային ներքամուքներ—ֆոնիկ արգանդա-ենթարգանդաբորբ (Metro-Endometritis chrou)։ Գոնոկոքներն այն ժամանակ գտնվում են սովորաբար միայն մակերեսի եպիթելի առանձին տեղերում և գեղձերի մի քանի արտաբեր անցքերում։

Նախնիացություն կյանքի վերաբերմամբ մտահոգիչ չեն։ Դրա հանդեպ արգանդի մարմնի սուր սուսանակային ներարգանդաբորբի ժամանակ շարունակ վտանգ կա, որ պրոցեսն առաջ շարժվի դեպի վոզիրը*)։ Բացի դրանից գոյություն ունի այն վտանգը, որ գոնոկոքները վորոշ թաքստոցներում ապաստան գտնեն**) և վորևե նպաստավոր առիթով, որինակի համար՝ ծննդաբերությունից կամ վիժումից հետո, գարձյալ բազմանան և նորոգ ու սուր բորբոքման տեղիք տան։ Մյուս կողմից հավատարին կարելի չե ասել նույնպես, որ կատարյալ ու ինքնաբեր բուժում հնարավոր է։

Վզիկի և մարմնի սուսանակային սուր ներարգանդաբորբի բուժումը կայանում է նախ և առաջ բացարձակ անկողնացնության մեջ։ Հանձնարարելի չե յերկար ժամերով սառցի տոպրակ դնելը։ Ախվացպուրցյան սուր ատագում ամեն տեսակ տեղային բուժում խոտելի չե։ Մեր դեպքում հիվանդության մյուս յերևույթներն ևս սկզբում դեռ ուշադրության առնվելու չեն բոլորովին. ամենաշատը՝ վատիուշի յաղերն ավելանալու դեպքում նշանակելու չե ներդրուքներ Extr· belladonn· 0,03 Codein 0,03-ովի։ Մի քանի որ ջերմաստիճանը բոլորովին նորմալ լինելուց և կոնքի միջի ցավերը հանգստանալուց հետո մի աչյուն հանձնարարվում է մի քիչ ավելի ակտիվ բուժումի ձեռնարկել։

*) Համեմատել ստորև։

**) Նման քրոնիկական դեպքերում կարող և նույնիսկ կրկնակի հետազոտությամբ իսկ ձախողել գոնոկոքները գտնել, վորը բնականաբար ախտորոշման համար անհրաժեշտ է։ Սակայն ամենից ավելի հույս կա գոնոկոքները գտնելու գարձյալ գաշտանից քիչ առաջ և սրա դադարելուց քիչ հետո։

Միզկաթորբի դեմ գործարար բժշկին լավագույն և հանձնարարելի միզային ձողիկներով բուժումը, որինակ՝

Protargol 2.0
Qlycerini 2,0
Aqu. 0,2
Ac. borie. 13.5
Tragacanth. 0,75

10 ձողիկի համար, յուրաքանչյուրը 4 սանտիմետր յերկարությամբ, կամ Gonostyli lebthargau 5%, *կամ Լուիսպոլդյան գործարանում պատրաստված Սպուտանյան ձողիկներ, ամեն մեկը 05-նոց, 5%* org. nitr-*ի կամ* Protargol-*ի հավելումով։ Այդպիսի ձողիկներ դրվելու յեն որընդմեջ. միջանկյալ որերում լավ և ողողել*

0,25% Kali hypermag.-*ով, կամ*
0,25% Arg. nitr-*ով, կամ*
0,25% Choleval-*ով։*

Յեթե միաժամանակ միզափամփուշտն էլ և հիվանդացել, այդ ժամանակ հատկապես հանձնարարում ենք արծաթ-նիտրատի 1-ից մինչև 2 առհազար լուծույթից 100 խոր. սանտիմետր հեղուկով կաթլարկումներ կատարել, վորոնք կարելի յեղածին չափ յերկար պետք է յետ պահվեն. չորս կամ հինգ որից հետո կարելի յե զարձյալ նույն գործողությունը կրկնել. Միևնույն ժամանակ կարելի յե ձեռնարկել բուլոցաբորբի յեվ ռեցոցաբորբի բուժման։ Դրա համար հանձնարարվում է շատ թեթև ճնշման տակ կատարել հեշտոցի լվացումներ 0,25% խոլիվալով, 0,3 մինչև 1% ազոտարծաթով, 2% ալաստոլով, 1% ծծմբաթթվային ցինկով, վորոնք նախ և առաջ այն նպատակն են հետապնդում, վոր վղիկից հոսած արտաթորանքը հեռացնելով և նրա մեջ գտնված գոնոկոքները վոչնչացնելով՝ հեշտոցի, բուլոցի և միզուկի շարունակ նորոգ վարակումի առաջն առնեն։ Շատ հանձնարարելի յեն նույնպես 0,25% գերմանգանային կալիումի լուծույթով ողողումները, վորից հետո 1% խոլեվալի լուծույթով կամ ալումինոլ-քափուր-գլիցերինով թաթախված խծուծներ դնելը։ Գործարար բժշկին առանձնապես հանձնարարելի յե նույնպես Սպուտանյան բուժման յեղանակին իր պարզության և ամեն լավ արդյունքների պատճառով։

Արգանդի քրոնիկ սուսանակի ժամանակ ևս գործարար բժշկին խորհուրդ պիտի տամ բացարձակապես ամեն տեսակ տեղային բուժումից յետ կենալու, վորովհետև դրա վտանգներն ավելի մեծ են, քան հնարավոր ոգուտները։ Ինքնատինքյան հասկանալի յե, վոր ամբողջ այդ ժամանակամիջոցում մերձավորության ուսեցողը խստիվ պիտի ար-

գելվի, այդ արգելքը բուժման համար ամենակարևոր գործոններից մեկն է հանդիսանում։

Մենք այստեղ գոնոկոքներով պայմանավորված սուր (և քրոնիկ) արգանդա-ներարգանդաբորբն առհասարակ արգանդի բորբոքման համար իբր օրինակ ընտրեցինք, որովհետև դա գործնականորեն հիվանդության ամենակարևոր ձևն է։

Դրա հանդեպ ուրիշ վարակածուներ, ինչպես պալարախտի բացիլները, սպերոխիտները, դիֆթերիայի բացիլները, ստաֆիլոկոկները և տրեպտոկոկները շատ ավելի նվազարժեք դեր են կատարում յուծնընդյան շրջանից դուրս։ Դրա պատճառն ամենից ավելի նա է, որ հեշտոցի արտաթորանքն ի վիճակի չէ բակտերիաներից մեծագույն մասին վոչնչացնելու (= հեշտոցի ինքնամաքրում). նաև վղիկի լորձային խցանը՝ բացառությամբ գոնոկոքների և պալարախտի բացիլների, բոլոր մյուս բակտերիաների ներգործելուն սովորաբար անհաղթահարելի արգելք է հանդիսանում։ Միայն դաշտանի ժամանակ այս ինքնապաշտպանությունը կարող է բացակայի կամ թուլացած լինի։

Պալարախտի վերաբերմամբ համեմատել ստորև. լսկական սիֆիլիսային հերթագանգաբորբը բոլորովին հայտնի չեն։ Թե յերբեք սիֆիլիսի ժամանակ արգանդի վրևի բորբոքում լինի, ապա դա անշուշտ խոսն վարակումից ասած չկած կլինի։ Արգանդի քրոնիկ սիֆիլիսային հվանդությունը կայանում է անոթների սիֆիլիսային հվանդության և արգանդի սկանանու ներսում շարակցական հյուսվածքի հավելման մեջ և այդ պատճառով բանը հասնում է հաճախ ծանր արգանդարնուժների։ Արգանդում տեղի ունեցած սիֆիլիսի սուր յերևույթներից հրշառակելու յեն սկսյան հեշտոցաբաժնի պիգմենտային խոցոտումը (Primäraffect), հազվադ տյորեն նկատված պտիլունդները (Papulae) և քրոնիկ դեպքերում նույնպես հազվադեպ սին իլուցները։ Թվում է, որ սրանք հատկապես վորևե խերձվածքի հողի վրա կամ պատռվածքային շրթնադարձի վրա են զարգանում։ Սիֆիլիսային ուրիշ կ սյատեղերը բացակայության դեպքում նրանց ախտորոշումը մյուս եղ կասկածելի յե և կարելի յե ճանել միայն սկրծած քերուքի մեջ սպերոխետներ գտնելու կամ Վասերմանյան ռեակցիայի օգնությամբ դրական արդյունք ստացվելու դեպքում*)։

Իսկական վիրավարակային հարուցիչներից ծագած արգանդաբորբերն**) առաջանում են կլխավորապես ներարգանդային անմաքուր մշամանությունների կապակցությամբ (ձողիկ դնելը, արգանդաբերանի ընդլայնումը, քերումը), առաձնապես դաշտանից քիչ հետո կամ հենց դաշտանի ժամանակ։ Ընդամին հարուցիչները թափանցում են շարակցական հյուսվածքի մեջ շատ խորը և դրանից

*) Մանրամասնությունները տեսնել սիֆիլիսաբանության դասագրքերում։

**) Մենք այստեղ չարունակ արգանդ-ներարգանդաբորբ անունն ենք գործածում, որովհետև հաստատ է, որ համարյա բոլոր ներարգանդաբորբերի ժամանակ արգանդը պատյ մյուս մասերն ևս առավել կամ նվազ չափով մասնակից են հվանդության, ճիշտ ինչպես ներ պատրոբը ժամանակ արտաքինն ևս մյասքն է հվանդացած և լրակատում գոյություն ունը պատրոբը։

*եւ դինը մինչև արգանդի մկաններին (*Myometrium*), վորտեղ նրանք մեծ քանակով հավաքվում են հատկապես ավշային ճեղքերի մեջ և կարող են այնտեղից կոնքի շարակցական հյուսվածքը հիվանդացնել։ Յերբեմն էլ նրանք կարող են նույնպես արնատար ուղիների մեջ թափանցել և ընդհանուր վարակում պատճառել։*

Հիվանդության սուր սաստիկ ժամանակ լորձաթաղանթը հաճախ մեռուկային քայքայման և յենթարկված և ավելի խորը գտնված ու դեռևս առողջ մասերից սահմանավորված և լիկոցիտներից խիտ պատվարով շրջանակի սահմանում ենք գրեթե անջրպետային ներարտազարբերի պատկերն առանց դեղձերի դերաճման, յերբեմն էլ նրանց դերաճումով. շատ անգամ բորբոքումը լավանում և առանց վրեն հետք թողնելու։

Սուր ենթակաճ արգանդ—ենթարգանդաբորբի ախտանիշներն են—տենդ, ազատում-շառագունդ, յերբեմն գարշահոտ հոսք, արգանդի ու իր յեղերքների ցավոտություն, շոշափման ժամանակ սրբուկների և ներքնափորի մեջ ձգող ցավեր, ընդհանուր խոնջություն։

Բուժման համար այստեղ ևս պահանջվում է բացարձակ անկողմանում, սառցի տոպրակ դնել, Պրիսնեցյան կոմպրեսներ, ամեն տեսակի տեղային բուժումից հրաժարվել՝ բացի թևերս ջրածնի գերօքսիդով, բորաջրով կամ ալկոհոլով հեղուկի զգուշավոր լվացումներից։ (Բարդությունների բուժման վերաբերմամբ տեսնել ստորև)։

ԾՆՆԴԱՐԵՐՈՒԹՅՈՒՆԻՑ ՑԵՎ ՎԻՃՈՒՄԻՑ ՀԵՏՈ ԱՐԳԱՆԴԻ ՑԵՏԱԿԱԶՄՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

31. Դեպք

36 տարեկան մի կին, որը վեց անգամ ծննդաբերություն է ունեցել, դիմեց ու հայտնում, որ տաս շաբաթվա անդադարանությունից հետո սրանից 3½ շաբաթ առաջ վիժում է ունեցել։ Այն ժամանակ ներկա յեղող մանկաբարձուհու ասելով, ամբողջ պտուղը դուրս է յեկել։

Սկզբի որերում արյունազեղումը շատով պակասելուց հետո՝ 8-րդ որը դարձյալ ավելի սաստիկ կերպով վերսկսվել է։ Այդ որվանից ի վեր համարյա սշտապես տեղի է ունենում, որը յերբեմն սաստիկ, ընդհանրապես չափավոր է, սակայն վոչ մի ժամանակ նա որից ավելի չի դադարել ամբողջ վեց։

Ջննության ցույցները։ Բազմածին կին։ արգանդը առաջածալված, հաղիվ մի քիչ ավելի մեծ, քան նրա ծննդաբերությունների թիվն պետք համապատասխաներ, մկանային թե քիչ ավելի կակուղ եւ հետազոտիչը համարյա մատի ֆալանգի յերկայնությամբ արգանդաբերանն ու վզիկի խողովակը՝ փակ։ Պտղոնները և հարթգանգլենները աջ ու ձախ են։

Ըստ անամնեզի և զննության տվյալների, իրավունք ունենք տալու հետևյալ—

Ախտորոշումը. **Ներարգանդաբորբ վիժումից հետո** (Endometritis post abortum)։

Այստեղ խոսքս վոչ այնքան խոսկան բորբոքում կա, այլ ավելի դուռ դեպի դուրսի թերը յեռակազմություն։ Մկրոսկոպի տակ դնելով պատկերում գտնում

Ենք առավել կամ նվազ վորոշակի կերպով վերապրած դեցիդուայի կղզիներ, հաճախ նաև հայտնաբեր կազմափոխման պրոցեսը մեջ դանդաժ ծոպերի մնացորդներ, բնդմարդ մնասուկային կամ ֆիբրինային դանդվածներ, վորոց մեջև կարող են կլեթաբջիջների ներքամուքներ սփռված լ նենս

Յեթե յերբեք արգանդի մեջ վորևե տեղ պատուղի մեծ մնացորդներ են յեղ մնացել, մի յերեսույթ, վորը հատկապես պատուղն արվեստական կերպով հեռացնելու և հղության յերրորդ կամ չորրորդ ամիսներում պատահած վիժումների ժամանակ հաճախ է նկատվում, այն ժամանակ նրանց վրա շատ անգամ արյան լերդակներ են նստում, վորոնք հետագայում ֆիբրինանման կերպափոխվում և հիմնախալվի հետ, վերապրած ծոպերի հետ միասին կազմում են փորքրիկ ու արգանդախոռոչի մեջ դուրս կարկառած պոլիպներ, այսպես կոչված՝ ընկերքային պոլիպներ (Placentur-polypeu)։ Այս պոլիպները նույնպես արժեք են հանդիսանում արգանդի յեռափոխմանը և տևական ու ծերբևին վիժումներից հետո շատ վտանգավոր կերպով սաստկացող արյունահոսությունների տեղիք են տալիս։ Ընկերքի այդպիսի պոլիպների գոյությունը կարելի յե կռահել այն ժամանակ, յերբ վզիկը բոլորովին փակված չե։

Նախիմացություն՝ ընդհանրապես լավ է։

Բուժումը կայանում է թերի կերպով յեռակազմված դեցիդուայի փլուզումի մեջ։ Դրա համար հաճախ բավական է Պլայֆայրյան կամ Մենգելյան ձողիկի միջոցով այրուվածներ կատարել լոդի ներկածոյով կամ ֆորմալինով։ Վորտեղ այդ բավական չե, պետք է արգանդի քերում կատարել։

Յեթե յերբեք ընկերքի պոլիպ է յեղածը, ապա միայն այրելը բավական չե, այլ պետք է պատուղի մնացորդներն ել հեռացնենք։ Յեթե կասկած կա, թե ընկերքի մեծ պոլիպ է կազմվել (վորը յերևում է արգանդի պնդերև մեծացումից, վզիկի բաց լինելուց), այն ժամանակ պետք է վզիկը լայնացնենք մատն անցնելու չափ, հետո մատներով պոլիպը պոկենք և ապա ամենից լավը է մի բութ քերոցով մնացյալ դեցիդուան քերենք հանենք։ Պետք է աչքի առաջ ունենալ, վոր այդպիսի արգանդները կարող են կակուղ ու փխրուն լինել, դրա համար հարկավոր է զգուշություն ածել։ Ծակելու վտանգ կա։

Սակայն այդպիսի միջամտությունները թույլատրվում են միայն ցնծամանագ, յերբ կցոնները անվթար են ու ջերմություն չկա։ Նման դեպքերն ամենալավը և հիվանդանոցային բուժման ուղարկել։ Արյան կորուստի յերկար տևողության հետևանքով սակավարյուն դարձած կնոջ խիստ սպառնալից արյունահոսությունը միայն իրավունք և տալիս ջերմության յեղած ժամանակն ել քերում կատարելու։

38 տարեկան կին, որը հինգ անգամ ծննդաբերություն է ունեցել, դաիս և քանդակելու նախկինը հանդես այժմ սասկացած ու ավելի երկար տեղ իր դաշտանի մասին, որը սովորաբար ամենուրեք ամսականից անկանոն է դարձել և ներկայումս 2½ մինչև 3 ու մինչև 4 շաբաթվա միջնադարձներով է կրկնվում։ Դաշտանին հետևում է ոչ ապրատակ ճոսք, որը 6-ից մինչև 10 որ հետո դարձյալ պատասում կամ անհատանում է։ Այս կինը հաշվում է, թե իր հրվանդությունը երկու տարի առաջ է սկսված և որոշ կապակցության մեջ է դնում իր վիրջին, 2½ տարի առաջ ունեցած ծննդաբերության հետ, որից հետո ինքն իրան չի կարողացել բավականաչափ խնամել ու չի կարողացել բացի գրանից հրվանդը գտնդատում է ընդհանուր խանգությունից, չուտ հոգնելուց, հաճախակի ճնշված տրամադրությունից և իր ներքնափորում ունեցած ճնշման ու լեցվածության զգացողություններից, հատկապես յերկու դաշտանի արջև ընկած ժամանակամիջոցում։

Ջննության տվյալները։ Մի քիչ գունաթափ ու թերասուն մի կին, որն ունի փորի մեջի ծածկույթներ, ոչնչ հին ու լավացած պատվածք, փոռիկված հեղուցաբաժին, առաջածայրած ու փորիկ բռունցքի մեծությամբ պինդ արգանդ։ Արդանդն ազատ շարժական է, բայց յերբ ամբողջովին շոշափում ենք, մի քիչ զգայուն է։ Կցոններն ու շրջակցական հյուսվածքը նորմալ։

Հայելիով զննության տվյալները. Ջրիկ-լույծ, թարախոտ ու անհոտ և առանց յորձի խառնուրդի արտաորանքից գատ առանձին վոչ նչ չկա։ Ամբողջ դիշերը հղացաբաժնի առջևը դոված ու խաչաձև կապված թելերով ամրացված բամբակի խոռոչի միջոցով (Շուլցեյան փոքախոռոչով), որը հաջորդ առավոտ արդանդաբերանի հանդիպակած մասում արտաթորանքով ծածկված և լինում, իսկ մնացյալ մասը հարաբար չոր, կարող ենք հաստատել, թե արտաթորանքն արդանդից է հոսում և կարելի չե կռահել, թե որտեղ ունենք դեպ արդանդամարմնի արտաթորանքի հետ։

Ախտորոշում. Քրոնիկական արգանդ-ենթալորձային (Metro-Endometritis chronica)։

Ախտորոշումը հենվում է դերազանցապես զգայուն դարձած արգանդի հավասարաչափ մեծացման վրա, որի պատճառը գլխավորապես շարակցական հյուսվածքի տարածուն զերաճումն է և այս դեպքում եյապես միայն արգանդամարմնին և վերարերում։ Ուրիշ դեպքերում վզիկն էլ է մասնակից։ Դարձյալ ուրիշ դեպքերում միմիայն վզիկն է խոթհատար յեղած — վզիկի արգանդաբորբ (Metritis colli)։ *Այսպիսի պրոբլյան հետ արդեն ծանոթացանք վզիկի յերկայնացման դեպքի նկարագրության ժամանակ (28-րդ դեպք)։*

Պատճառախոսական տեսակետից *մեղադրվում է գլխավորապես արդանդի լեռծննդյան շրջանի թերակատար յետակազմությունը, քառասունքի ժամանակ անբավարար խնամքի չնորհիվ, սեռական հարաբերության շատ կանուխ վերսկսելու պատճառով, փորկապությանը, փորի իջվածքի և արդանդի լեռծննդյան շրջանի յետածալվածության ժամանակ քրոնիկ արնեխռնության հետևանքով։ Առանձին դեպքերում շատ անգամ պատճառն այլևս հնարավոր չե ապացուցել։*

Քրոնիկ արգանդաբորբ (Metritis chron.) ախտորոշումն անելու համար արժեքավորելիք ախտանիշներից հիշատակելու ենք՝ արգանդի ցավերը, կոնքի մեջ ճնշումի և ծանրության զգացմունքը, գանգատներ՝ վորոնք նախադաշտանային և յետդաշտանային դերարնության ժամանակ ավելանում են, և վերջապես՝ դաշտանարնությունն ու արգանդարնությունները։ Շատ ուրիշ դեպքերում դրան միանում է գանգատների մի ամբողջ շարան ընդհանուր նևրվանության նշանների հետ միասին։ Առարկայական տվյալների չնչինության չեն գանգատների ծանրագնության միջեվ յեղած անհամապատասխանությունն ուղղակի նատկանիշական է։ Համարյա չկա վորևե ցավ, վոր մասին պատահաբար չգանգատվի «արգանդաբորբով տառապող» մի կին։ Միևնույն կողմից կան այնպիսի դեպքեր, յերբ ցավերը խիստ չնչին են և միայն արյունահոսությունն են, վոր առիթ են հանդիսանում բժշկի խորհրդին դիմելու։

Տարբերական ախտորոշման տեսակետից, սկսած արդանդ յեղած ժամանակ, մասնավորապես յեթե պատերի հաստության ավելացումն շատ է աչքի ընկնում, ներպատային կամ յենթալորձենային մկանուհից տարբերելը խիստ դժվար ու նույնիսկ հաճախ անհնար է, առանց ձողիկով զննելու և շոշափելու։ Յերբեմն անամնեզն է վորոշ հնարավորություններ տալիս (35-րդ դեպքը)։ Յեթե արգանդը կակուղ է, այն ժամանակ միայն անամնեզի ուղնությամբ կարելի չի վաղաժամ հղացած արգանդից տարբերելու։ Տարակուսելի դեպքերում կամ յեթե հիվանդի կողմից խարելու վորձ անելու կասկած ծագի, ախտորոշումը պետք է առկախ (in suspensio) թողնել։

Նեոարգանդենու frոնիկ բորբոքման ախտորոշումը հիմնվում է հոսքի ախտանշանի վրա։ Փորձնական խծուծի միջոցով հաստատվեց, վոր արտաթորանքն իր ծագումն արգանդից է առնում։ Վզիկից ծագած հոսքն՝ առանձին դեպքերում նկատված տարբերությունների հանդերձ, շարունակել վորոշակիորեն լորձային է ու արգանդամարմնի և վզիկի լորձաթաղանթի միաժամանակ հիվանդության դեպքում խիստ լորձի խառն լինելը միշտ էլ յերևում է։

Զուտ նևրաբգանդաբորբի ժամանակ ընդհանրապես ցավեր չեն լինում կամ շատ չնչին են։ Դրա հետևել շատ հատկանշական է համարվում, վոր ձողիկով զննելիս՝ արգանդի նևրքին բերանից ձողիկն անցկացնելը և հատկապես հատկին դիպչելը հաճախ շատ ուժեղ ցավեր է պատճառում։ Գործնարար բժշկին յեթե խորհուրդ պիտի տալ ի հարկե, վոր նա դերազանց հրաժարվելու այդ զննությունը կատարելուց։ Նևրաբգարդաբորբի զանազան ձևերի ժամանակ խիստ շատ անգամ գտնում ենք ցավալից պատճառ։

Արդանդի հիվանդի լորձաթաղանթը նույնպեսաշատ արտադրե և

արյունոսումների, որոնք կարևան են դալիս թե իրրև դաշտանաբնոսումներ և թե իրրև արգանդարնոսումներ։ Արյունոսումը ներարգանդաբորբի ամենա—մշտական ախտանիշներից մեկն է. կարելի է նույնիսկ արյունոսումն այնքան կերիշխող և հանդիսանում հիվանդության պատկերի մեջ, որ հոսքն անուշադրության և տրվում և այն ժամանակ իրավամբ խոսում ենք արյունահոսական ներարգանդաբորբի (Endometritis haemorrhagica) մասին։ Միշտ այնպես, ինչպես կարը հոսքն է կերիշխում, անվանում ենք կատարային ներարգանդաբորբ (Endometritis catarrhalis), իսկ ցավերը շատ կեղած պարագայում, որոնք ավելանում ու սաստիկ խիթեր են պատճառում, ախտորոշում ենք իրրև ցավական ներարգանդաբորբ (Endometritis dolorosa)։ Այս վերջին ձևի բորբոքման դեպքում կարելի դաշտանի ժամանակ (սովորաբար կերկորդից մինչև չորրորդ որը) ցավի ուժգին նոպաներով փերբերից և բջիջների քայքայված մասերից, կարելի նույնպես արգանդի վորոշակիորեն ճանաչել լորձաթաղանթից բաղկացած թաղանթավոր ծվիններ են դուրս մղվում—թերթատական ներարգանդաբորբ կամ թաղանթյա ցավալից դաշտան (Endometritis exfoliativa s· Dysmenorrhoea membranacea)։

Քրոնիկ արգանդաբորբի և ներարգանդաբորբի ախտանիշները շատ անգամ մասամբ իրար նման են։ Ինչպես արգանդաբորբով, այդպես էլ քրոնիկ ներարգանդաբորբով տառապող կանայք ունենում են հաճախ այսպես կոչված՝ ներգավոր ախտանիշներ—գլխացավ, սրտի խառնուք, վխտում, հոգեկան ճնշվածություն, ներվային դժամարսություն, սակավարդություն։

Հիվանդացած լորձաթաղանթի անատոմիական պատկերը ծայ բազմազան է և հետաքրքիր չի վորոշ անատոմական պատկերից նույնպես վոր չ ախտանիշ հետևցնել։ Համենայն դեպս հաճախ շատ կարելի է, արդյոք տվյալ վիճակի խակական ծորբոքում, թե միայն բորբոքական հետևորդ դրությունն է, մի հանգամանք. վորը իդիոպախտական արգանդ ներարգանդաբորբ (Metro-Endometritis idiopathica) անվանումով առնվազն հիվանդության մի ծագման վերաբերմամբ արդեն խակ իր արտահայտությունն է գտել։ Վորովհետև ճիշտ ինչպես քրոնիկական արգանդաբորբի ժամանակ, այդպես էլ ներարգանդաբորբի ժամանակ հիվանդության պատճառական ծագման վերաբերմամբ ընդհանրապես կենդանրությունների մոտ չենք հիմնվում, հատատ և միայն այն, որ բակտերիաներն ընդհանուր առմամբ իրեվ հիվանդության հարուցիչներ խնդրո առարկա չեն։

Քրոնիկական արգանդ—ներարգանդաբորբի ընախտիմագությունը տարակուսելի է այն տեսակետից, վոր շատ դեպքերում անհանգստացնող ախտանիշների տեսական մեկուսացումը չի հաջողվում և հիվանդ կինը միշտակես իր հիվանդության մասին մտածելով՝ իր կյանքի վայելքից շատ և տուժում։

Բուժման տեսակետից առաջին տեղն են բռնում ընդհանուր առողջապահական և պահեցողական նույնպես ներվերն ուժեղացնող

միջոցառումներ։ Հատկապես հոսքի դեմ պայքարելու համար այս մեթոդով հաճախ ավելի շատ օգուտ կարելի է ստանալ, քան վորևէ տեղային բուժումով։

Տեղային բուժումը պետք է աշխատի մեծացած ու բորբոքված արգանդը փոքրացնելուն։ Այդ նպատակով գերազանցորեն լավ պատշաճում է, իհարկե վոչ սակավարյուն կանանց, այլ հայելիով զննության ժամանակ արդեն իրը գերարյուն տպավորություն թողած արգանդ ունեցողներին, հեշտոցաբաժնի շառաուճներ — խիստ աննկատելի պայմաններում։ Գլիցերինի, իդեալ նաև 10% ինթիոլ-գլիցերինի կամ յոդ-գլիցերինի լուծվածների միջոցով պետք է հոգ տանել, վոր շճային արտածությունը չարունակվի։ Դրանով իրապես արգանդի բավական շատ փոքրացում է ստացվում, չնայած հիվանդության դեպքերը շատ հնացած չեն։ Հանձնարարելի չեն նմանատիպ հեշտոցի տաք դուշերը և աղաջրի նստալոպանքները։

Այդպիսի հիվանդներին հանձնարարվում է կուրորտային բուժում Ռայխենհալում, Պիրմոնտում, Բրեյզնախում, Մյունստերում*) առույգ կանանց հանձնարարելի է ավելի ևս ցնդող լոգանքներ (Զալցշլիրֆ, Ֆրանցենսբադ**). վորակապություն ունեցող կանանց համար խորհուրդ է տրվում միաժամանակ հանքային ջրեր խմելով բուժումը։ Այս կարգի բուժման համար նպատակավոր ազդեցություն ունի նաև կլիմայի, ինչպես և նվազ փոփոխությունը դեհատելի նշանակություն չունի***) հիվանդի վրա առհասարակ կուրորտային պայմանները։

Ներարգանդաբորբի բուժման համար միևնույն ընդհանուր սկզբունքներն են ինկատի առնվելու։ Հիվանդության բոլոր այն ձևերի ժամանակ, վորոնց ընկերակցում են սաստիկ դաշտանարնուճներ և արյանդարնուճներ, իրրև տեղային բուժում հանձնարարվում է լորձեղու ֆեռում (Abrasio mucosae) Բայի նրանից, վոր այդպիսով մանրաթիտակային զննության համար լորձաթաղանթի կտորներ են ստացվում, լորձաթաղանթի նորոգ կազմության համար ավելի շատ կարող ենք հուսալ, վոր բուժում կատարվի կամ յերկարատև բարվոքում լինի։ Առնվազն խիստ շատ դեպքերում դրանով հաջողվում է արյունահոսությունները վերացնել կամ սահմանափակել, մինչդեռ կարճ կամ յերկար դադարից հետո հոսքը նորից վերսկսում է։ Այդպիսի դեպքերում, ինչպես նաև գլխավորապես հոսքից տառապող կանանց հենց սկզբից

*) Եորկ-դ. Մյունխեն մոտ ժելեզնավոդսկ, Կիսլավոդսկ, Լերեկ, Կրիմ։ Ա. Թ.

**) Ոդեսա, Ռուսա, Եկատերինոդար, Նեհետուկի, Մոլնակր, Սաքի և ուրիշներ։

***) Զանազան կուրորտների մասին ավելի մանրամասն խոսվում է նրանց համառոտ դաշտագրության մասին։ Ո՞ր ցուցումներ տալուց պետք հրաժարվեմ տեղի ունենալ պատճառով։

հանձնարարելի չե արգանդի լորձաթաղանթի խարուկ կատարել բամբակով փաթաթած ու յոդի ներկածոյի մեջ թաթախած պլայֆայրյան ձողիկով կամ ֆորմալինով Մենգիյան ձողիկների միջոցով։ Դոքծարար բժշկին խորհուրդ կուտայի ուրիշ ամեն տեսակ ներարգանդային ձեռնարկումներ կատարելուց հրաժարվելու։

33. Դեպք

28 տարեկան մի կին, որը յերկու անգամ ծննդաբերութիւն և ունեցել, գանգատվում է քի իր վերջին պատուղի յիսուերքային ծննդաբերութենից հետո ոշտապես տառապում և ամսական հոսքից։ Հոգը առանձնապես շատ և լինում մանավանդ գաշտանից առաջ և հետո։ Իր քար պակասել և, տառապում և անքնութենից և հաճախակս գաշտանի սկսվելուց առաջ գալացած սրբոսկրի ցավերից։ Զոհացվորութեան առնչութեամբ հաճախ այտող յարիր են առաջանում կոնքի մեջ, մեկ մեկ նույն իսկ գրանից հետո։ տուում և յեկել։

Զննութեան ցվյալները։ *Մր քիչ նեղվածալ տիկին, միջակ ուժի և անվածութեան վիճակում։*

Հիշողամտութեում վոչ մի բորբոքական յերեույթ. նույնպես և հոսքը հազիվ նեշտավում (նայն հան բնդունելութեան գալր այդ ժամին նա նոր լվացվել յեվ հագնվել եր)։ միայն շպիկի վրա 50 կոպեկանոցի մեծութեան արատաթորանքի մի բիծ կա, որը վրա մի քիչ լորձ և յերևում։

Հայելիով զննութեան ցվյալները։ *Հիշողը նորմալ։ հետողաբաժինը՝ կապտավուն, ոչ ու ձախ կողմից յերևում են խոր փեռիկուլին բ, այնպես որ արդան գաթերանի ամբողջ շրջապատը ծածկող առատ, մածան-ապակենման ու կանաչավուն լորձր տաքքելուց հետո վզիկի հատատած ու խոտո կարմիր լորձաթաղանթր մեծ տարածութեան վրա կարելի չե տեսնել։ Արգանդաբերանի շրթներր, հատկապես առջևի շուրթր, հատացել են և նրանց վրա յերևում են դունատ կապտավուն փայլով, վոպլ մեծութենան՝ մակերեսը տատամբ բլոտնման ուտած տեղեր։*

Ընտրական զննութեան ցվյալները նորմալ են, բացի վերոհիշյալ փեռիկվածքներից և պնդացած վզիկի մեծացուսից։

Ախտորոշում. Վզիկի դում (վզիկի ներարտանդաբորբ պարկիկային էրոզվածքով յեվ փեռիկվածքային շրթնադարձով) [Casarrhus cervicis (Endometritis cervicis c. erosion. follicularis et ectropii lacerationis)]։

Ներկա դեպքում արդեն իսկ դիտումից կարելի չե ախտորոշումը հետևցնել։ Արտաթորանքի տեսքը համեմատած դեպս բնորոշ և իրրև վզիկի գեղձերի արտադրութեան։ Այս լորձային, տիպիկ դեպքերում մածան-ապակենման, ուրիշ անգամ, շնորհիվ թարախային մարմինների խառնվելուն, պղտոր ու ավելի լույծ դարձած հոսքը ամեն ձեվի վզիկի կատարի գլխավոր առտանիշն է։

Մեր հիվանդի ունեցած սրբոսկրի նախադաշտանային ցավերը, ինչպես նաև հիշատակված անդրան արյունռւմը դուս վզիկի կատարի պատկերին չեն վերաբերում առանց այլևայլի. սակայն այդպիսիք լինում են շատ անգամ գոյութեան ունեցած պարկիկային քերծվածքի և փեռիկվածքային շրթնադարձի հետևանքով, ինչպես վոր մեր դեպքում։

Վրիկի խորը պատռուածները (Lazerationes) բնականաբար նախընթաց ծննդաբերությունների հետևանքն են։ Դրանց պատճառով վրիկի լորձաթաղանթը մեքենական ու քիմիական ազդեցությունների և վարակման հարուցիչների համար դյուրամատչելի կը դառնում։ Ընդամենը խոր ու մանրավորապես կրկու կողմանի պատռուածները ուղղակի նպաստում են վրիկի կատարի առաջ գալուն։ Այս պատճառում է ոչ միայն լորձաթաղանթի ուռճացում, որին ընթացքում գլանապիթեղը փոխարկվում է տափակապիթեղի, այլ նաև այդ ուռճացած լորձաթաղանթն իր կողմից ավելի ուժգին կերպով է ազդում մեքենական և այլ ազդակներից ու այն ժամանակ ուռչում ու դեպի դուրս շուռ է գալիս—ectropium)։

Ծորրեմն փեռկիմածքային (շրթնապարթի հետ կամ առանց դրան յոգած վրիկի դեպքերում առընչությամբ առաջանում են ավելի բարդ բանականավորված դիրքով պակաս սովորական փորը, սակայն յուրաքանչյուր բավական չափազանց ուռճացած ու ձևանգի պատրիկ մասը նման հեշտոցի մեջ կարկառած պոլիպներ (լուծենային պոլիպներ), որոնք գոչ միայն առատ հոսքի, այլ նաև հաճախ շատ սաստիկ արյունազեղումների դրդապատճառ են լինում։ Այդպիսի պոլիպները պետք է հեռացնել հետևյալ ձևով. հատակաքցանով պետք է բռնել նրանց հիմունքը և ոլորելով պոկել։

Հատուկ ուշադրություն տալու կարիք կա fibrinoidի (erosio) ծագման մասին։ Շատ անգամ յուրաքանչյուր ժամանակ պտղաբերություն ունեցող վրիկի դեպքում, իսկ սուսանակային բորբոքման ժամանակ հաճախ արդեն յինքնաստուր սաղում, արտաթորանքի գրգռիչից հրահրվում և գլանարջիջ նպիտիլի ուռճացում։ Այս ուռճացած գլանապիթեղը հետո հեշտոցարաժնի վրա և արտաքին արգանդաբերանի շրջապատում մեծ կամ փոքր տարածություն վրա դուրս է վանում տափակաբջիջ նպիտիլը և տարածություն յուղերածքի կամ բակի ձևով բռնում և արգանդաբերանի շրջապատը. սա կոչվում է պարզ fibrinoidի (Erosio simplex*)։ Յերբեմն էլ արգանդաբերանի շրջապատում կազմըվում են գեղձային փոսացումներ, որոնք շատ խորն են գնում և յեթե շատ խիտ կերպով իրար մոտ են գտնվում, մակերեսին տալիս են մանր հատկային տեսք. սա յի՝ պտկային fibrinoidը (Erosio papillaris)։ Հնացած դեպքերում այդպիսի քերծվածքը նոր սկսվող քաղցկեղից չի կարելի տարբերել։ Կասկածելի դեպքերում անհրաժեշտ է փորձնական կտրում կատարել։

Յեթե այժմ մակերեսի յերկրորդային կպչումների հետևանքով այս գեղձափոսերի մեջ արտաթորանքը կանգառման յենթարկվի, այն ժամանակ կառաջանա պարիկային կամ բշտային fibrinoidը (Erosio follicularis s. cystica) պատկերը, ինչպես մեր դեպքը ցույց է տալիս,

*) Քերծվածքի առաջացման մանրամասնությունների վրա այստեղ չեմ կանգնում խոցաններում։

այն է՝ վոսպի մեծության՝ յերբեմն եւ ավելի մեծ բշտիկներ, վորոնք սպիտակ գեղնավուն գույնով ընդհանրապես նկատվում են մակերեսից և ասեղով ծակելիս՝ հոսեցնում են մածան ու ժելատինանման արտաթորանք։ Ահա անշուշտ այդ քերծվածքներն են կոնքի մեջ լուրվածության զգայմունք պատճառող գլխավոր ապրյուրը, վորպիսի զգայմունք հատկապես նախադաշտանային արնեխտումի ժամանակ նեղություն կարող է պատճառել։

Յերբեմն այդ բշտիկները շատ խորն են մտնում պատի մեջ ու այնքան բազմաթիվ են լինում, վոր դրա հետևանքով հիպերպլաստիկ ուռուցքի տպավորություն է թողնում — հետոցոնաբաժի պարկիգային գեղաճում (Hypertrophie folliculäris portionis)։ Ավելի խորին խավերում գտնում ենք նույնպես ընդհանուր կանդրաման նշաններ, ջերը յերբեմն յերկար տևի, յերբեմն էլ գալիս շարակցական հյուսվածքի գնդակազմության նշանները և իրրև հետևանք՝ արգանդի վզիկի մեծացում և պնդացում — վզիկի ուրգանդոբրոր (Metritis colli)։ Նոր գեղեկվածքները՝ շրթնագարձի հետ միասին, յերբեմն նույնպես վզիկի դումը՝ իրրև այդպիսին, կարող են կնոջ ամլության պատճառը հանդիսանալ։

Նախախնամություն՝ շատ չհնացած դեպքերում ընդհանրապես լավ է։

Բուժումը. 1. Հանգիստ թողնել՝ մերձավորության արգելք դնելու միջոցով. ծանր ֆիզիքական հոգնածության՝ ինչպես սպորտից, խուսափել. կղզումի կանոնավորում. 2. ընդհանուր բուժում, ինչպես վերը հիշվեց. 3. պարկիկային քերծվածքի յեռապահական մոլեբշտեի պարպումը ծակումով կամ ջերմախարանի միջոցով։ Պարզ քերծվածքի համար խորհուրդ է տրվում հիպոցոլաժնի կարճատև լոպանքներ փայտի քացախի մեջ, վորը լցվում է կամ թե հանձնաբարվում է ջերմախարանում կատարել. 4. շատում, գլիցերինի խծուծ, ինչպես վերը նկարագրվից. 5. վզիկի շրթնագարձի հիվանդ լորձաթաղանթի բուժման համար հանձնարարում են թևեռ կերպով խարող և փոքրոտող դեղորայք ինչպես՝ փայտի քացախ, յոդի ներկածո, 10 տոկոսանոց արծաթե նիտրատի լուծույթ, վորոնք բամբակով լորձաթաղանթին են քսում։ Սակայն վորպիսի այդ դեղորայքն ագդել կարողանան, նախապես պետք է լորձաթաղանթն ազատեն նրան ծածկող լորձից, վորի համար ամենից լավն է 3 տոկոսանոց սոդայի լուծույթի մեջ թաթախած բամբակի բարձիկներ դործածել 6 յերեք այնպիսի խոր պատռումներ կան ինչպես մեր դեպքում, այն ժամանակ մինչև այժմ հիշատակված միջոցառումներն ընդհանրապես տեսականորեն չեն բուժում։ Այդ դեպքում ավելի շուտ հանձնարարվում է այդ պատռումները վիրաբուժական

գործողությամբ հեռացնել վորի հետ միաժամանակ կարելի է գերաճած ու շրթնադրված լորձաթաղանթը կտրել հանել*)։

Մենք այստեղ դիտավորյալ կերպով բնութագրեցինք արդանդ ներքաղանդաբորբի երկու դեպք, վորոնց կլինիկան, մասամբ նաև ենթատիպական պատկերը նման է իրար ու նույնպես նրանց քորոնկ բորբոքական բնույթը բավական վոլոչակիորեն արտահայտված է։ Տարբերում նրն ու այսոր էլ դեռ տարբերում են ներարգանդաբորբի գեղձային ձև անջրպետային ձևեր (ընդամենն նաև խառն ձևեր), խոսում էլին ապնգա ին կամ պոլիպային ներարգանդաբորբի (Endometritis fungosa s polyposa) մասին, յեթե դանդյրն թմբաձև, ուժգնապես հաստացած ու արյունելու տրամադիր լորձաթաղանթ սակայն ախտանիշերի կլինիկական պատկեր մենք ե տարուկան միյեվնույնը, այն է՝ արյունազանք և հոսք և դանդան ուրիշ դանգատներ։ Ամենաշատ կարիք յե քերթատան ներարդանդաբորբի (Endometritis exfoliativa) ժամանակ անատոմիական պատկերի և հիվանդության առանձին ցավակոնության միջև անբռնատարձ կերպով պատճառական առընչություն դանել։ Մենայնյալ դեպքերում սակայն հիմնավոր տարակույս և դադում, թե արդյոք ներարդանդաբորբի շատ տեսակները, վորոնք նկարագրում են, դրանցից մասնավորապես գեղձ յին բնույթով յեղածները, առնասարակ վորևե բորբոքման հետ առընչություն ունեն թե վոչ։ Այն, ինչ վոր առաջ երթեք արդանդ նորմալ լորձաթաղանթ եր համարվում, համապատասխանում է յերկու գաշտանների մ ջև ընկած միջնադադարի հանգստացող լորձաթաղանթին, մինչդեռ գեղձային ներարդանդ բորբը մոտավորապես համապատասխանում է այն պատկերներին, վորպիսիք գտնվում են նախագաշտանային շուռածության ստադում։ Անատոմակուչ կարող են շատ անգամ ժամ նակ ալ ել գեղումներ պատահել լորձաթաղանթի այս գանագան պատկերների ներեվում գալու հետ, այնպես վոր, օրինակ, միջնադադարի կիսում լորձաթաղանթն արդեն սաստիկ հաստացած և լայնացած ու ավելի բազմաթիվ գեղձերով հնարատացած յերևա, քան այդ ախտաբանական յերեվույթը պետք է անվանել բանում, վոր լորձաթաղանթի նորմալ պատկարգային շրջափոխություններ անորմալ տեմպով է կատարվում կամ առանձնապես սուր արտահայտություն է ստանում։ Այս հարցերը ներկայումս դեռ բազմակողմանի կերպով դիտողական լուսաբանություն չեն ստացել, այնպես վոր գործնական բժշկի պատասխանների տեսակետից դեռևս հաժարիցի պահելու կլինիկական պատկերների նկարագրության ժամանակ հիվանդությունների հին անվանակոչումը։

Շատ ավելի կարևոր է այն հանգամանքը, յերբ փորձառությամբ վերահաստատ յենք լինում, վոր արգանդաբորի կլինիկական ախտանիշերը տեսնվում են վոչ միայն դերաճած շարակցական հյուսվածքով ծածկած արդանդի ժամանակ, այլ նաև անատոմիա ան գլուխությամբ նրա բոլորովի նորմալ ենթության յեղած դեպքում։ և ընդհակառակը, չնայած մեծ, այսպ ս կոչված՝ արգանդաբորբոմական փոփոխություններին, չնայած անոթներ, դանդան փոխակերպություններին (անոթների կոշտացությունն Sclerosis), վորոնք սեղմապարտ են ճան ալել արյունոտների համար, չնայած շարակցական հյուսվածքով արգանդի սկանունի մասնակի կամ ամբողջական փոխարինվելուն, ա նորամեն այնիսի բրոնկիակ են արգանդաբորբի բոլոր ախտանշանները բացակայում են։ Այժմ հարցն այնպես է, վոր մենք առնասարակ չդիտենք, թե արգանդի մեջ վոր փոփոխություններից է, վոր կախումն ունեն նկարագրված ախտանշանները և հատկապես արյունահոսները. դրա համար արգանդ-ներարդանդաբորբը տերմինի փոխարեն նա խընտ-

*) Վորքան էլ բուն իրքան պարզ է այդ՝ այսպես կոչված նմեռ ան գործողությունը, այնուամենայնիվ նրա նպատակահարմար կատարումը պահանջում է վորոշ փորձառություն, այնպես վոր գործնական բժշկի համար դա քան իր անդեմ է թվում։

բաւմ են գործածել վոյնչով չկաշկանդող անունը—արգանդոպաս (Metropathia, Aschoff=Pankon): Մենք սեղմը ունենք նուիրնուկ վիրը նշված փորձառությունների հիման վրա ենթադրելու, որ առհասարակ վոչ թե հենց իր արգանդն փոփոխությունները են այն անհրամայ դաշտանարտուհների և արգանդարտուհների ու գերարտաքրության պատճառը, այլ ճիշտ ինչպես նորմալ արտաքորությունն ու դաշտանը կախուած ուհնեն ձվարանից, նուիսպես և այս իրագործությունների անհատական դրության վիրաբերմամբ ձվարանի գործունեության փոփոխություններ գլխավոր դերն են խաղում: Արդարև ձվարանը անատոմիական գնության անհրկիզիմ ապյակներ նուիրնուկ չկան: Բայց վորոշհետև ձվարանները ներքին արտաքորությունն առանձնացած իրագործություն չեն, այլ իր կողմից ուրիշ ներքին արտաքորական գեղձերի գործունեության հետ բազմատեսակ կապակցությամբ և յիրևան գալիս, ուստի մենք այժմ ենթադրում ենք, վոր ամենատարբեր ներարտաքորական գեղձերի գործունեական յեվ անատոմ իական փոփոխություններ ձվարանների անհրամայ գործունեության յեվ դադարի արգանդի անկանոն գործունեության պատասխանատու կարող են լինել: Իրենց մանրամասնների մեջ այդ յերևույթների փոխհարաբերությունը հարկավ դեռ այնքան քիչ է պարզաբանված, վոր դրա ճշգրիտ համառոտությամբ նկարագրությունն այժմ անհնար է: Ինձ համար խնդիրը միայն նրանում է, վոր ընդհանուր պրակտիկա ունեցող իմ հուլեգանների ցուցմամբ առնվազն այս նկարագրությունը և նրանց հետաքրքրությունը շարժել վերևում հիշատակված յերկերի մեջ դիտական հետազոտության և բուժական հնարավորությունների մասին ուրիշ մանրամասնությունները կարդալու:

34. Դեպք

Իրեն արգանդաբոռոային մեծացման հանուսակ որինակ ես վոր այստեղ ենթադրենք արգանդի ապաճման (Atropia uteri) մի դեպք:

28 տարեկան մի կին դալիս է դանդատվելով, թե տարի ու կես առաջ ունեցած իր առաջին ապրելուց հետո դաշտանն այլևս չի վերսկսվել: Ինքն իրեն դժուար է հաճախ ես ու ջարգված, բայց չգիտե, արդյոք հղի չի թե վոչ: Իր յերեխային ապրում է ծիծ տվել:

Ջննության տվյալները. դունատ, նիհարասուն մի կին, անուժակ տեսքով: Մեքսիանները վոչ մի աննորմալ բան չեն ցուցաբերում, բացի սեղն, բարակ պատերով ու առաջածված արգանդի խիստ ուշագրավ փոփոխությունից: Վորը հատարյա հազիվ մի հուսական արգանդի չափ է: Այդպիսով վոչ մի տարակույս չի մնում ախտորոշման համար: Ըստ անամնեզի նույտարելի չի տվիլ ևս ճշտել ախտորոշումն իրեն—արգանդի տենգական ապաճում (Lactasionsatrophie):

Այդպիսի ապաճումները յերկար շարունակված դիետման հետևությամբ պատահում են մանավորապես նուիրակագի կանանց: Սովորաբար ծծից կտրելուց կարճ կամ յերկար ժամանակ հետո դաշտանն այնուամենայնիվ ինքնիրեն վերսկսվում և դարձյալ նրա վերադարձին կարելի յե ժամանակակից ուժեղ անուցումով, զորացուցիչ ընդհանուր բուժումով, տաք դուշերով, արամաջերմությամբ, առհասարակ վերարնության պատճառող միջոցառումներով, գերմանգանային կալիումի դեղատոմսեր ընդունելով (որը 4 անգամ 0,05-0,1), ֆարադիզացումով: Ավելի ևս ոպտակար է լինում արգանդի զգուտական եղանումը, վորից հետո արվելու յե մինֆորմոն-շաքարահատեր (յուրաքանչյուր

բը 100 մկնամիավորով), վորոնցից 1—2 ամիս շարունակ որը 3 անգամ մի մի հատ պիտի ընդունի։ Ծանր դեպքերում, յերբ յերկար ժամանակ տևող անդաշտանուԹյուն կա, խորհուրդ ենք տալիս բազարյալ պլոլանի և ֆոլիկուլինի բուժման ձեռնարկել, վորը սակայն կենդանիների վրա փորձելու միջոցով շարունակական ստուգման անհրաժեշտուԹյան պատճառով՝ նրա կատարումը պետք է հանձնարարվի մասնագիտական կլինիկայի։

Արդանդի յեռծննդյան ապաճում լինում է պատահաբար նաև ծանր նեխական պրոցեսներից հետո, ձվարանների քայքայման հետ զուգընԹացող նեխական կամ ուռատնակային կցոնքարորբի (Adnexitis), յերբեմն չափազանց յեռանդով ձեռնարկված քերումի կամ հատկապես քլորացրինկով կատարված խարուկի կապակցուԹյամբ, վորից հետո կարող է ստացվել արդանդի խոռոչի ամանակի կամ ամբողջական ամայացում։ Վերջին դեպքում անհնարին է բուժումը։

Վնրջապես հիշատակենք յեւ հյուծող հիվանդուԹյուններից հետո նկատված արդանդի ապաճումը, որինակի համար՝ տիֆի, թոքախտավորների և քաղցկեղով հիվանդների հյուծվածուԹյան, մորֆինիզմի և մի քանի ուրիշ քրոնիկ թունավորումների ժամանակ։

Նորմալ կերպով արդանդի ապաճում տեղի յե ունենում դաշտանադադարի ժամանակ՝ ձվարանների դործունեուԹյան հանդչելու հետևանքով։ Նույն կերպ է ազդում նաև մալուխը (Castratio)։

ԱՐԳԱՆԴԻ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐ

Ա. ԼԱՎՈՐԱԿ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐ

35. դեպք

38 տարեկան մի կին, վորը յիրկու անդամ ծնել է, վերջին անդամ 8 տարի առաջ, յեկել ձեր խորհուրդն է հարցնում ահա մոտ մեկ տարուց իվեր շարունակաբար ուժգնացող ու ավելի յերկար տևող իր դաշտանի մասին, վորն իրեն ֆիզիկապես բոլորովին ուժասպառ է արել։

Դաշտանը՝ առաջ չորեքշաբաԹյան, յերեքից չորս որ տևողուԹյամբ, նորմալ չափով, առանց եյական նեղուԹյունների։ Մեկ տարուց իվեր է համարյա ամեն-ամիս ավելի ուժգնացած, 5 յից մինչև 6, յերբեմն նույնիսկ 7 ու մինչև 8 որ տևողուԹյամբ, դրա ընԹացքում հաճախ նույնիսկ յերդած արյուն է թափվում։ Վերջերս տարուց իվեր է ինքն իրան «շարունակ անառողջ է դգում»։ Այդ նշանակում ակնկալում եր թեպետ համարյա հիշյա այն որը, յերբ ինքն ապաուժ եր դաշտանը, սակայն այնքան աստիճան եր, վոր կինը գրեթե մշտապես պետք է պառկած մնար, դրա ընթացքում բուռ նյութի մեծուԹյան արյան լերդացած գումարներ եյին թափվում։ Արյունահոսը 10, 14, մինչև 18 որ, վերջերս նույնիսկ յերեք շաբաթ անխափան կերպով տևելուց հետո, միայն 8 կամ 10 արյունոտ ամար որերում հիվանդն այլևս առհասարակ իվիճակի չեր լինում բավարար չափով կազդուրվելու և ինքն իրան դդում եր մշտապես հոդնած ու վողոքվելի։ Վերջին արյունոտ ամը յերեկ է դադարել։ Ցավեր գոյուԹյուն չունեն։ դրա փոխարեն ահա քառորդ տարուց իվեր արտի աստիճան բաբախումներ ունի, վորոնք ամենափոքր լարված աշխատանքի և դրդիռի ժամանակ յերևան են գալիս։ Մեկ մեկ էլ ընդհատումներ է ունենում։

Մի ինտելիգենտ կնոջ այս անամենեզն այնքան տիպիկ է, որ յերբ դրա հետ միասին մի հայացք ձգենք այս՝ այլապես բարեուշն, սակայն դժգույն-դեղնավուն (մոմագույն) մորթի դունակ ունեցող կնոջ վրա, համարյա առանց զննութեան հնարավոր և դառնում հիվանդության ախտորոշումը:

Ասպքը վերաբերում է այստեղ այն աստիճանի բացակայությ, աստիճանաբար սկսվող, ապա շարունակաբար ավելացող, բավական սաստիկ սակավարնութեյան ու դրանից էլ հետևականորեն՝ սրտի խանգարումներ պատճառող զուտ դաշտանարնումների, որոնք այնքան տիպիկ, համարյա նույնիսկ պաթոգնոմոնիկ են մկանուռավոր արգանդի (Uterus myomatosus) համար և այն էլ հատկապես նրա մի առանձին ձևի, այն՝ անդրպետային մկանուռի համար:

Մկանուռների բաժանումը. մկանուռները տարբերում ենք ըստ իրենց տեղի՝ Ա. մարմնի, յեվ Բ վիճի մկանուռներ. վերջիններս շատ սակավ են, ամբողջ մկանուռների մոտ 8 տոկոսը: Բացի դրանից արգանդի պատի հանդեպ լրնց դիրքային հարաբերութեյան հասնմամբ, տարբերում ենք—

1. Ցենթրաբնեային մկանուռներ (Myoma subserosum), դնդաձև կամ ավիլի տանձաձև կիրպատրված ուռուցքներ, որոնք իրենց ավելի մեծ մասով շճնիով ծածկված արգանդի պատի մակարդակից դուրս են կարկառած: Դրանք պարարաձև այտուցները ապահովութեյունն են թողնում, կարող են սակայն այնքան դուրս կարկառել, որ արգանդը հետ մը բարակ կամ քիչ ավելը հատ կոթունով միայն կապված մնան. Կարող է պատռվի նույնիսկ, որ ամբողջովին բաժանվեն արգանդից: Այս ձևի մկանուռների ստորաբաժանումներն են—

ա. Ներկապանային (intraligamentarium). այսինքն՝ արգանդի յեզրից դեպի լայն կապանի մեջ աճող ու զարգացող մկանուռներ:

բ. Ցենթարդերապատակային (subperitoneal), այսինքն արգանդի առջևի կամ յետևի պատի ընդերապատակի կպած տեղի տակ աճող մկանուռներ, որոնք փամփուշտն ու Դուգլասյան խոռոչը ծածկող ընդերապատակին ուռեցնելով վեր են բարձրացնում:

2. Անդրպետային (ներպատային) մկանուռներ [myoma interstitialis (intramuralis)] դեռևս արգանդը պատի մեջ տեղադրված, ասեն կողմից արգանդի սկանուռնքի մի պատյանով փաթաթված ուռուցքներ, որոնք լինում են յեզակի կամ հոդնակի թվով ու զանազան մեծութեյան:

3. Ցենթրալորձնեային մկանուռներ (Myoma submucosum), այսինքն այնպիսինները որոնց զանգվածի առնվազն կեսը դուրս է ուռած արգանդի խոռոչի մեջ ու այնտեղ կլխավորապար ծածկված է միայն արգանդի դերաճած լորձաթաղանթով: Այդ ուռուցքները հաճախ առաջ են բերում արգանդի կծկումներ, որոնք մասամբ ցավեր են պատճառում, մյուս կողմից էլ հանում են այդ ուռուցքները արգանդի պատի միջից դուրս պոկելու, այնպես որ լսկից ուռուցքը հաճախ մի բարակ կամ ավելի հասարակ կոթունով միայն կապված և մնում միացյալ պատի հետ և «պոլիպ» տպավորութեյունն է թողնում: Ցեթե յերբեք վերջնվերջո ավելի ու ավելի յերկարձգված կոթունը պատից պոկվի, ապա կարող է մկանուռն իսկապես դուրս մղվի (ծնվի): Ցեթե կոթունը շատ լայն և կամ մասնավոր խարխլված է, այն ժամանակ այդպիսի մկանուռները կարող են արգանդի պատն իրենց յետևից ձգել ան և արգանդի մասնակի ու նույնիսկ ամբողջական արտաքնում (inversio) առաջացնել:

Ջննության արդյունքը հաստատում է վերոհիշյալ ախտաբորոտությունը։

Շեքի փոքրիկ ու հին պատռվածք։ հեշտոցամուտքի և հեշտոցի լորձաթաղանթը գունատ, հեշտոցաթաժինն իր նորմալ տեղում։ արգանդն առաջածալված, յեռեխի գլխի մեծության, ամեն կողմից հավասարապես սեղմված, խմորի կակղության բաղկացուցվածքի։ Ձվարանները չեն շոշափվում (նկ. 24)։



նկ. 24.

Ախտորոշումը. արգանդի մարմնի ենթաշերտային մկանուտ (Myoma interstitiale corporis uteri)։

Տարբերական ախտորոշումը. *Արգանդը կարող էր ըստ մեծության, ձևի և կոնսիստենցիայի համապատասխանել չորրորդ ամսվա հղության։ Սակայն դաշտանի մասին անամնեզի տվյալները թույլ են տալիս բացառել այդ հնարավորությունը։ Ներկա դեպքում ախտորոշումը հեշտ է։ Դա շատ կարող է դժվարանա այն դեպքում, երբ հիվանդը դիտավորյալ կերպով բժշկին ուղենա սխալեցնել և հղության դեպքում իր անդաշտանությունը թաքցնել։ Հղի ժամանակվան արգանդի սովորաբար ավելի կակուղ կոնսիստենցիա, ու ավելի ևս, վորոշակիորեն հաստատված կոնսիստենցիայի փոփոխությունը կարող է միայն ազատել սխալմունքից։*

Տարբերելու հանդամանքներն ավելի ևս կը դժվարանան, յերբ խնդիրը վերաբերում է մի մեռած յեռ ամսացած սաղմի՝ արնամոլային (Mola sanguinolenta) *և այն ժամանակ կարող է անամնեզի մեջ հիշատակված արյունումը սխալմունքի մեջ ձգի, ևս առավել, վոր արգանդի կոնսիստենցիան էլ առանձին արժեք չի ունենա տարբերական ախտորոշման համար։ Վորոշումը կը հաստատվի միայն, յերբ ապացուցվի, վոր այդ դեպքից առաջ տեղի չէ ունեցել անդաշտանություն։ կարող է նույնպես հղության հետ միասին մկանուտ էլ գոյություն ունենա։ Մինչև պտուղը հասնող ուռուցքների տարբերական ախտորոշման ժամանակ ինդպատ հղության ցուցմունքներ են՝ յերեխայի մասերի շոշափումն ու սրտի զարկը. սակայն և այնպես բշտամոլայով* (Mola hydatidosa) *բարդությունը կարող է յերբեմն դժվարություններ ծագեցնի։ Նման դեպքերում վերջնական վորոշում տալու համար պահանջվում է մեծ փորձառություն, զննության տեխնիկային լավ տիրապետում, հաճախ նաև յերկարժամանակյա դիտում։*

Մկանուղի զանված տեղը ճշտելու համար, թե արդյոք արգանդի առջևի թե յետևի պատի վրա յէ, պետք է լինում դիմել ձողկին ոգնութեան, յեթե յերբեք կլոր կապաններն՝ արգանդի առջևի պատից դուրս յեկած տեղը չէ շոշափվում, վորով պարզվում է, թե ուռածութիւնը, դրա հետ մկանուղը, յետին պատին են պատկանում։ Գործարար բժշկին խորհուրդ է տրվում չդիմել ձողկիկ գործածութեան՝ ախտորոշելու նպատակով։

Նախիմացությունն ու բուժումը տևանել ատորեվ։

36. Դեպք

36 տարեկան մի կին, վոր յերեք անգամ ծնել է, վերջին անգամ սրանից չորս տարի առաջ և դրանից հետո յերկու տգամ հղութեան 3-րդ ամսում վիժում է կատարել, ձեզ է գալիս գանգատվելով, թե սաստկացած, անկանոն ու ցավալից դաշտան է ունենում։ Վերջին ամսականը յերկու որ առաջ է վերջացել։ Ցերևում է, վոր այդ կինը արդաքամ է յեղել։

Ավելի ժամանակ հարցուփորձից կլսենք, վոր դաշտանը յեղել է մինչև իր 32 տարեկան հասակը կանոնավորապես ամեն չորս շաբաթը մեկ անգամ, յերեք կամ չորս որ, արյան նորմալ քանակով, առանց վորևե աչքի ընկնող ցավերի։ Չորս տարուց իվեր է արդեն, վոր ամսականները քիչ ավելի սաստկացել եյին, չորսից մինչև հինգ որ, վերջին յերկու տարիներում նույնիսկ վեց որ են տևել։ Սրանից մեկ տարի առաջ սակայն դարձյալ ավելի շատ աչքի ընկնող թափով ու ավելի յերկար տևողությամբ արյունահոսներ սկսվեցին, վորոնք վերջերս յոթից մինչև ութ որ շարունակվում եյին ու միաժամանակ արյան փոքրիկ կամ ավելի մեծ լիրդացած կտորներ եյին թափվում։ Ցերեքին յերկու կամ յերեք որվա դադարից հետո սկսվում եր նոր, թեպետ և ավելի թեթև արյունահոսում, վորը յերեքից չորս որ նույնիսկ մեկ շաբաթ ու էլ ավելի յեր տևում, փոփոխ սաստկությամբ։ Վերջին կես տարին դաշտանը տևում եր հաճախ մոտավորապես յերեք շաբաթ, թեպետ և առաջին շաբաթվանից հետո արյունահոսը նշանակելի չափով նվազ եր լինում, քան նորմալ դաշտանի ժամանակ։ Քիչ եր պատահում, վոր դաշտանը վաղորդ սկսվեր։ Բայց ահա մեկ ամսից ավելի յե, վոր իրանից մշտապես արյուն է հոսում յերբեմն նվազած, յերբեմն սաստկացած թափով։ Դրանից այնքան է ուժասպառված, վոր հաճախ ինքն իրան հազիվ է կարողանում վարքի վրա պահել։ Արյունահոսից ազատ որերին այս վերջին կես տարում տեղի ունի սաստիկ հոսք։ Արդեն յերկու տարի առաջ մի անգամ դաշտանի ժամանակ յորկունքի ցավերի նման ցավեր է ունեցել, վորոնք այնուհետև շատ անգամ կրկնվել են և հատկապես վերջին յերեք անգամվա դաշտանների ժամանակ բարձր աստիճանի յեն հասել։

Այս անամնեզի մեջ աչքի յե ընկնում նախևառաջ այն, վոր այս կինը, վորը 3 անգամ նորմալ ծննդաբերություն է ունեցել, հաջորդող չորս տարում նա թեպետ յերկու անգամ հղի յե մնացել, սակայն ամեն անգամ յերրորդ ամսում վիժում է ունեցել։ Այս փաստն ստանում է ավելի մեծ նշանակություն նրանով, վոր միաժամանակ յերևում են շարունակարար սաստկացող դաշտանարյունահոսներ, վորոնց ահա մի տարուց իվեր է, ինչ ընկերանում են ցայտ արգանդարյունահոսներ։ Հենց իրերի այս դրությունը և ամսականների նախապես գոյություն չունեցած ցավակոծությունը բնորոշ է դարձնում այս անամնեզը։

Ջննության տվյալները. Բազմածին կին՝ շեղի հին պատռվածք, դունատ լորձաթաղանթ, հիպտոցր ժատնաչափ լերկար, հետոցաբաժինը լայն ու կարճ, արգանդի բերանը հատայեզր, բերանի բացվածքը համարյա մի 50-կոպեկանոցի չափ։ Բերանից անմիջապես վեր՝ վզիկի խոզովակում, շոշափելի չե մատավորապես մի մանդարինի մեծության հարթ սակերատով կոշտ ուռուցքի սաորին կեսը. վորն արգանդը վզիկը գնդականման ուռեցնում է։ Ջննող մատն առաջային շրջափակից հազիվ միայն հասնում է ուռուցքի գնդի հասարակածին. յուտակոմպից հնարավոր է ևլի քիչ ավելի բարձր շոշափել։ Արգանդն առաջածռված է, մարսինը սագի ձվի մեծության, հաստության արտաժգիծը համարյա նորմալի կրկնապատիկը։ կցոնները նորմալ (նկ. 25)։



Նկ. 25.

Սխստոոմա. Ցեցքայորձենային մկանուռ (Myoma submucosum), դուրս մղվելու սկսած յերևույթներով։

Մեր դեպքում ախտորոշումը հեշտ է։ Ուրիշ դեպքերում, յերբ մկանուռն ուղղակի շոշափելի չի, լավագույն դեպքում կարելի յե այդպիսին յենթադրել, յեթե վզիկը ամբողջությամբ ուռած է։ Արգանդի խոռոչի մեջ շատ վերը գտնված մկանուռները շոշափումով չի կարելի դանագանել ներպատային ներից։ Բայց և այնպես անամնեզի մեջ յեղած հիշատակությունը, թե նախապես դաշտանարնուններ և արգանդարնուններ տեղի չեն ունեցել հավանական է դարձնում, վոր այդտեղ յենթալորձենային մկանուռ կա։ Վզիկի վոչ յենթալորձենային մկանուռները պատճառում են համարյա արգանդի վզիկի գանգվածի միայն մեկ կողմի մեծացում։

Մեր դեպքում արգանդի բերանի լայնացումը ցույց է տալիս արդեն, վոր դուրս մղելու իմպուլսներն ընթացք են տռել։ Ուռուցքից ազատվելու վերը հիշատակված հնարավորություններն էնկատի չառած, բոլոր նման դեպքերում ուռուցքի դուրս մղվելը ձգձգելու պարագայում վարակումի վտանգ է ծագում, վորին կարող է հետևի մկանուռի ներսում (ժանտահոտ ու խիստ տռատ հոսք, հնարավոր և նաև ջերմության բարձրացում, ավելի ևս անուշադրության մատնված դեպքերում՝ ընդհանուր վարակում)։

Փոքրիկ յենթալորձենային ուռուցքների ժամանակ տարբերական ախտորոշման տեսակետից կարող է յերբևե ինդրո առարկա լ նի մի վզեկային վիժուն։ Աննմանը (կարճ կամ լերկարատև անդադարանությունն՝ ամսականների սկսելուց առաջ) և պտուղ չի այլ կերպ բացակայությունը հնարավոր են դարձնում ճիշտ ախտորոշումը։ Ավելի զժվար կարող է լինի արհամարհելի տարբերություն։ Լորձախ պոլիպների, նույնպես զժվար կարող է լինի արհամարհելի տարբերություն։ Լորձախ պոլիպների, նույնպես տարբերվում են այս կարճատևությունով ու լերկար դուրս ձգված յենթալորձենայինները ակռանուռները (=բելյային պոլիպներ) իրենց պնդությամբ, ինչպես նաև իրենց հարթ մակերեսով, մինչդեռ լորձային պոլիպները ընդհանրապես բլթի բլթի տեսք ունեն։

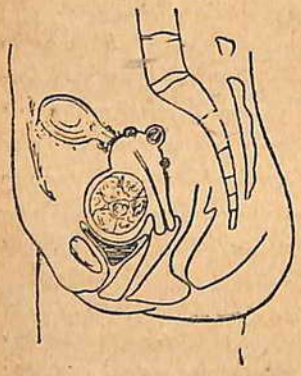
Բուժումը տեսնել ստորև։

41 տարեկան անզավակ մի կին ձեր ոգնությանն է դիմում իր միզափամփըշտի ցավերի համար, որոնք վաղուց կային, բայց ահա կես տարուց իվեր սաստկացել են. դրանք են—հաճախակի մղելու ժղուն, դրա հետ միասին՝ մեզը թափելու դժվարություն, որը շատ անդամ փոքր փոչը քանակով ու շատ դոր տալով է լինում։ Դաշտանը կանոնավորապես չորս շաբաթը մեկ անդամ, 6 որ տևողությամբ, ուժգին, ընդհանրապես առանց զգալի ցավերի։ Դաշտանի որերին փամփշտի ցավերն ավելի սաստիկ են։

Դուք քննում եք նախևառաջ մեզը՝ միզելու դժվարության նրա գանգատների պատճառով։ Սովորական ապակի փողաձողով կաթետրիզմի ժամանակ զորձիքը շուռով դիմադրության է հանդիպում, որը այնքան մեծ է, որ դուք խոհեմություն չեք համարում զորձիքն ավելի առաջ հրելու։ Մխիթարն յեթե շատ կորացած մետալի փողաձողով ձեր սառներում գտնված գործիքի ծայրը շատ լջկացնեք, հաջողվում է ձեզ գործիքը արգելքի վրայից անցկացնել և 50 խորանարդ սանտիմետր պարզ մեզ դուրս քերել, որը ամերազիտական և քիմիական քննության յերևում է իբր նորմալ մեզ։

Հայելիով զննությունը վոչինչ առանձին բան չի ցույց տալիս։

Շուռափական զննության տվյալները. Հեշտոցարաժրնը շարժված է դեպի յետևվերի կողմից նրա շարունակությունն է կազմում համարյա բուռնցքի մեծության, կոնքի մեջ մինչև ցայտսկրների հատակն բռնած մի պինդ ուռուցք, որը համաճոն է վերև արգանդի մարմնի հետ ընդարձակ կապակցության մեջ և։ Արգանդի հատակը վորոշակի սահմանավորվում է և ընկատի ունենալով, որ մեր հիվանդը մի անձին կին է, արդանդամարմնի վերին բաժինը շատ հաստացած է թվում։ Անմիջապես հատակից վերև շոշափելի յեն մեկ հատ կաղինի սեռուցքի և յերկու հատ ավելի փոքր ուռուցքներ. դեպի աջ մի ձվաձև, սակի ձվից էլ մեծ ուռուցք, որը թվում է թե մեկ հատ կոթունով կապված է արգանդի աջ յեղջյուրին (տես նկ. 26)։ Ցցոնները ազատ են։



Նկ. 26.

Ախտորոշումը. Մկանուռուց արգանդ (Uterus myomatosus), *գլխավորապես յենթաշճենային, հավանորեն նույնպես մեկ կամ մի քանի ներպատային հանդույցներ։*

Նույնպես և այս դեպքում հեշտ ախտորոշումը։ Ուռուցքների վորոշակիորեն արգանդին պատկանելը, նրանց պինդ յերևույթի հետ միասին, ուրիշ վոչ մի ախտորոշում անել չեն թույլատրում։ Դուք տեսնում եք նույնպես, որ յենթաշճենային սկանուռները վոչ մի առանձին ախտանիշ չեն ցուցաբերում։ Ներկա դեպքում միայն ուռուցքներից մեկը, շնորհիվ դեպի համաճոնքի կողմն աճելուն, միզուկը կամ թերևս միզափամփշտի վիզը սեղմել է, որով յերևան են յեկել բնորոշ ցավերը (այսպես ասած՝ բացամղումի յերեվույթներ)։

Չափավոր սահմաններում մեացած արգանդարնումները հավանորեն պետք է վերագրել ներպատային հանգուցչների գոյությանն։

Տարբերական ախտորոշում. Ցերբեմն դժվար է լինում բարակ կոթունով դեռևս արգանդի փողային անկյան հետ կապված յենքատեսեային մկանուռը ձվարանային ուռուցիից զանազանելը։ Ուռուցքի պինդ կոնսիստենցիան, բայց մասնավորապես կոթունի կապակցության պնդությունը հավանական է դարձնում, որ մկանուռ է, որովհետև ձվարանների նույնիսկ մեծածավալ ուռուցքների կոթունակապը կարուղ ու բարակ, ուռուցքի շարժունությունն էլ ընդհանրապես ավելի մեծ է լինում։

Արգանդի յեեվում գոյացած յենքափորապատակային մկանուռները կարող են ուրիշ ուռուցքներից կամ արտաքրտունքից, կամ մի յետարգանդային արնեճողվածքից տարբերվել՝ բացի անամնեզից, արգանդի հետ ունեցած նրանց վորոշ կապակցությունից, նրանց այլ կերպ բաղակցությունից, ինչպես նաև սրբոսկր ու արգանդի կապանների հարաբերությունից (համեմատել համապատասխան գլուխների հետ)։

Մկանուռի ենեկապատային զարգացման ախտորոշումը կարելի յե անել արգանդի յեղերքի հետ նրա ունեցած կապակցությունից դատելով։ Սովորաբար արգանդի հատակը վորոշ կերպով սահմանավորվում է ուռուցքից դեպի միջին գիծը և արգանդն ամբողջությամբ քշված է կոնքի հանդիպակաց կողմը։

Վորովհետև իմ տրամադրության տակ յեղած սահմանների մեջ անհնար է կլինիկական օրինակներով մկանուռների բոլոր բարդությունների մասին խոսել, ուստի յես այստեղ հավելվածորեն մի քանի կարևոր դիտողություններ պիտի կցեմ։

Ինչպես վոր մեր վերի յերկք դեպքերը ցույց են տալիս, մկանուռներն ամենից շատ կանանց չորրորդից հինգերորդ տասնամյակում են պատճառում յերևույթներ, վորոնք բժշկական ուշադրություն պահանջ են ծագեցնում։

Արգանդի պատի նորմալ կոնսիստենցիայի հանդեպ մկանուռների քնդհանրապես պինդ կոնսիստենցիան կարող է ամբողջովին կամ մասամբ պակասի նախապատանային ցանցատարցումից, այտուցից, լորձանուռատային կակղացումից, բացառարար նաև անոթների խոռային կամ մագանոթային ուռճացումից, ա. սարիկ ճարպային այլասերումից, իսկ շարակցական հյուսվածքի առանձնապես շատ կազմվելուց, մկանային բջիջների տարածուն հիալինային վերասերումից, ինչպես նաև կրակալումից կարող է մկանուռների բաղակցությունը սերտանալ։

Ծննդաբերության կամ վիժումների հարակցությամբ քիչ չի պատահում, վոր մկանուռի մեռուկ տեղի ունենա առավել կամ նվազ

տարածուն կակղացումով, որին կարող է, վարակման առիթ տրված պարագայում, դուգակցվի նեխում և թարախակալում, որ ճանաչվում է կլինիկորեն ամենից առաջ ջերմաստիճանի բարձրացումից յեվ նախապես ունցավ ուռուցքների ցավակցությունից. հատկապես կարող է արգոնդի ֆերումի առընչությամբ մկանուռների թարախումն սկսվի. մինչդեռ յենթալորձնային մկանուռների ժամանակ թարախումը կարող է ինքնաբերաբար սկսվի, յեթե արգանդարերանի մասնակի բացվածության հետևանքով հեշտոցի վարակածուներին միջոց և տրվել ներս մտնելու։

Առանձնապես կարևոր է այն փաստը, որ մկանուռների 2 տոկոսը սարկոմային վերասերման և յենթարկվում — մկանուռասարկոմ (Myosarkoma)։ Դա կարելի յե կռահել մինչ այդ համարյա անփոփոխ մնացած կամ այնուամենայնիվ շատ դանդաղորեն մեծացող ուռուցքների այժմ ցուցաբերած ցավակցությունից ու արագ աճումից, մասնավորապես յերբ այդպիսի աճում նկատելի յե դառնում դաշտանադադարի տարիքում . մինչդեռ սովորական մկանուռներն այդ հասակում ընդհանրապես մի քիչ կուչ են գալիս։

Մկանուռների բուժումը. այն մկանուռները, որոնք վոչ մի ախտանիշ չեն ցուցաբերում, պետք չունեն որևե դարմանումի. սակայն վերոհիշյալ բարդությունների հնարավորությունների նկատառումով պետք է նրանց յերբեմն յերբեմն ստուգման յենթարկել։

Հաստատորեն միմիայն մկանուռից առաջացած վոչ այնքան աստիճ ու յերկարատև դաշտանարնությունները կարելի յե սկզբում ախտանշորեն բժշկել արյունը դադարեցնող դեղորայքով. իբրև այդպիսիք կարելի յե փորձել սեկակորնին՝ տաբլետներով, ամեն մեկը 0,5 գրամ, T-ra haemostyptica, որը 3 անգամ 1-2 թեյի գդալ, հեղուկ Erystypticum „Roche“, որը 3 անգամ 20-30 կաթիլ, ադրենալինի կամ ադրալոլի տաբլետներ, յուրաքանչյուրի մեջ 0,05 գրամ, որը 3 անգամ։ Բոլոր այդ դեղորայքը պետք է դաշտանն սկսելուց ութ որ առաջ և դաշտանի տևողության ժամանակ ընդունել։ Այնտեղ ուր դրանք արդյունք չտան, և դա հարկավ հազվադեպ չե, կարելի յե համենայն դեպս փոխել հեշտոցիչ Tampospuman տաբլետներ ներս դնել, որոնք յերբեմն շատ լավ արդյունք են տալիս։ Յեթե դրանք և անոգուտ անցնեն, ապա ուրեմն մի հանկարծակի ու աստիճ արյունում դադարեցնելու համար ուրիշ վոչինչ չի մնում անելու, այլ միայն մի ամուր, ամբողջ հեշտոցը բռնող խոռոչում՝ բամբակի ամլացրած գնդակիկներով կամ ֆուռմոուլյան ասիճանական խծուծում կատարել, որը պետք է մնա 16 ից մինչև 24 ժամ։

Ամեն տարի կրկնված կուրորտային բուժումները յերբեմն հնարավոր ազդեցություն են ունենում վատ դիրք ունեցող մկանուռ-

ների պատճառած ցավերի, հատկապես ժժաղաշտանի ցավերի վրա, մեկ մեկ էլ թերևս չափավորում են ուռուցքի աճումը։ Կուրորտային բուժումը ամենից ավելի բարենպաստ ազդեցություն ունի հիվանդի ֆիզիկական ընդհանուր դրության վրա։

Սակայն այժմ այդ ամենը միջոցառումներ են միայն, որոնք վոչ շատ մեծ ու յերկար ժամանակ անփոփոխ մնացած մկանուռւների դեպքերում, շատ յերկար չտևող դաշտանարնուռւներով, այնպիսի արյունահոսություններ, վորոնցից հետո հիվանդ կինը ամենաշատը ութ որից վերրստին կազդուրվում է բոլորովին, այս դեպքերում կարելի յե վերոհիշյալ միջոցները փորձել, յեթե յերբեք վորևե պատճառով սկզրից դեռևս մի այլ բուժում կատարել անհնար է թվում։ Հենց վոր դիտցառնուռւներն այնման սասկանան կամ յերկարեն, վոր սպառնան սակավարնություն առաջացնելու, ուրեմն՝ ներպատային և հաճախ արդի շատ կանուխ, նույնիսկ փոքրիկ յենթալորձենային մկանուռւների ժամանակ, և դարձյալ բոլոր այն դեպքերում, յերբ արգանդի արագ մեծացումը, անկորամյ ցավակսնությունը կամ ջերմությունը վատթարացած կամ այլասերման կոսկած ծագեցնեն, վերջապես բոլոր այն դեպքերում, յերբ մղելով տեղահան անելու յերևույթներն ոչնչություն են պահանջում,—նույնիսկ դեռ բոլորովին հաշվի չառնելով հազվադեպ պատահարները,—գործարար բժիշկը պետք է անհրաժեշտություն զգա, նման հիվանդներին զուտ մասնագիտական բուժման ուղարկելու։ Առանձնապես զգուշանալու յե այժմ եղ դեռ շատ անգամ կիրառված մկանատուռւների քերումից, այդ գործողությանն ընկերակցող մեռուկի և նեխումի վտանգի պատճառով։

Այստեղ մանրամասնորեն չպիտի խոսենք այն մասին, թե մկանուռւների պատճառած ձևերի բուժման լավագույն կերպով ընչպես պիտի կատարվի։ Միայն մի հանգրեք հիշատակությունը անենք սկզբունքային խնդրի մասին։

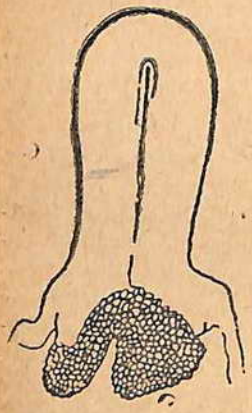
Ընդհանրապես բոլոր այն դեպքերում, յերբ դեռևս յերեխա ունենալու հույս կա, առնապարակ ծննդաբերության ընդունակությունը պահելու կամ այն վերականգնելու հնարավորությունն կա, այլև շատ մեծ յենթաշճենային կամ յենթալորձ նային մկանուռւների ժամանակ, յերբ ճնշումից տեղատարժ լինելու յերևույթներ կան, և յերբ ուռուցքի վատորակության և ուրիշ բարդությունների կասկած ծագի, բոլոր նման դեպքերում ընկատի ունենալու յե միայն վիրատևան բուժումը (կորիզատում, արգանդի վերհեղոցային կամ ամբողջ սկան բացատատում, յենթաշճենային կամ յենթալորձենային մկանուռւների հեռացում)։ Ուրիշ ամեն դեպքերում իրավացի կերպով մերքացող և տեխնիկային լավ տիրապետելու պարագայում՝ հավատարարժեք մեջոց և համարվում ներկայումս Ռենտգենյան խորին լուսավորումը։ Մանրամասների մեջ տարբեր գիտնականներ տարբեր մտեցում ունեն վիրատևական և Ռենտգենյան բուժման տևտանների վորոշելու խնդրում։ Ցեռ անձնապես 40 տարեկանից պակաս և բընդհատ ընդհանուր առողջական վիճակ ունեցող կանանց համար գերադասում եմ խորը ռադիական բուժումը, վորովհետև դա հնարավորություն և ընձեռում ձվարանները պահելու և մեր ունեցած հարյուրավոր արդյունքները առայժմ իրավունք են տալիս մեզ այս տեսակետի վրա կանգնած մնալու։

37. Դեպք

38 տարեկան մի կին, որը 6 անգամ ծննդաբերություն և ունեցել, դանգատվում է, թե մի քանորդ տարի չի, որ տառապում է այդուհետև հետևյալ նոսրից: Վոչ մի այն նախապես կանոնավոր, 4—5 որ տևող իր դաշտանն այժմ 6—7 որ է տևում. թեպետ և վերջին չերկու որերն ավելի շատ արյունով ներկված հոսքի ձևով, այլև ներկայումս դաշտանից ազատ որերումն էլ պատահաբար, որինակ՝ մերձավորությունն ունենալու կապակցությամբ, լվացքի ծանր կողովը վերցնելուց, կղումի ժամանակ որ անելու դեպքում, նույնիսկ շատ անգամ հոսքի պատճառով կատարած հնշտոցի լվացումներից հետո արյունումներ են լինում: Արյունումը քեպետ սաստիկ էլ չէ, մեկ չերկու ժամից դադարում է, սակայն հոսքը մեկ չերկու որ դեռ արյունախառն է լինում: Հոսքը կես տարուց իվեր է գոյություն ունի, բայց վերջին ժամանակներս սաստկացել է դրա հետ միասին ավելի լույծ ու 3—4 շաբաթից իվեր խիստ գարշահոտ է դարձել: Ամաճուղի մեջ ուրիշ կարևոր բան չկա:

Հիվանդի այս պատմությունը շատ բնորոշ է և ուրիշ անգամներ այսպիսի հատուկ անամնեզ ունենալ կարելի չէ միայն մանրամասն հարցուփորձ անելուց հետո:

Ջննության տվյալները. Հիվանդի արտաքինը նշանակելի վոչինչ չունի. Շեքի հին պատռվածք:



Նկ. 27.

Ջննության համար մատը ներս տանելիս դեմ է առնում հնշտոցաբաժնի դանդաղածից դուրս ցնկած ձեռ պոլիպաձին ուռուցքի, անհարթ, տանը կոձիճանմաձ (զրնդակազմբաձև) մակերևույթ. վորը մատի չափավոր ճնշումից հայտնապես փըխվում է ու արյունում (տես նկ. 27): Հայելիով դիտումը հաստատում է զննության տվյալները: Ուռուցքի մակերևույթը դրշալուն սպիտակ և աղտեղի փտահոտությամբ է աչնաեղ, վորտեղ մատը ճընշեց, չերևում է նոր արյունած ծուծանման հյուսվածք: Հնշտոցաբերանի դրսի մակերևույթը բոլորովին հարթ է և արգանդը չետադարձած, ամեն ուղղությամբ ազատ շարժական, համապատասխանորեն մեծ. ձվարանները չերկու կողմից նորմալ: Հարբերանդենին ամենուրեք դյուրաթեք ու անփոփոխ մնացած:

Ախտորոշումը. **Վզիկի քաղցկեղ** (Carcinoma cervicis):

Ներկա դեպքում անամնեզը, ուռուցքի ձևն ու նրա մակերևույթի վորպիսությունը, ինչպես նաև շոշափելիս՝ ուռուցքի այնքան հատկանշական փշրվելն ու արյունոտվելը վոչ մի տարակույս չեն թողնում ախտորոշման ճշտության վերաբերմամբ:

Շատ ավելի դժվար է վորոշում կատարել այն դեպքերում, չերբ ուռճացումները հնշտոցաբաժնի մակերևույթից դեռ հազիվ մի քիչ բարձրացել են և մի կոպիտ պակային քերծվածքի չեն նմանվում: Բայց դրանից, չերբեմն վզիկի փոքրիկ ու բազմակի լորձապոլիպները, պար-

կիկային գերաճումը կամ արգանդարաժնի հազվադեպ սրածայր կըմ-
բուռնները կարող են նոր սկսվող ընդակաղամբանև քաղցկեղ թվալ։
Ավելի ևս դժվար է հաճախ արգանդարաժնի քաղցկեղային խոցերը
տարբերել ուրիշ խոցերից, (օրինակ՝ պառկելահարուկի, սիֆիլիսային
և պալարախտային խոցերից. վերջիններս հազվագյուտ դեպքերում
յերևում են պարկիկային ձևերով)։

Բոլոր այդպիսի դեպքերում տարբերական ախտորոշման համար
անհրաժեշտ է փորձնական արտահատում անել կատարվելիք մանրադի-
տակային քննության նպատակով։ Սակայն միկրոսկոպիկ ախտորո-
շումը նոր սկսված դեպքերում պահանջում է մեծ փորձառություն։
Միայն թե լավագույն է հազար անգամ ղուր տեղը փորձնական ար-
տահատում կատարել, քան թե պետք յեղած տեղը մեկ անգամ պա-
կաս անել։

Նախխմացությունն ու բուժումը համեմատել ստորև։

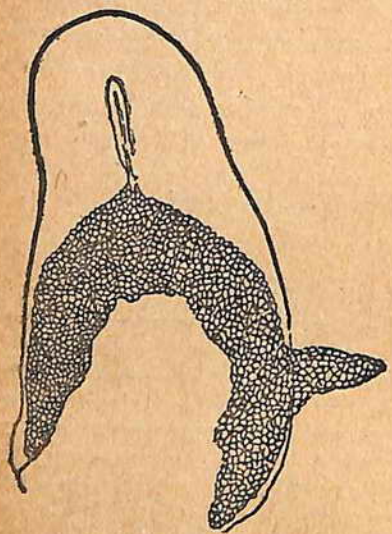
39 Դեպք.

51 տարեկան մի կին, որը 6 անգամ ծնել է ու 3 անգամ վիժում է կատարել
Մինչև 50-րդ տարիքի սկիզբը կանոնավոր պաշտան, չորս կամ հինգ որ չափավոր աբ-
յունոտով առանց ցավերի։ Հետո ամսականները մեկ անգամ յերկու ամիս ուշացան
դրանից հետո դարձյալ յերեք ամսից ավելի յեթ ձեացին, վորից հետո դադարեր վեր-
ակսվեց նախկինից ավելի սաստիկ կերպով։ Ցերեք շաբաթ դեռ չանցած սկսվեց մի նորը
նվազ սաստիկ ամսական արյունոտ, վորը յերեք որ տեվելուց հետո դադարեց և ամս որ
հետո սկսվեց ավելի խիտ արյունոտ, սակայն մեկ ու կես որ յերևալուց հետո, վոր-
յացավ բժիշկը, վորին այս հիվանդը խորհուրդ եր հարցրել, անդամացրել եր նրան
և դատաստադարի փոփ-խական տարիքում պատահող անկանոնություններին ցուց-
մունքով՝ «վախիլներ» եր նշանակել, վորոնք ըստ յերևույթին ոդտակար են յեկել, քա-
նի վոր դրա վրա 7 շաբաթվա դադարից հետո սիայն մի արդ-րն սաստիկ ու վեց որ
շարունակվող արյունում սկսվեց։ Դրանից հետո ահա մոտ քառորդ տարի յև հիվանդը
տառապում է նաև հոսքով, վորը մերթ առատ, մերթ սակավ, հաճախ արյունով ներկ-
ված եր։ Սաստիկ արյունահոսքի առայժմ բոլորովին կանդ եր առել, մրայն սերձավորու-
թյուն ունենալու առընչությամբ կամ փորի պատերի ճնշման լարությից ու նման ա-
ղբյուներից յերբեմն մի քիչ արյուն եր գնում, վորը սակայն մի յերկու ժամից սովո-
րաբար դադարում եր։

3/4 տարի յև, վոր հոսքը հավարյա շարունակ սաստիկ է, յերբեմն և մերթ բաց
դրշավուն, մերթ ավելի մածկրի նման և վերջին ամիսներում խիստ դարչահոտ և
գարձել։ Ցերկու ամիս առաջ պաղատության կապակցությամբ յերեսն յեկան փամ-
փուշի նեղություններ։ արբոսկրի ցավ և ցավեր ներքնապորտ ձախ կողմում, վորոնք
երբ ռևմատոիդային յերևույթներ յենթադրվեցին ու մի քանի որ անկողնանումով
լորի ծաղիկների թեյ խմելով և տաք կոմպրեսներով լավացան։ Բայց և այնպես կարճ
ժամանակից հետո դավերը վատթարացան այնքան, վոր հրվանդ հաճախ հազիվ և կա-
րողանում քայլել։ Նույնպես քիչ չի պատահում, վոր ներքնափորում մի ծանրող ու
ցավական ցուցք իր ուրը խանգարի։

Այդ ցավերն են անմիջական դրդապատճառը, վոր հիվանդը դիմել է ձեր խորհրդին։ Հիվանդն իմ ջլից ալոց դանդատվում է նաև, վոր խիստ նիհարել է, վորը նա վերագրում է սաստիկ ցավերի պատճառով ախորժակից զրկելուն։

Նույնպես և այս անամնեզն իր ամբողջությամբ կասկած է հարուցում։ Այս ըստ ներկայիս անհոգ, մարմնական մաքրության տեսակետից անփույթ, բավական վտիտ, նկատելի կերպով նիհարած հիվանդի զննության ընթացքին իսկույն ձեզ անհանգստացնում է չափազանց գեհ հոտը, որ գալիս է արնեխառն յեվ լույծ հոսքից, որով ծածկված է հիվանդի ամորձյքը։ Բունոցի լորձաթաղանթը խայտաբուռն կարմրած. հեշտոցը լայն, հարթ։



Նկ. 28.

Նոսափման տվյալները. հետազոտության ենթարկվում է յերկու Ֆալլոպյան խողովակների մի խառնուրդ (նկ. 28), որի պատը կազմված է դյուրափուխր, արյունոտ, մասամբ իբր աղտեղի խյուս մասներին փակչող զանգվածից և որի յեզերքները կազմում են արգանդաբերանի շրթունքը, որոնք այնուամենայնիվ հետազոտի կամարից հազիվ են ջոկվում։ Արգանդն առոչ ածալված, նվազ շարժական։ Կցունները ըստ շափել չի կարելի, որովհետև արգանդի աջ ու ձախ կողմի կոշտությունը դյուժ վարացնում է շոշափումը։

Հետազոտության ենթարկվում ենք, որ արգանդի վզիկն կից ձախ կողմից ամբողջ դյխավոր կապանը և սրբոսկր ու արգանդի կապանը մինչև կոնքի պատը հոծ ներքաշուքով լեցված են, մինչդեռ աջ կողմից սրբոսկր ու արգանդի կապանն և հարգանդնենու այն մասերը միայն, որոնք արգանդին մոտիկ են դնվում, մի քիչ ավելի ոերա են յերևում։ Ըստ այսմ վոչ մի տարակույս չի մնում տալու հետևյալ —

Ախտորոշում. **վզիկի քաղցկեղ, առաջախաղաց դեպի ձախ** (և աջ?) **հարարգանգենին. անվիրաբելի** (Carcinoma cervicis, progrediens in parametrium sin. (et dextr.?), inoperabile:

Այստեղ գործ ունենք վզիկի քաղցկեղի մի այլ ձևի հետ, որը դժբաղդարար ամենից հաճախ և պատահում ու ամենից նենգավորն է։ Նա սկսվում է իբրև արգանդի վզիկի պատի քաղցկեղային ներքամուք, արգանդաբերանի շրթների մակերեսը թողնում է հաճախ անփոփոխ և սկզբում մի փոքրիկ հոսքից ավելի վոչ մի ախտանիշ չի ցուցաբերում։ Միայն յերբ քայքայման յերևույթներ և դրա հետ ավելի շատ հոսք ու արյունահոսություններ են առաջանում, կամ արգանդարաժանի մակերեսը բռնվում է քաղցկեղի պրոցեսով և այժմ արդեն ընդհատակյամբ նման այդ ուռուցքից զանազան աստիճաններով արյուն և հոսում ու արագորեն կատաբվող քայքայումն առաջ է բերում առաջ

հոսք, այն ժամանակ միայն այդպիսի հիվանդները բժիշկի մոտ են գալիս։ Պրոցեսի այդ զարգացումը մերթ կարճ, մերթ երկար է տևում։ Սակայն անհոգ, անմաքուր կամ շատ վախկոտ ու ամոթխած կանայք դրանից հետո դեռ երկի չեն սպասում։ Դարձյալ ուրիշ դեպքերում դեռ այսոր եվ դժբաղդաբար հանդիսատես ենք լինում, վոր բժիշկներից վոմանք առանց նորքին ղննութեյան, հոսքի դեմ լվացումներ և կաթիլներ են նշանակում և այդպիսով վախցնում են այն մոմենտը, երբը դեռ կարելի չեր հուսալից ոգնութեյուն ակնկալել։

Ցավ միայն երբ շատ անգամ խիստ ցավերը, վորոնք հայտնվում են, յերթե բացցկեղը պարզ ուռճացումով հասնում է կոճքի ներվատես հյուսվածքին, նոր միայն այն ժամանակ այդ ցավերը դրդում են հիվանդին՝ բժշկի դիմելուս

Բացցկեղի տարածումը տեղի չե ունենում ընդհանրապես շրջունակաբար դեպի իր շրջապատը, ալլայն ուղիների յերկարութեյամբ դեպի ամեն կողմ ու այդպես կարող է անցնել հեշտոցին, միզափամփուշտին և ուղիղ աղիքին, վորի բնթացքում առաջանում են վատփուշտ ու հեշտոցի, ուղիղ աղիք ու հեշտոցի խղվակներ (Fistulae vesico—vaginalis, F. recto—vaginalis)։ Ամենից առաջ ու ամենից վաղ ներվանդանում է սովորաբար հարարգանդային շարակցական հյուսվածքը, ինչպես վոր այդ յերեվ է մեր նկարագրած դեպքում։ Ընդամին կամ այն է, վոր բացցկեղը վչ կի պատի ամբողջ հաստութեյամբ զարգանում աճում է շարակցական հյուսվածքի սեջ և կամ թե շարակցական հյուսվածքն ազատ է մնում քացցկեղից, այլ միայն նրա մեջ գտնված և ապա ավելի վերը մեծ անոթների մեչև ընկած շրջանային կեղծերն են ներվանդանում (նկ. 6)։ Հարարգանդինու (parametrium) հիվանդութեյան դեպքում ընդհանրապես հետևում գտնված դեղձախմբերն էլ են մասնակցում հիվանդութեյան պրոցեսին։

Ցերբեմն սակայն շարակցական հյուսվածքի հաստացումը միայն բորբոքային պրոցեսի հետևանք է։ այդպես է հաճախ հատկապես նեխած, քայքայման յենթարկված ու մեծ խոռոչ դոյացած դեպքերում։ Պարզ շրջափոխումով բորբոքումն ու քացցկեղային նորքաժուքն իրարից տարբերել չի կարելի։ սակայն յերբեմն առաջինը ճանաչվում է նրանով, վոր յենթադրյալ անվերջատելի քացցկեղի նեխումն ու քայքայումը դարմանող բուժումով նորքամուծքները յետ են քաշվում։ Իսկ եթե գործ ունենք շարակցական հյուսվածքի քացցկեղային հիվանդութեյան հետ, ապա պրոցեսը շարունակ ավելանում է, մինչև վոր վերջապես ամբողջ կոնքի սեջ թվում է, թե պատ է կանգնած և զուրկ միգածորաններից սեղմուժով հիվանդները մեռնում են միզայուցութեյունից, յերբ յերբեմն արդեն նախապես առաջրնթաց ծյուռումը կամ բացցկեղի տարակայումները յեռերդի, թոքերի հայլնի մեջ, կամ մի ընդհանուր նեխահիվանդին չեն փրկել իր ցավերից։ Ցերբեմն բացցկեղի դեպի փամփուշտը և ուղիղ աղիքը ծակել, անցնելու հետևանքով նախապես գոյանում են խղվակները, վորոնք իրենց կողմից հիվանդի դրությունն ավելի ևս սոսկալի չեն դարձնում։

Այս վերջին տարի մեջ հիվանդները առնչվում են վոչ միայն իրենց տարտափելի ցավերից, այլև գանվում են առանձնապես վողբալի կացութեյան մեջ նրանով, վոր շատ անգամ այն անտանելի հոտը, վորը տարածվում է շուրջ բոլորտիքը, նույնիսկ իրենց ամենամերձ վոր ազգականներին հետու չե վանում, վորով հիվանդների արտաժագրութեյունը վողոքմելի կերպով վատանում է։

Արգանդի քաղցկեղի նախխմացության բոլոր դեպքերում շատ լուրջ եւ դա խիստ ծանրակշիռ է, երբ հաշվի չենք առնում, որ քաղցկեղով հիվանդությունների թիվը ահագին մեծ է (Գերմանիայում տարեկան 12-ից 15 հազար դեպք)։ Հիվանդությունների մեծագույն մասը պատահում է կնոջ 5-րդ տասնամյակում։ Արգանդի վզիկի քաղցկեղ ունեցող կանանց 80 տոկոսը մահվան է դատապարտված, որը միջին հաշվով չերկու տարվան ընթացքում վրա է հասնում։ Այնպես ինչպես պայմանները մինչև այսօր դասավորված են չեզոք, միայն 20 տոկոսը կարող են մշտապես բուժվել, մինչդեռ առնվազն նույնքան կանանց կյանքը կարելի չեր չերկարել։ Սակայն տարակույս չկա, որ այս թիվը առնվազն 50 մինչև 60% ու գուցե դեռ ավելի կարելի լինի բարձրացնել, եթե ըստ հնարավորին բոլոր քաղցկեղով հիվանդ կանայք այնպիսի մի ստացում բուժման դիմեն, երբ հիվանդությունը դեռևս սահմանափակված է միայն արգանդի վրա։

Վզիկի քաղցկեղի բուժումը կայանում է ամենատարածական վիրաոտության մեջ, որը ձգտելու չի ոչ միայն արգանդն իր կցոններով ու հեշտոցի մեծ մասերը, այլ նաև ըստ հնարավորին կոնքի հիվանդ կամ հիվանդանալու կասկածելի ջարակցական հյուսվածքն ու շրջանային ավշային գեղձերն ամբողջովին հեռացնելու։ Բնականաբար սրանք վտանգավոր գործողություններ են, որոնք այնուամենայնիվ չեթե փորձառու խիրուրգի ձեռքով են կատարվում և մանավանդ այն դեպքերում, երբ վամպշտի և աղիքների վրա ավելի բարդ լրացուցիչ գործողություններ անելու կարիք չի լինում, այդ դեպքերում մահացությունը 8 մինչև 10 տոկոսից ավելի չի լինում։ Հարկավ գործողության տեխնիկայի նկարագրության տեղը չե այստեղ։

Քաղցկեղով հիվանդը վոբնաց վաղ յեթարկվի վիրաբուժական գործողության, այնքան ավելի ճավազ վտանգավոր է այն ու այնքան ավ լի հավանականություն կա հաջողության. մինչդեռ բոլոր այն դեպքերում, երբ քաղց հղն արդեն արգանդի սահմաններից դուրս և անցել, վտանգ է սպառնում, որ հիվանդությունը կրկնվի։ Հիվանդության ըստ հնարավորին կանուխ ախտորոշումով չեվ հիվանդին պատշաճ բուժման հղելով՝ բաղցկեղի դեմ պայքարին ճպատելու վերաբերմամբ գործարար բժշկին առաջադրված խնդիրն այդ պատճառով չափազանց կարեվոր է ու լի չե պատասխանատվությամբ։ Դրա համար պետք է ոչ միայն ուշադիր զննություն կատարել բոլոր այն կանանց, որոնք հոսքի կամ արյունության մասին են դանդատվում, այլև պետք է վզիկի պատը շոշափել ձողիկով ու որևէ կերպով կասկածելի դեպքում փորձական հատում կատարել։ Ով որ դրա համար անհրաժեշտ վարժությունը չունի կամ ով որ վստահ չե իր վրա կանանց հիվանդություններն ախտորոշելու և զննության տեխնիկա-

յին տիրապետելու տեսակետից, լավագույն է, որ վախկոտ լինի քան թե թուլ և լավագույն է մի կնոջ իր քաղցկեղով կասկածելի հիվանդ տասն անգամ կանանց հիվանդությունների մասնագետի քննությանն ուղարկի, քան թեկուզ մեկ վրիպում կատարելով իր խիղճը ծանրաբեռնի կորուստի մատնած մարդկային մեկ կյանքի հանցանքով։

Սակայն նույնիսկ pus յերեվույթին բոլորովին անհույս րնկած յեվ անվիրատելի նամարված դեպքը ներկայումս պետք է հիվանդանոց ուղարկվի. քաղցկեղային զանգվածի ընդարձակ արտադրալուծով (excochleatio) և ապա գոյացած փորվածքի էլեկտրախարուծումով, դրան տոքնթեր յերկարժամանակյա նառագաթուժումով կարելի յե ներկայումս մեծ բարվոքում և հաճախ հիվանդության յերկարատև դադար ձեռք բերել. ճառագայթումով բուժումն այժմ արդեն վիրաբուժական գործողությունից հետո, իբրև վերջնաթց բուժում, կարողացել է հիվանդության կրկնվելու վտանգը նվազեցնի և դրանով իսկ վիրատելիության սահմանն ավելի ևս ընդարձակելու հնարավորություն է տվել. ճառագաթուժությունը կոչված է թերևս նույնիսկ քաղցկեղի բուժման գործում մեծ հեղաշրջում կատարելու և վիրատական բուժումն ասպարիզից բոլորովին դուրս վանելու։ Համենայն դեպս թե վիրատական և թե ճառագայթումով բուժումը պահանջում են արտակարգ փորձառություն և արվեստ։ Գործնական բժիշկը լավ կանի, որ իր հիվանդներին բուժման վերաբերմամբ այս կամ այն ուղղությամբ թելադրություններ չանի, այլ դրա վորոշումը թողնի կլինիկային, որը նրա և կամ հիվանդի համար լավագույն խորհուրդ կտա։

40. Դեպք

69 տարեկան մի կին, որը հինգ անգամ ծննդաբերություն է ունեցել, դանգատվում է, թե մի քանի ամսից իվեր է հոսք ունի։ Բացի դրանից, վերջին յերկու ամիսներում մի քանի անգամ գաղձալ արյուն է յերեվացել, հակառակ տա. ևներ առաջ արդեն սկսված իր գաշտանադադարին։

Ջննության տվյալները. Գառավական թաղամ բունդ, հարթ թաղանթով հեշտոց իջած ու ձիգ հեշտոցակամարներով. թաղանկյուն առաջադարված արգանդ, որը մամրնը համարյա համապատասխան մեծության է, համեմատած ծննդաբերությունների քվին, սակայն հակառակ փոքրիկ ու պինդ վզիկին, դադցվում է, որ ավելի կպչուն ու մի քիչ հաստ է։ Կցոններն առանձին վոչինչ չունեն։

Ախտորոշումը. Արգանդի մարմնի քաղցկեղ (Carcinoma corporis uteri)։

Անամնեզը և ջննության արդյունքը թույլ են տալիս մեծ հավանականությամբ անելու հետևյալ—

Դաշտանադադարից այնքան հետո յերևացող, անկանոն, վոչ սաստիկ արյունումներով ընկերակցած հոսքն ըստինքյան արդեն մեծ չափով կասկածելի յե։ Դաշտանադադարային լավորակ արյունումներն ընդհանրապես շատ ավելի վաղ են յերևում, բացի դրանից, սովորաբար ավելի սաստիկ են լինում։ Ամենից ավելի այստեղ աչքի յեն ընկնում արգանդի մարմնի մեծացման և նրա բաղակցության նվազման զուգադիպությունը, ուր տալուց ի վեր արդեն դաշտանադադարի մեջ գտնվող կնոջ արգանդը նորմալ պայմաններում պետք է շատ ավելի փոքրացած լիներ։

Ուրիշ դեպքերում, մանավանդ հիվանդության սկզբում, արգանդամարմնի քաղցկեղի նշաններն այնքան պարզ չեն ամենևին։ Սակայն մարդ պետք է այն տեսակետին լինի, վոր յուրաքանչյուր դաշտանադադարային արյունում այնքան ժամանակ արգանդամարմնի քաղցկեղով կասկածելի հիվանդ համարի, քանի դեռ անառարկելիորեն դրա հակառակը չի ապացուցված։ Դրա համար շատ դեպքերում անհրաժեշտ է փորձնական քերում կատարել։

Արգանդի մարմնի քաղցկեղի վերաբերմամբ, վորը արգանդի քաղցկեղի բոլոր դեպքերի 10% է կազմում, նախնական ցուցմունքներ համեմատաբար ավելի նպաստավոր է նրանով, վոր սովորաբար ավելի դանդաղ է աճում, հասակն առած տարիքում յերևան յեկած արյունումը հիվանդի ուշադրությունն է գրավում ու անհանգստություն հարուցում, նաև տարակայումներ, լինչպես և համապատասխան գեղձերի կուտակների հիվանդությամբ բռնվելը համեմատաբար շատ ուշ է տեղի ունենում։

Բուժումը կայանում է արգանդի և իր կցոնների՝ հեշտոցի կամ փորի ճանապարհով հեռացնելու մեջ։ Ընդամին կարող է արգանդի քաղցկեղի հիվանդության դեպքում ճառագաբուժումը նույնպես մեծ ապագա ունենա։

Այստեղ հավելվածաբար մի քանի ավյալներ առաջ բերենք սարկոմի և բորբոնք եպիթելուսի մասին, վորոնք պատկանում են հազվադեպ վատորակ հիվանդություններին։

Սարկոմը

յերևան է գալիս կամ իբրև յոռնաքաղանթի և կամ թե պատամիջի սարկոմ, ավելի շատ արգանդամարմնի, քան թե վզիկի վրա։

Լորձաթաղանթային սարկոմները կազմում են տարածուն կամ ավելի պոլիպային, գանգրավորին մկանունքի մեջ մտնող ուռճացումներ, վորոնք վզիկի մեջ յեղած դեպքում յերևում են յերբեմն լինչպես հեշտոցի մեջ վոզկուզաձև դեպի ցած աճած գանգվածներ։

Ախտանիշներն են՝ արյունումներ յեվ հոսք. հետագայում դրանց միանում և հյուծում։ Սկզբնական ստուգերում այդ ախտանիշներն էլ այնքան անբնորոշ են, վոր միայն քերած լորձաթաղանթի ամենաուշադիր միկրոսկոպիկ ննջուքյունը հնարավոր է դարձ-

նում տարերային ախտորոշում կատարելու, անձնաս ներարգանդաբորբի և արյունահոսական արգանդախտի (Metropathia haemorrhagica) հանդեպ։

Նախխմացությունը կախված է նրանից, թե արդյոք շուտով արմատապես կարելի է վերահասել թե ոչ։

Պատամիջյան սարկոմը հազիվ է պատահում, որը առաջնային ծագում ունենա՝ այլ դա լինում է ընդհանրապես սարկոմային ալեսերության մեջ մկանուտ։ Ախտանիշները նա նույնն են, ինչպես մկանուտի ժամանակ։ Հաճկապես դանգատադարից հետո արագ անման հետ միասին և արյունահոսների վերսին կրկնությունների սասիկ ցավակաճությունը ճշտ է այդպիսի սարկոմային պատկերման։

Բուժումը. *Արմատական վիրահատում՝ հետքնթաց ճառագայթաբուժությամբ, կրկնության վտանգի նվազեցման նպատակով։*

Քորիոնի եպիթելիոմը

Քորիոնի սաղմնային եպիթելից ծագած, քայքայիչ կերպով արգանդի հյուսվածքի մեջ ներխուժած և հաճախ շատ վաղ հեռակա օրգաններում մեջ իսկ, մասնավորապես թոքերի մեջ, տարակայումներ անող նորագոյացություն է, որը նորմալ ծննդաբերությունից, ավելի հաճախ վիժումից և հատկապես վատիճասողային դուրս մղվելուց, արատաքավելուց հետո, յետ մնացած սաղմնային բջիջներից է դոյանում։

Ախտանիշները, *որոնք պետք է քորիոնի եպիթելիոմի կասկած ծագեցնեն, հետեվյալներն են.* արգանդի յեսաճման անկատարություն, *քերուցից հետո արյունումի շարունակվելը կամ նորից յերեվան գալը, յերբեմն անարոտ ցավեր կռնքի մեջ, ընդհանուր հոգնածություն։ Ախտորոշումը վաղաժամ ապահովելու համար հաճախ փորձնական քերում կատարելու կարիք է լինում։*

Բուժումը. *ամբողջ արգանդի արմատական հեռացում կցոններով միասին, ճառագայթաբուժումով։*

IV. ՓՈՂԵՐԻ ՀԻՎԱՆԴԱԽՏՈՒՆՆԵՐ

ԲՈՐԲՈՔՈՒՄՆԵՐ

41. Դեպք

26 տարեկան մի կին, որը յերկու անգամ նորմալ ծննդաբերություն է ունեցել, մոտավորապես 8 շաբաթից ի վեր տառապում է սաստիկ թարախային հոսքից. այլապես նրան լավ չի զգում և հաճախ մի խուլ ու ալրող ցավ է նշմարում իր կռնքի մեջ։ Դաշտաններն առաջ բոլորովին նորմալ, իսկ վերջին յերկու անգամներն ավելի ռատսիկ, յերկարատև ու ցավական եյին։ Ներքնազգեստը որ առաջ վերցնում է, նկատում է, որ նրա վրա կան մեծ քանակությամբ թարախ, որը 7 որ է տևել և ընկերակցված է յեղել սրբոսկրի ու կռնքի մեջ ձգող ցավերով, այս կինն ինքնըստինքյան բացատրականապես հիվանդ է զգում և մի քանի անգամ նույնատեսով տեղի ունեցող ջղաձգական ցավեր է ունեցել մասնավորապես ներքնազգեստը փորի ձախ կողմում, այնպես որ նա ստիպված է յեղել յեռեկ անկողնում պառկած մնալու։ Բայլելիս, ինչպես նաև կղումի ժամանակ և նման պարագաներում ցավատես մի խուլ ցավ ունի։

Ընդուրյան տվյալները. Հիշողացմուտքի քեթե ու խայտառուն կարմրություն. Սաստիկ ու կանաչավուն գեղին թարախոտ հոսք. արգանդաբերանի շրթունքների շուրջ ֆիբրվածքի լայն շերտ. թարախոտ արատահոսություն վոլկից։ Ախտաքարանքի մեջ գոնոկոկներ են գտնված։ Արգանդը բթանկյուն առաջածալված է, նորմալ մեծությանն, դեռ մի

քիչ կակուղ (յեռատյատանային կակղուԹյուն)։ Արգանդը շարժելիս, ինչպես նաև փողի անկյուններր շոշափելիս, հիվանդը դանդատվում է դրանց սաստիկ ցավոտուԹյունից։ Ցերկուբ կողմից էլ փողերր շոշափման ժամանակ չափազանց զգայուն են և ըստ յերևույԹին մի քիչ հաստացած։ Մի քիչ խորը գտնված ձվարաններր հեշտուԹյամբ կարելի է շոշափել։ Ձախակողմյանը մի քիչ մեծացած (դեղնատարմրին կա)։ Կողմնային ավելի ժանրաթան շոշափումն անահս է առնվում չափազանց ցավականուԹյան պատճառով. ջերմուԹյունը՝ 37,8°։

Ինչ վոր անաՀնեզից կարելի յեր յենԹադրել, քննուԹյան տվյալներով ավելի ևս հավանական է դառնում և արտաթորանքի մեջ հրուցիչների գտնվելով՝ հաստատուԹյուն է ստանում։ Այսպես խնդրո առարկա յե սուսանակը, վորով այս կինը հայտնապես վարակվել է պատերազմի դաշտից արձակուրդով տուն վերադարձած իր մարդուց.— մի անաՀնեզ, վորպիսին դժբախտաբար հազվադեպ չեր լսել պատերազմի տարինների։

Արգանդի փողային անկյունների, ինչպես նաև ակնհայտնի կերպով հաստացած փողերի տցակների արտակարգ ցավոտուԹյունը—նման թարմ հիվանդուԹյան դեպքերում ճշտագույն շոշափման հնար չկա յերբեք, այլ միմիայն սուր յերևույԹներն անցնելուց հետո կարելի յե ապացուցել փողերի հաստացումը—թույլ են տալիս շրջունակելու ախտորոշումը և ճշտելու, վոր սուսանակն արդեն արգանդից գնն և անցել ու փողերն էլ և վարակել, թեպետ դաշտանի կապակցուԹյամբ, վորի ժամանակ կինն ինքնիրենը հանգիստ պահել չի կարողացել։ Շատ սովորական և նկատել, վոր դաշտանի ժամանակ աննպատակահարմար նիստուկացը սուսանակի դեպի վեր բարձրանալուն նպաստում է։ Դաշտանին անմիջապես հարակցաբար յերևացող հիվանդուԹյան զգացմունքը. նոպաներով սուր կերպարանք ստացած ցավերը—փողերի խիթերը—և շոշափումով զննուԹյան տվյալները թույլ են տալիս անելու բոլորովին ստույգ—

Ախտորոշումը. **Սուսանակային յերկկողմանի սուր փողաբորբ** (Salpingitis bilat. ac. gonorrhoica):

Ներկա դեպքում փողերի բորբոքումը առաջ է յեկել արգանդի լորձաթաղանթից փողերի անցքի միջ մտած գոնոկոքներից։ Բոլոր փողաբորբերի մոտ 50% (մեծ քաղաքների հիվանդուԹյան դեպքերի 75—90%) սուսանակային ծագում ունեն։ ՀիվանդուԹյան դեպի փողերն անցնելը կարող է լինի ինքնաբերաբար, բայց նաև աննպատակահարմար կենցաղը նպաստավորում է անցումին, որինակ՝ շարունակված մերձավորուԹյունը, վրիկին սուր սուսանակի ակտիվ բժշկուԹյունը և և այլն)։ Փողաբորբի մնացյալ դեպքերի մոտ 20% առաջանում է պարտախտի բացիլներից, վորոնք մեծ մասամբ արյան ճանապարհով, քիչ անգամ հարևան հիվանդ ընդերքապատակից կամ արգանդից ուղղակի փողերին են հասնում։ 30%-ը առաջանում է բարախտի սովորական

ճարուցիչներից՝ դրա մեջ հաշված նաև աղեբակտերիաներին։ Այստեղ էլ շատ անգամ հնարավոր է մտածել, որ հիվանդության այդ սաղմերն, արգանդի խոռոչից ուղղակի անցնում են փողի արգանդային բերանին, որինակ՝ (հանցագործական) վիժումների կապակցությամբ կամ վորևե անմաքուր ներարգանդային գործողության ձեռնարկումով, դարձյալ մասնավորապես վիժումներից և ծննդաբերություններից հետո, կամ թե հարուցիչները ներգաղթում են փողի փորային բերանի մեջ հարևան առկախոնային թարախուտից։ Շատ անգամ էլ նրանք ներս են մտնում փողերի մեջ ավշային ուղիներով։ Բնականաբար կարող են նույնպես փողերին կցված հարևան ազիքներից հիվանդության հարուցիչներ անցնել փողի պատերին։ Ավելի հազվադեպ է թարախի հարուցիչների կամ աղեբակտերիաների (ավելի ևս հազվադեպ ինֆուզոր նշալի բացիլների, պնևմոկոքների, տիֆի բացիլների և այլն) արյունածին բնակափոխությունը դեպի փողերը։

Այս տեսակ թարմ դեպքերի անատոմիական պատկերը ցույց է տալիս փողերի փոքրատառ լորձաթաղանթի բորբոքում, որը խիստ կարմրած և ուռած է ու հորդահոս պղտոր-շճային կամ լույծ թարախուտ արտաթորանք է ունենում։ Թարախուտի պրոցեսն անցնում է հաճախ նաև մկանունքի խավերին և փողերի շճենուն։

Նախևհացուրյուն. Այսպես շուտ ախտորոշված սուսանակային փողաբորբի բուժումը հնարավոր է։ Ընդհակառակարմար բուժման, այնուամենայնիվ դժվար է արդյունքը ճիշտ նախատեսել։ Լավ և վաղաժամ ձեռնարկված բուժման ժամանակ անգամ փողերի բորբոքումը հաճախ այնպիսի ձևեր է ընդունում (43. դեպք), որը ընդհանրապես անհնար է այլևս նրա կատարյալ բուժումը և փողերի գործունեության վերականգնումը։

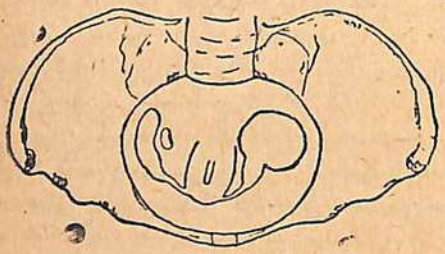
Բուժումը. Ամեն սուր փողաբորբի ժամանակ՝ բացարձակ անկողմանում։ Որվան մեջ մի քանի անգամ փորի վրա սառույց դնել, ամեն անգամ մոտ մեկ ժամ, ինացյալ ժամանակ՝ գոլորշու կոմպրես։ Հոգալ, որ կղումը լույծ ու հեշտ լինի։ Անկողնից վեր կենալ թույլատրվում է միայն այն դեպքում, երբ արտաքուստ շոշափման ու ներքուստ պննության ժամանակ ճնշումից առաջացած ամեն ցավակունությունն չքացել է և առնվազն 6 մինչև 7 որ է, որ ջերմությունը բոլորովին նորմալ է։

42. Դեպք

28 տարեկան, երեք տարուց ի վեր ամուսնացած կին, ձեր խորհրդին է դիմում, որովհետև շատ է ցանկանում յերեխա ունենա։ Այս կինն ինքնիրեն բոլորովին առողջ է զգում, չի հիշում, թե նախապես եղ հիվանդացած լինի, բացի նրանից, որ ամուսնության առաջին տարում շատ տառապել է հոսքից։ Ամսականները կանոնա-

վոր եւ Իսկապես միայն կղուժի ժամանակ, հատկապես յերբ կղանքը պինդ է, հաճախ խուլ ցավեր է զգում կոնքի սեջ, մասնավորապես ձախ կողմում:

Զննության տվյալները Անձին կին, հեշտոցամուտքը նորմալ: Հեշտոցաթաժինը մի քիչ դեպի ձախ յեւ աջ հակված. արգանդն այնքանաբար տեղահան է յեղել նրանից ձախ յեւս կողմում գտնված մոտավորապես խնձորի մեծության մի ուռուցքից, վորը շոշափելիս ձեզ բյուրեղային տպավորություն է թողնում ու շատ քիչ շարժական է: Ձախ փողատցակը համարյա մատրի հատ ու թ յ ուն ունի, նորմալից ավելի պինդ է, շատ քիչ զգայուն, դեպի դուրս՝ հետդհետե ավելի կակղում ու հատանում է. մինչև վոր խառնվում է ուռուցքին: Ուռուցքի կողքին ձվարան չի շոշափվում: Աջ կողմից փողը տցակր նույնպես հաստացել է, գնում խառնվում է մի յերշիկաձև, մեծ բժամատ հաստության, թույլ բջտաձև և լավ շարժական մի ուռուցքի հետ, վորի ներսի կողմի յեղերքին շոշափելի յե այդ ուռուցքի պինդ մեկ բաժինը, վորն ըստ ձևի ու մեծության՝ ձվարանին է համապատասխանում (նկ. 29).



Նկ. 29

Ուղիղ-ադիխային—հետոցային գրննություն յամբ հաստատվում է, վոր ձախ կողմյան ուռուցքը աղիքի բոլոր շարժունքներին ընկերանում է և բուն յերեվույթին՝ մռութ նստած է աղիքի պատին: Շարակցական հյուսվածքն աղատ է փոփոխություններ:

Այստեղ արդեն աչքի յե ընկնում զննության տվյալների ու ինֆիլտրացիայի անհամապատասխանությունը: Մանրամասն հարցուփորձից հետո միայն այս կինը ցուցմունք տվից, վոր շատ չորացած կղանք ունենալու ժամանակ ու նրանից առաջ ցավեր է զգում, վորոնք անշուշտ ձախակողմյան ուռուցքի և աղիքի միջև յեղած կցումով կարելի յե բացատրել:

Ներկա տվյալներով այս կնոջ ախտաբանությունը բացատրելի յի՞ արդյոք: Ձեզ կարծում եմ, այո, վորովհետև պարզ է, վոր աջ կողմում գոյություն ունի փողի փակում, ամբողջովին շարժական ուռուցքի բնորոշ յերշիկանման ձևը և արգանդի հետ կապակցությունը ակնհայտ կերպով հաստացած փողերի տցակի հետ իրավունք են տալիս ենթադրելու (Sactosalpinx serosa) գոյության յենթադրությունն անելու:

Թարախային պարունակություն պետք է բացառել ըստ գննության տվյալների: Արյունոտ պարունակություն ունենալու — փողի արյունահոսքի (Haematosalpinx) յենթադրության համար վորևե հենակետ չկա:

Իսկ ձախակողմյան ուռուցքն ինչ բնույթի յե: Տարբերական ախտորոշման տեսակետից հարց կարող են լինել՝ ձվարանային ուռուցքի կամ փողի ջրահավաքի (Hydrosalpinx) մասին: Զնայած, վոր ձախ ձվարանը ուռուցքի կողքում չի շոշափվում, այնուամենայնիվ

ախտորոշման համար վճռական է — 1. պրոցեսի յերկու կողմումն էլ գտնվիլը. 2. այ կողմում ևս փողատցակի հատատցած լինելու փաստը։ Թևպետև շոշափելով ճշտորեն չի կարելի հաստատել փողի անցումն ուռուցքին, բայց և այնպես հիշված դիտողություններն, ինչպես նաև անամնեզն ու կնոջ ամլությունը խոսում է ի ոգուտ ջրակալած փողի լինելուն։

Ախտորոշումը. **Փողի յերկկողմանի ջրահավաք** (Hydrosalpinx bilateralis)։

Պատճառախոսություն. Փողի փակումը (լեցունափող—Sactosalpinx) ամեն տեսակ փողաբորբի ամենասովորական հետևանքն է։ Փակումն առաջ է գալիս փորային ծայրում նրանով, որ փողի ազատ ծոպերը բորբոքված լորձաթաղանթից ձգված՝ դեպի ներս են շուռ գալիս և ապա իրենց արտաքին շճային մակերևույթով հետ աճակցվում են։ (Մեր դեպքում ձախ կողմից նրանք փակչել ու աճակցել են նույնիսկ աղիքների շճենու հետ)։ Փողի արգանդային բերանին արդեն լորձաթաղանթի ուռչումը բավական է, որ փողի պատերն իրար հետ հպման մեջ դրվեն, որոնք բորբոքված եպիթելի թափանցվելուց հետո նույնպես իրար հետ աճակցում են։ Յեվ որովհետև փողի փորային բաժինն ավելի առաձգական է, փողի մեջ հավաքված արտաթորանքով այդ մասն ավելի յև լայնանում ու այդ պատճառով սովորաբար ամեն լեցունափող դեպի փորային ծայրը հետզհետե ավելի սեղմված կամ սավորանման ուռած է լինում։

Ակնհայտորեն մեր այս դեպքում, դուրս գալով անամնեզի մեջ հիշատակված ախտանիշների չնչինությունից կարելի յե յեզրակացնել, որ խնդիրը վերաբերվում է (սուսանակային?) փողաբորբի շատ մեղմ մեկ ձևի, որի ընթացքում թերևս առհասարակ վոչ մի կամ միայն ահմանափակ տեղում ու անցողիկ կերպով թարախում է տեղի ունեցել։ Փողի փակվելու հետևանքով փողի բորբոքային ինչպես նաև նորմալ արտաթորանքը կուտակվում և պատճառում է փողի անընդհատորեն ավելացող ուռածություն։ Փողի այդպիսի բարակ ու շարժական տոպրակների պարունակությունը միշտ շճային է ու փողերի համեմատաբար մեծ ջրահավաքի ժամանակ միշտ էլ ազատ է վերակումից հարուցիչներից (կարևոր է բուժման համար!)։

Ախտանիշները. Ազատորեն շարժող փողի ջրահավաքը սովորաբար վոչ մի նեղություն չի պատճառում։ Հազվադեպ չե, որ դրանից առաջացած ամլությունը բժշկի խորհրդին դիմելու միակ շարժառիթը հանդիսանա։

Այնտեղ, ուր փողերի ջրահավաքն ավելի շատ նեղություն է պատճառում, այնտեղ առաջ է գալիս կոնքի-բնդերապատակային աճակցումներ, որոնց միջոցով փողերը կարող են զոդվել լայն կապանի յետին թեր-

Քիկի, արգանդի շճհնուց, Դուգլասյան խոռոչի, աղիքի և կոնքի պատերի ընդհրապատակի հետ։

Ա.ճակցումներն ևս պետք է դիտել, ինչպես նույն ինքը փողերի ջրահավաքը, որպես յեղած անցած փողաբորբի և նրան ընկերակցած կոնք-ընդհրապատակային բորբոքման մնացորդներ։

Փողերի մեծ ջրահավաքի ժամանակ, չնորհիվ ներքին ճնշման ավելանալուն՝ փողի տակ գտնվում է փողերի պատունակությունը, պատահում է յերբեմն, արգանդային բերանի կողմի փակցվածքը ժամանակավորապես պատվում է, այնպես որ նրա ջնային պարունակությունը պարբերական ժողումով արգանդից դուրս է հոսում—փողի հոսածուն ջրահավաք (Hydrops tubae profluens)։

Փողի ջրահավաքի ժամանակ հանկարծակի բռնած ցավերը կարող են կարուսնադարձի (Stieldrehung) հետևանքով պատահել։ Ընդհանուր սովորաբար փորի խոռոչի մեջ հեղուկ յե ուշնուում արյունուում և ահա փողի ջրահավաքը դառնում է փողի արյունահավաք (Haematosalpinx)։ Արյունահավաքը կարող է նաև սկզբնապես առաջանա ջրահավաքի փոխարեն, յերբ սկզբի բորբոքումը անոթների ընդարձակ և առաջացրել։ Վերջապես փողերի արյունահավաք կարող է առաջանա յերկար ժամանակ անճատ-չելի մնացած սերական անանցքության դեպքում (23։ դիպք) և հազվագյուտ դեպքերում փոսային հղության ժամանակ։ Կլինիկորեն փողի արյունահավաքը փողի ջրահավաքից չի տարբերվում։

Բնականաբար կարող են նույնպես յերկրորդային կերպով, որևէ ճակցված աղիքից ծագում առած վարակումով փողի պարունակությունը յերկրորդապես հիվանդանա, որից հետո փողի թարախային սուր բորբոքման (Salpingitis purulenta acuta) ախտանիշները յերևան գան։

Ցերեկն կարող է պատահի, որ փողի ջրահավաքը կամ նաև սկզբում դեռ չփակված փողն իր փորային վերջավորությունով մնանա ձվարանի մոլաքշի հետ ու այդպես մեկ հատ փողա-ձվարանային մոլաքուես կազմվի։ Հոշափումով այդպիսի մոլաքշերը փողի ջրահավաքից սովորաբար չեն տարբերվում, շատ քիչ անգամ բունդքի չափից ավելի մեծանում են և բուժման տեսակետից համարժեք են փողի ջրահավաքին։

Նախնմացություն, հիշված ծանր բարդությունների հաղվադեպությունն ինկատի առնելով, նպատակավոր է, իսկ գործունեության կարողության վերահաստատման տեսակետից՝ շատ տարակուսելի յե։

Բուժումը. Բարդություն չունեցած փողի ջրահավաքն ընդհանրապես վոչ մի բուժման կարիք չունի։ Միայն յերբ արտակարգ մեծության պատճառով, ճակցումների կամ վերոհիշյալ բարդությունների հետևանքով սաստիկ նեղություն է պատճառում, կարելի է ինկատի առնել վիրատական բուժումը, որը նպատակ ունի դեպքին, կարող է կատարվի արմատաքի արտահատումով կամ մասնական հատումով և կամ պարզապես լեցունափողի բացում ու պարպումով։

43. Դեպք

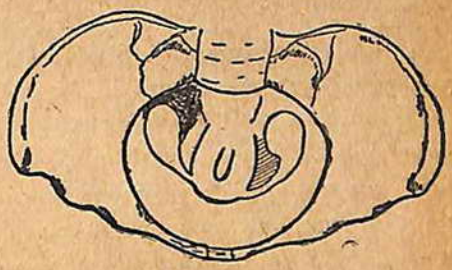
32 տարեկան մի կին, որն արդեն հինգ անգամ ծննդաբերություն է վեց չաքաթ առաջ հղության յերրորդ ամսում վ.ժում է ունեցել, վիժումից մի քանի որ անց հիվանդանում է—հանկարծակի դողը բռնում, ներքնափորում յերկու կողմից եր սաստիկ ցավը զգում, կրկնակի անգամներ փսխում, փորն ուռչում է, մեռժամանակ

գոգիր չի անցնում։ Ընդամինը մոտ 14 որ բարձր տաքության մեջ է լինում։ Ապա հետզհետե քիչ լավանում է· տաքությունը վերջերս հազիվ է պատահում, որ 38° մինչև 38,3° հասնի. սաստիկ ցավերը անցել են։

Հակառակ բժշկի խորհրդին, այս կինը յիրկու որ առաջ վեր է կացել անկողնից ու դրա վրա դարձյալ սաստիկ ցավեր է ունեցել ներքնափորում և 39° ջերմություն։

Ցնցուղության տվյալները. Ներքնափորի յերկու կողմում Գուպարաւան կապանից վերև թեթև ճնշադյալ։ Ամբողջ խորը սեղմելու ժամանակ յերկու կողմից շոշափելի յեն դիմակայություններ։ Ընդհանուր վիճակն առանձին փոփոխություն չունի. հատապատասխանում է ջերմությանը։

Արտաքուստ հետազոտմունքում առանձին փոփոխություն չկա։ Արգանդն առաջածալված, դեռ մի քիչ մեծ ու կակուղ, շարժելու ամեն մի փորձի ժամանակ խիստ ցավագին։ Փողային անկյունները յերկու կողմից խիստ ցավոտ են ճնճռումից։ Ձախ փողատցակը ձկաձեի կերպով հաստացած և և գնում մինչև արգանդի ձախ յեղրից կախված



Նկ. 30

սեպաձև ուռուցքին, որը կատարելապես անշարժ է, բայց շոշափելիս՝ մի ափոսով վորոշակիորեն կարելի յե սահմանազատել արգանդի յեզրից։ Աջ կողմից նույնպես հաստացած, սակայն ավելի կակուղ փորատցակը գնում խառնվում է մի սեպաձև, հավի ձվի մեծության, ավելի շուտ մոլարշտի տպավորություն անող մի ուռուցքի հետ, վորը կոնքի յեռևի գոգվածքի կողմում իր արտաքին ծայրով լայնորեն սեռևված կպած է յերևում և իր ցավոտության պատճառով սահմաններն ավելի ճշտիվ չի կարելի վորոշել։ Հանճայն դեպս հարկավոր է շատ ֆնճռությամբ զննել, վորպեսզի բարախապարկերի ճեղքվելուն առիք չտրվի։

Ուղիղ աղիքային զննությունով յերևում է, որ ձախակողմյան հարթպանդային շարակցական հյուսվածքը հաստացած է։ Աջ կողմից հաստացած սրբոսկր ու արգանդի կապանին կից զգացվում է հովհարանման փռված, մինչև կոնքի պատը ձգված ամուր ներքաղուք (նկ. 30)։

Ախտորոշումը. **Ձերկկողմային փողերի բարախահավաք հարպանդային արտաքամուքով** (Pyosalpinx bilateralis)։

Հիվանդության ծագումը, ինչպես նաև մինչայժմյան ընթացքը՝ շոշափական զննության տվյալների հետ միասին, թույլ են տալիս հաստատորեն այդ ախտորոշումն անելու։ Բարձր ջերմությունը մատնանշում է թարախային փողաբորբի գոյությունը։ Կողոնների ավելի մեծ ուռուցքների գոյության փաստն ապացույց է, վոր փողերն արդեն փակված են և դարձել են փողերի թարախահավաք։ Շնորհիվ պատերի բավական մեծ, հաճախ բարձր աստիճանի հասած հաստության, փողի թարախահավաքը շոշափելիս շատ ավելի ամուր և զգացվում, քան փողի ջրահավաքը*)։ Հարևան շարակցական հյուսվածքի մեջ

*) Տարակուսելի դեպքերում արյան լեյկոցիտների համարագրությունը շատ գնահատելի ծառայություն է մատուցում։ Փողի խոռոչի թարախային պարունակության դեպքում լինում է չափավոր լեյկոցիտոզ, 12-ից մինչև 17 հազար լեյկոցիտ։

համարյա միշտ եվ դոյանում է բորբոքական այտուց և շրջակա ընդերապատակի մեջ ֆիբրինային արտաքրտնուքյուններ, որով փողերի թարախապարկերը սևեռվում միում են։ Վարակումն այստեղ ինչ քննության կե, առանց այլևայլի չի կարելի պարզել։ Թեպետև հավանական չե, որ սուսանակային փողաբորբով հիվանդացած լինի այս կինը, որը 5 անգամ նորմալ ծննդաբերությունն է ունեցել և սահուն կերպով անց է կացրել յուծննդյան շրջանը։ Բայց և հաստատապես չի կարելի բացասել։ Ավելի շուտ կարելի կե մտածել թերևս մի նեխական վարակումի մասին*) դարձյալ կարելի կե կենթադրել, որ փողաբորբն արդեն ամենաբարձր կետին հասել անցել կր, կերը այս կինն անկողնից վաղաժամ վեր կենալով, պրոցեսը նորից սաստկացավ։

Նախնիացություններ միշտ եվ կասկածելի կե փողերի նեխական թարախահավաքի դեպքերում, թեպետև ընդհանրապես կ՚ասնքի տեսակետից (quod vitam) աննպաստ չի կարելի համարել։ Կյանքին անմիջական վտանգ կսպառնա միայն այն ժամանակ, կերը փողի թարախահավաքն աբագորեն մեծանա և դրանով վտանգ ծագի փողը պատռելու, որով փորի խոռոչը կողողվի թարախով ու կառաջանա ընդհանրապատակի թարախային բորբոքում։ Ավելի նպաստավոր է, եթե փողի թարախանափակվի ճեղքվի թափվի միզապամփուշտի կամ աղիքի մեջ. այդ դեպքում սովորաբար այն սպառնական կերևույթներն եվ արագորեն հանդարտվում են վերահաս ընդհեղումը դեպի աղիքները հասկացվում է լորձի առատորեն հոսելուց, որը սովորաբար 1—2—3 որ առաջ կայտնվում է։ Դեպի փամփուշտ սպառնացող ընդճեղքումին սովորաբար նախընթանում են մեզի մեջ լանիկների առատորեն կերևումը և միզումի սաստիկ ցավեր։

Տևական բուժման տեսակետից նախնիացությունը շատ ավելի տարակուսելի կե։ Հիվանդության ընթացքը բացահայտորեն քրոնիկական է։ Սովորաբար մի քանի շաբաթվան մեջ (ինչպես մեր դեպքում), սուր կերևույթները հանդարտվում են. միայն դաշտանից առաջ և նրա ընթացքում դեռ հաճախ նորից տեղի կեն ունենում վատթարացումներ, ինքը դաշտանը սովորաբար սաստկացած է լինում, շատ անգամ անկանոն է ու կարճ ընդմիջումներով կրկնվում է, պարզ արտահայտված դժգաշտանի ընկերակցությամբ։

Սակայն վեցից մինչև տաս շաբաթվա ճիշտ բուժումից հետո ընդհանրապես հաստում ենք պրոցեսի ճանդարտման մի

---

*) Վերկի արտաթորանքի մեջ կոկնակի հետազոտումից հետո վոչ մի գոնոկոք չի գտնված. ընդհակառակն գտնված են առատորեն սաբնպատոկոքներ, մի փաստ, որը վերոհիշյալ կենթադրությունը հավաստում է։

ազդի. հարարգանդենային արտաքրանուածները սովորաբար փոքրացած, նույնիսկ բոլորովին անհետացած են, լեցունափողերը փոքրացած, ավելի պինդ, նվազ զգայուն դարձած։ Ինքնիրան վորոշ չափով հանգիստ պահելու դեպքում հիվանդն ունենում է նույնպես տանելի առողջական վիճակ։ Տնային տնտեսության մեջ յուրաքանչյուր ծանր ֆիզիքական աշխատանք, յերկար քայլելը, չոր կղումներ ունենալն արդարև սովորաբար դեռևս ամիսներով նույնիսկ տարիներով ձգող կամ ծակող ցավեր են պատճառում։ Հիվանդները հաճախ սրրոսկրի մեջ ցավեր են զգում կամ կոնքի մեջ ճնշումի և վոչ լեցվածության զգացմունք։ Մերձավորությունը շատ անգամ վոչ միայն ցավոտ է, այլ է—ամենավորապես ամսականից առաջ և քիչ հետո տեղի ունեցած մերձավորությունը կարող է սուր վատթարացման տեղիք տալ։ Այդպիսի վատթարացումներ տեղի չեն ունենում յերբեմն նաև ամիսներ տևող հանգստից հետո առանց հայտնի պատճառի, այնպես վոր շատ կանայք թարախային փողաբորբի հետևանքով շատ անգամ տարիներով անաշխատունակ են դառնում, միևնույն ե, թե իրենք իրենց առավել կամ նվազ տկար զգան։

Յերկու կողմից յեղած պրոցեսների ժամանակ բեղմնավորման կարողության վերականգնման տեսակետից նախիմացությունը շատ տխուր է։ Ընդհանրապես դրա հետեվանքը մշտական ամլություն է։ Այնուամենայնիվ այդ կողմից էլ այնպիսի անապասելի զարմանալիքներ են պատահում, վոր յերբեմն տեղի չէ ունենում նույնիսկ փողերի մեծ թարախահավաքի դեպքում նորմալ վիճակի լրիվ վերականգնում (restitutio ad integrum)։ Սակայն այդ հանգամանքը սկզբից և յեթ հաշվի առնել ու հուսալ յերբեք չի կարելի։

Բուժումը. Բանի դեռ չերմություն կա, բուժել ինչպես 41-րդ դեպքում։ Միայն ուռուցքների աճող մեծացման դեպքում, հակառակ սեռական և ֆիզիքական կատարյալ հանգստության, հակարորբոքային միջոցառումներին և միայն շարունակարար սաստկացող կոնքընդհրապատակային յերևույթների ժամանակ կարող է անհրաժեշտ լինի միջամտել, դեպի փորի խոռոչը հնարավոր ընդհեղքումը կանխելու համար։ Առանձին դեպքերի թարախահավաքի տեղին նայած, այդ միջամտությունը կարող է տարբեր լինի, հետոտոմային կամ փորային վիրաբուժական գործողություններով։ Սակայն յես գործարար բժիշկներին բացարձակապես խորհուրդ չեմ տալիս այդպիսի ձեռնարկումները անելու։ Դրանք կարող են շատ պարզ, սակայն կարող են նաև շատ դժվար լինեն և անապասելի բարդությունների ժամանակ պահանջեն վոչ միայն արագ, այլ նաև հմուտ վիրաբուժական գործողության կատարում, վորն առանց անհրաժեշտ ապարատի անհնար է անել։ Ուստի փոդի թարախահավաքի բոլոր դեպքերը, վորոնց մոտ առաջընթացության

ճակումն է նկատվում, ամենից լավն է, որ ուղարկվեն հիվանդանոց, ուր մշտական հսկողություն կատարելու հնարավորություն կա։

Մնացյալ բոլոր դեպքերում պետք է միայն անսպասողական դրության մեջ, մի՛ չև որ սուր երևույթներն ամբողջովին անցնեն։ Ջերմության անմիջական անկումից չորս կամ հինգ անջրեմ որեր անցնելուց հետո միայն կարելի է վերածծող միջոցներ գործածելու դուշավոր փորձը ձեռնարկել։ Ընդամին անհրաժեշտ է մարմնի ջերմաստիճանի մշտական ստուգ վերահսկողություն։ Հենց որ թեկուզ մի չնչին ջերմություն նկատվի բուժական միջոցառումների ընթացքում, պետք է բուժումն անմիջապես ընդհատվի և *միայն 3—4 անջրեմ որեր անցնելուց հետո վերսկսվի գործադրվել այն միջոցառումը, որին վերջին անգամ չենթարկվել եր հիվանդն առանց հակազդեցություն ցուցաբերելու,*

Փողերի թարախահավաքի ժամանակ, հատկապես երբ լինի կամ ոչ, նպատակահարմար վերծծող միջոցառումներ են.—

Տաք դուշեր, *սկսած 2 լիտրից, 40° Ցելսիուսով, հետզհետե ավելացնելով մինչև 20 լիտր, 40-ից մինչև 50 աստիճան։ Դրա հետ նպատակահարմար է որընդմեջ գլիցերինով խծուծներ դնել, ըստ հարկին՝ յոդի, իխթիոլի, թեգենոլի կամ յոդոնի հավելումով։ Կարելի է որինակ, վերեկոյան խծուծ դնել ու հաջորդ որ կեսորից առաջ խծուծը հանելուց հետո՝ լվանալ։ Նպատակահարմար է նույնպես գիշերները* Պրեսնեցյան կոմպրեսներ անել։ *Ավելի ուշ կարելի է, եթե որինակ կեսորից առաջ լվացումներ է կատարված, կեսորից հետո ջերմակիր (թերմոֆոր) գործադրել կամ ցեխի ձեփելիք (լափա) դնել։ Կլինիկայում մեր տրամադրության տակ ուրիշ միջոցներ ևս կան, ելեկտրական ջեռուցումը, տրամաջեռուցումը և այլն։ Միաժամանակ գոյություն ունեցող հարաբերանդենալին արտաքրտունք յեղած դեպքում հանձնարարվում է, եթե ցարդ նկարագրված միջոցների գործադրությունը հանդուրժելի չե յեղել, գործադրել նաև ծանրաբեռնումով բուժման մեթոդը։*

Եթե մի հիվանդ առանց հակազդեցության լավ հանդուրժում է կատարված բուժումը, ապա կարելի է հիվանդությունն սկսվելուց 6-ից 8 շաբաթ անց թողնել, որ ժամանակ առ ժամանակ անկողնից դուրս գա։ Բնչուարիչ կարելի է արտոնել, որ մշտապես վերկենա ու շրջագալի։ Իսկական բուժումը վերջացնելուց հետո նպատակահարմար է, շաբաթական 2-ից 3 անգամ, տաք աղաջրի ներսալոգանքներ, *լավ է՛ս տաք աղաջրի յոդով լոգանք անել տալ։ Նման հիվանդներին, հանձնարարելի է, որ այդ ստացում, այսինքն սուր երևույթներն անցնելուց 2—3 ամիս հետո աղային ջրի յեվ ցեխի կուրորտային բուժում կատարվի։*

Բուժման արդյունավետությունն ստուգվելու է ամեն 8 կամ 10 որն անգամ կատարվելիք զննության միջոցով։ Ինչ չի պատահում, վոր կցոնների մեծ ուռուցքներ, վորոնք բուժման ազդեցությամբ սկզբում նկատելի կերպով փոքրացել էին, 8 կամ 10 շաբաթ անցնելուց հետո մնան բոլորովին անփոփոխ, չնայած վոր բուժումը շարունակվում է։ Բոլոր նման դեպքերում նպատակահարմար է բուժումն ընդհատել և 2 կամ 3 ամսվա դադարից հետո միայն վերսկսել։ Այն ժամանակ հաճախ նկատվում է, վոր նորոգ բուժումն ավելի շատ արդյունք է տալիս։ Ցերբեմն այսպիսի բուժումը 3—4 միջնադադարով նպատակին է հասցնում։

Հիվանդության կրկնությունները պետք է բուժել նույն ձեվով, ինչպես առաջին սուր նոպայի ժամանակ։

Բուժման այս մեթոդով հաջողվում է բոլոր դեպքերի մոտավորապես $^3/_4$ մասի առողջացումն այն մտքով, վոր հիվանդն ամբողջովին կամ համարյա ամբողջովին ազատվում է ցավերից և նրա աշխատունակությունը վերականգնվում է։ Մնացյալ դեպքերում, բուժման անոգտավետության՝ թե մշտատև գանգատների հետևանքով, կամ սովորական կենցաղին անցնելու պարագայում՝ հիվանդության կրկնության պատճառով և կամ թե անաշխատունակությունն շուտով կերպով վերականգնելու արտաքին պայմաններից առաջադրված, ստիպված ենք լինում վիրաբուժական բուժման դիմելու։

Մենք այն տեսակետին ենք, վոր բավական յերկար ժամանակ շարունակված և մասամբ կամ ամբողջովին ապարդյուն պահպանողական բուժումից հետո միայն պետք է դիմել վիրաբուժական միջոցառումների։ Բայց այն ժամանակ արդեն պետք է արմատական ձևով նարկում անել, այսինքն՝ արգանդն ու կցոնները կտրել հեռացնել։ Միայն մեկ կողմանի ուռուցքի ժամանակ կամ յերիտասարդ կանանց վերաբերմամբ պետք է ձգտել դոնե մեկ ձվարանի մի մասը պահելու կամ վերջը լրացուցիչ կերպով պատրաստելու, գործունաթափության յերևույթներ պատճառելուց զգուշանալու համար։ Յեթե ուռուցքի գտնված տեղը նպաստավոր է, կարելի չէ նույնիսկ արգանդից մի մասը թողնել, այնպես վոր ուռուցքի հետ արգանդի փողային անկյունները միայն կարելի չէ կտրել հեռացնել։

44. Դեպք

23 տարեկան պյուղացի աղջիկ գալիս է ձեզ մոտ ներքնափորի յերկու կողմում և կոնքի խորքում բութ, յերբեմնակի նոպաներով սաստկացող ցավեր, ինչպես է անկանոն ու սաստկացած դաշտան ու նույնպես մի քիչ հոսք ունենալու գանգատանքներով։

Առաջին դաշտանն ունեցել է 16 տարեկան ժամանակ, այնուհետև ամսականները յեղել են կանոնավորապես չորս շաբաթը մեկ անգամ, 3–ից 4 որ տևողությամբ

առանց ցավերի։ Մեկ տարուց ի վեր ե, որ ամսականները կրկնվում են 3–ից 31/2 շաբաթ մի անգամ, 5—7 որ են տևում և առաջվանից ավելի շատ են արյունում ու միաժամանակ վերևում հիշված ցավերը սաստկանում են։

Բացի դրանից, մեկ ու կես տարուց ի վեր ե, որ մի քիչ հազ ունի և շատ անգամ գիշեր ալիւ էֆիՔՓ։

Ընդհանրական տվյալները. Ցերկարահասակ մի աղջիկ, խիստ աչքի ընկնող նուրբ մարմնակազմով և նեղ ու տափակ լանջով։ Ջերմությունը 37,2°։

Արտաքին ստուգությամբ մանկական տիպով. կույս։ Ուղիղ–աղիքային զննությամբ գտնում եք փոքրիկ ու յետադարձած արդանդ. նրա կողքին կան յերկու կողմից հաշիվ սագի ձվի մեծության, անկանոն ձեվավորված, համարյա անշարժ, մասամբ մոլքշտային բազակցության. մասամբ ավելի պինդ դարցված ուռուցքներ։ Սրանք յետեվի կողմից մի կարճ ու պինդ կոթունով կախված են արդանդից. ավելի դեպի առաջ նրանք արդանդի յեզրից անջատվում են մի վորոշա չի ակոսով Ուղիղ–աղիքի լայնությամբ չդնելով հնարավոր և լինում արդանդի փոդային անկյունում գտնել հատատացում ու պնդացում։ Սրբոսկր ու արդանդի կապանները նատած են ջոշափված ուռուցքների ներքին մակերեսին և յերևում են հանդուցավոր–հատատացած։

Ըստ այսմ կարող ենք առանց տլեակայլի տալ հետևյալ—

Ախտորոշում. **Կցոնների յերկկողմանի ուռուցիներ.**

Սակայն ինչպես և, վոր կույս աղջիկը կցոնների ուռուցք ունի։ Ուշանակ և նեխական վարակում ամենայն հավանականությամբ պետք է բացառել։ Հազի և գիշերային քրտինքի մասին դանդատը ձեզ դրդում է թոքերը զննելու, վորտեղ ձախ կատարի վրա հնչյունի կարճացման հետ միասին լսելի յեն սուր, արտաշնչման ժամանակ նկատելիորեն յերկարած շնչում, և հազալուց հետ հետ մանր խըզալուքներ։ Այս տվյալների հիման վրա մեծ հավանականությամբ յեզրակացվում և հետևյալ—

Ախտորոշում. **Փողերի յերկկողմանի պալարախոցային բարախտավաճ** (Pyosalpinx bilateralis tuberculosa)։

Մեր ընտրած որինակի վերաբերմամբ ախտորոշումն արդարև չափազանց դյուրին ե, վորովհետև հիվանդի կուսությունը, ինչպես նաև արտամղության և միզուկի կողմից վորևե բորբոքական յերևույթի բացակայությունը, և հետո թոքերի դրությունն ու հիվանդի ընդհանուր տեսքը թույլ չեն տալիս այլևս ուրիշ յենթադրություն անելու։ Կցոնների բոլոր բոլոր հիվանդությունների 10—20%, իսկ կույս աղջիկների կցոնների ուռուցիները համարյա բացառապես պալարախոցային բնույթի յեն։

Նույնպես և մեր դեպքում պարզ ե, վոր հարցը վերաբերում ե սերականքի յերկորդային պալարախոցի և հիվանդության սկզբնական վայրը պետք ե վորոնել թոքերի մեջ, վորտեղից էլ փոդերը, ինչպես առհասարակ ամբողջ սերականքը, արյան ճանապարհով վարակվում են։ Սովորաբար փոդերից ե միայն, վոր հետո սերական ապարատի մյուս մասերը վարակվում են։ Սեռականքի առաջնային և վերջնական պալարախոցը դրծնականում բոլորովին տարբերակ նշանակություն ունի, թեպետև դրա հնարավորությունն էլ չի կարելի ժխտել։ Սովորաբար առաջ փոդի լորձաթաղանթն է հիվանդանում, վորի մեջ գոյանում են տուբերկուլոզային տիպիկ պալարները, վորոնց

փլուզումի և փողի անցքի մեջ թափվելու հետևանքով տեղի է ունենում լորձաթաղանթի, ավելի ուշ թեև նույնպես մկանենու, մասնակի քայքայում՝ լորձաթաղանթի փոքրերի չերկրորդային փակչումներով հանդերձ. այդ փակչումները հենց որ փողը փորալին բերանի վրա տեղի ունենան, լուցնափող առաջանալու պատճառ են դառնում։ Փողերի պալարախատային թարախահավաքը սովորաբար ուշադրավ է իր խոսա հասացած պատերով և մեծ թաղանթ, մեծ ավելի լույծ պանրալին պալուննակութ-յամբ։

Փողերից հետո ամենից հաճախ արգանդի լորձաթաղանթը է հիվանդանում։ Այստեղ ևս հիվանդության ցայտուն դեպքերում առաջանում է **պանրային ենթարգանդային բորբ** (Endometritis caseosa)։ Նոր սկսված և մեղմընթաց դեպքերում հիվանդությունը սահմանափակվում է լորձաթաղանթի վրա ցաքուցրիվ պալարախատային խոզավարների գոյացումով։

Ձուարանների, հետոցի, բունցի պալարախտը ևս հազվադեպ է։ Հենց որ հիվանդության տիպիկ պալարները դանվեն, ախտորոշումը հեշտ է։ Ուրիշ դեպքերում առաջանում են մյուն առանձնացած, անկանոն սահմանագծված խոցեր՝ սուր կեղտով տակը փորված (խամաճված) յեզերով յեվ պանրային հատակով, որոնց խոպան բնույթը մկրոսկոպիկ ստույգ հետազոտությամբ միայն կարելի է ճանաչել։ Ընդհակառակն **հաճախ սերակաճի պալարախտին առընթեր գոյություն ունի ընդհանրապատակի պալարախտը**, որը կարող է փողի հիվանդության նախընթաց, կարող է նրան հետևել կամ թե միաժամանակ նրա հետ միասին առաջանալ։ Այստեղ տարբեր վերաբերվում է ընդհանրապատակին, յերբեմն միմիայն կոնքի ընդհանրապատակի պատակողմյան և ընդհանրակողմյան թերթիկներին մեջ ցաք ու ցրիվ պալարախատային խաղավարտներին, կամ թե ջրդողությամբ ընկերացած արտահոսուքային ընդհանրապատասարորբի (Peritonitis exsudativa), և կամ թե առանց ջրդողության չորան յեկող չոր ընդհանրապատակարորբի (Peritonitis sicca), որոն ճակցումներ և պատճառում ադիքների՝ իրար հետ, ճարկոնի հետ, փորի պատի ընդհանրապատակի և կոնքահիմի որդանների հետ։ Այդ ճակցումները հաճախ այնքան ընդարձակ են, որ մարդ զարմանում է, թե ինչպես կարող է այդ պայմաններում ադիքների անխափան գործունեություն տեղի ունենալ և չատ անգամ նրանք այնքան պինդ են, որ փորահատում կատարած ժամանակ զգվարությամբ և հաջողվում կոնքամիջի որդաններին հասնել։ Յերբեմն, մասնավորապես կոնքի մեջ, ադիքների իրար փակչած ոդակների և սերականքի միջև կազմվում են պարկի ձև առած, բարակ պատերով բշտի տպավորություն գործող, վճիտ կամ արյունոտ-շճային կամ պրոր-պղտոր արտաքրտունքով լցուն խոռոչներ, որոնց պատը մասամբ ճակցված ադիքի պատերից կամ սերականքի մասերից և կազմված — կեղծ մոլաբշեր (Pseudocystae):

Բազմաթիվ ուրիշ դեպքերում հարկավ շատ դժվար ու անհնարին է լինում սերակաճի (փողերի) տուբերկուլոզի ախտորոշումը։ Խոսքը վերաբերվում է ամենից առաջ վոչ կուլա անհատներին, որոնց մասին հարց կարող է լինել սուսանակի և նեխական վարակումի մասին։

Շոշափական զննության տվյալները հաճախ թե յերբեմն հնարավորություն ընձեռնեն ստույգ տարբերական ախտորոշում անելու, ընդհանրապես ախտորոշումը տրվում է ըստ բուժամիջոցի ցուցաբերած ոգնության (ex juvantibus) և բացառելով ուրիշ հնարավորությունները (per exclusionem)։ Սուսանակը և նեխական վարակումը բացառելու համար անամնեզը և տեսաքորացիի կրկնակի հետազոտությունը

կարող են վորոշ ոգնություն ցույց տան. մինչդեռ մյուս կողմից ուրիշ օրգանների, թոքերի, վոսկորների, դեղձերի մեջ զտնված պալարախտային պրոցեսներ, ջրգողությունը արժեքավոր հենակետներ են տալիս կցոնների հիվանդության պալարախտային բնույթը ճանաչելու համար։

Այսօր հետազոտությունը կարող է ախտորոշման համար իրը հենակետ ծառայել վորոշ դեպքերում. սրինակ՝ յերե չկրմոբյան բարձրացումով ընկերակցած կցոննների հիվանդության ժամանակ բոլորովին լեյկոցիտոզ չի նկատվում, ապա դա ավելի շուտ տուբերկուլոզի նշան և ցերբեմն հաջողվում է արյան մեջ գտնել տուբերկուլոզի բացիլներ։ **Տուբերկուլինի փորձնական օրսկումները** (դրա համար հանձնարարում են հատկապես «Ռոգենբախյան» տուբերկուլինը. 0,001 դրամից հետզհետե ավելացնելով մինչև 0,1 դրամ) ժամանավորապես արժեքավոր են այն դեպք դուս, յերբ այլապես վոչ մի տեղ պալարախտային ոջախ չի գտնված։ Ցերե դրանից հետո շուտով բնդհանուր հակազդեցություն նկատվի (տենդ, ուժասպառություն, գլխացավ), կամ ժանավանդ ոջախային հակազդեցություն (ներքնափորի ցավերի ավելացում, կցոննների դեգաչդրեր զայնուվթյուն և նրա ուռուցքների մեծացում), ապա դրանք լինպատա պալարախտի գոյությանն են վկայում։ Այսուհանդերձ այդ հակազդեցություններր բացարձակապես հաստատական չեն և արդեն շատ անդամ առիթ ենք ունեցել հետագատում մշտապես ստատիկ ցավերի պատճառով ձեռնարկված վիրաբուժական գործողության ընթացքում համոզվելու, թե տուբերկուլոզ յենթադրվածը այն չի յեղել, ինչպես և մյուս կողմից դեպքեր են յեղել, վորոնց ժամանակ վոչինչ չի գտնվել լինպատա տուբերկուլոզի յենթադրության, այսուհամենայնիվ վերջը տուբերկուլոզ և դուրս յեկել։

Սակայն ինձ թվում է, վոր կցոննների ուռուցքների ժամանակ նման փորձնական օրսկումները, ինչպես նաև հատկապես միկրոսկոպիկ հետազոտության համար հանձնարարելի փորձնական հետումը և բերուքի սի մասի պատվաստումը ծովախոզկորնչերին, գործածելը բժիշկները խորհուրդ տալ բուժական միջոցառումներ չեն, այնպես վոր ավելի նպատակահարմար է պալարախտով կասկածելի բոլոր հիվանդներին հիվանդանոց ուղարկել, վորի տրամադրության տակ միայն ամեն անհրաժեշտ բուժական միջոցներն են գտնվում։

Կցոննների պալարախտային ուռուցքների ժամանակ ջերմաստիճանի բարձրացումը սովորաբար չնչին է, ժամանակ առ ժամանակ բոլորովին չի լինում. մինչդեռ մյուս կողմից սուր ընթացք առած պրոցեսների ժամանակ նույնիսկ յերկար տևող միջընդհատ ջերմություն է նկատվում։

Ամսական արյունումի վոտպիսությունը ախտորոշումն անելու համար չի կարելի արժեքավորել. այդ տեսակետից ավելի շատ թերևս անդաշտանությունը նշանակություն ունենա, թեպետ դա ևս կցոննների ժամանակ այնքան էլ հեշտ չէ։

Փորի ջրգողությամբ զուգընթացող պալարախտային բնգերապատակաբորբը համեմատաբար հեշտ է ախտորոշել. մինչդեռ բորբոքման ցամաք ձևը հաճախ մնում է անճանաչելի, վորովհետև բնորոշ ախտանիշներ բացակայում են, բացի թերևս այն դեպքերից, յերբ իրար փակչած աղիքները, հատատացած ճարպոն կամ մի քիչ մեծավուն կեղծ

ժոլաբշտեր սերականքի հետ միացությամբ ուռուցքի խաբուսիկ տպավորություններն են ունենում։

Սերականքի ածեն պալարախտ կարող է լավանա և մարդ կարող է առնվազն կյանքի վերաբերմամբ նախիմացություններ այնքան ժամանակ նպաստավոր հատարի, քանի դեռ հիվանդությունը սերականքի ու իր շրջապատի վրա սահմանափակված մնա։ Եթե հիվանդությունը ժամացու վախճան ունենա, ապա դրա համար պատասխանատու պիտի համարվեն համարյա բացառապես ուրիշ որգանների մեջ, հատկապես թոքերի և ադիքների, ավելի հազվադեպորեն՝ յերիկամների մեջ յեղած պալարախտային պրոցեսները։ Նույն դիտողությունը վերաբերում է նաև ընդերապատակի պալարախտին։

Սերականքի (ինչպես նաև ընդերապատակի) պալարախտի բուժումը պետք է վերապահվի հիվանդանոցին, գոնե սկզբի շրջանում։ Վիրատեսական միջամտությամբ բուժման մեթոդից իմիջիայլոց նաև հիվանդանոցներում ընդհանրապես ձեռք են քաշել և նույնիսկ միաժամանակ ջրգողություն յեղած դեպքում սովորաբար սահմանափակվում են միայն հեղուկը բաց թողնելով։ Սերականքի պալարախտի սկզբնական վիրաբուժական բուժման վտանգը համեմատաբար մեծ է (մոտ 10%₀ ժահացություն), տեսական արդյունք ստանալու տեսակետից վոչ ավելի լավ քան պահպանողական բուժման ժամանակ, վորը կայանում է հիվանդի որգանիզմի ընդհանուր ուժեղացման հետ միասին, լայնորեն կիրառված բարձրավայրերի արեվաճառազուման (մասամբ տրամաջերմության ընկերակցությամբ) և Ռեոնցգենի միջին դողանների կրկնված գործադրության մեջ։ Դրան զուգընթաց գինեկոլոգներից վոմանք, ինչպես և մենք, կատարում ենք տուբերկուլինով բուժում՝ հաջող արդյունքով։ Այդ նպատակի համար գործ ենք ածում Ռոզենբախյան տուբերկուլինն։ Ճառագայթով բուժումը վերջացնելուց հետո տուբերկուլինով բուժումի շարունակությունը թողնում ենք կատարելու գործարար բժշկին, վորը պետք է միաժամանակ ոգնի կլինիկային հիվանդության դեպքերի հետագա հսկողությունը կատարելու տեսակետից։ Այս յեղանակով մենք տարիներից ի վեր սերականքի պալարախտով հիվանդների բազմաթիվ դեպքեր ունենք մեր հսկողության տակ և գործարար բժշկի ու կլինիկայի այս աշխատակցությանն ենք պարտական ձեռք բերված գեղեցիկ արդյունքները։

ԱՄԼՈՒԹՅՈՒՆ

Ջանադան ծագում ունեցող լեցունափողերի մեր նկարագրությունները առնելիք տեղին և գուցե մի քանի խոսք կցել կանանց ամլության մասին։ Իսկապես վողերի փակվելը ամլության շատ հաճա-

խակի և իր աղեցուքյան տեսակետից ամենից լավ ըմբռնելի պատճառն է հանդիսանում։

Ջրանի վոր բոլոր ամուսնուքյուններուի համարյա 10% ամուլ են, կանանց համար անպտղակուքյունն ամենևին բացառիկ առիթ չէ գինեկոլոգիական խորհուրդ հարցնելու այդ մասին։

Ամլության պատճառները. Յեթե փողերը փակված են, ձվարաններն աճակցումների մեջ թաղված, կամ յեթե զարգացական լուրջ դժկերպուքյուններ կան՝ արգանդի բացակայուքյամբ կամ ոսնուքյամբ, յեթե կուսաթաղանթի, հեշտոցի, փողի արտաքին (փորային) բերանի փակվածուքյուն գոյուքյուն ունի, ապա բեղմնավորուքյունն անհնարին է։ Սակայն այդ դեպքերն այնքան էլ հաճախ չեն պատահում։ Շատ անգամ բեղմնավորումը դժվարացած է միայն. այդ ուղղուքյամբ են աղդում ներարգանդենու բորբոքումները, հատկապես վերիկվածքային շրթնադարձով Lacerationsectropium) վղիկի ներարգանդաբորբը, քաղցկեղը, վկանուցը, վորոնք հավանորեն նրանով են դժվարացնում գլխավորապես, վոր լորձաթաղանթի փոխված արտաթորանքը սերմնաբջիջների շարժունակուքյանը միասում կամ շարժունակուքյունից դրկում է, կամ եպիթելի թարթական հոսընթացքի և հորինվածուքյան փոփոխուքյան, լորձաթաղանթի նորմալ շրջափոխուքյան պարակարգուքյան մեջ տեղախախտում կատարվելու հետևանքով ձվի տեղափոխուքյունը կամ նրա բույն դնելը դժվարանում է։ Ուրիշ դեպքերում, որինակ՝ հնշտոցի մանկականուքյան դեպքում, առնու ներս դնելն (Immissio penis) է դժվարացած կամ ընդհակառակն՝ ճոթռած բունոցի միջից սերմը դարձյալ դուրս է հոսում։ Նույնպես հեշտոցաբաժնի, ինչպես և արգանդի աննպաստ դիրքը, որինակ՝ խոր յետածալումը կարող է սերմի ներս հոսելուն դժվարուքյուն պատճառել։ Վղիկի խողովակի կամ ներքին բերանի նեղուքյունը, վորի մասին շատ է խոսվում, անշուշտ միայն իրրև արգանդի կամ սերականքի ընդհանուր թերաճման մեկ մասնավորուքյուն, ամլուքյան համար պատասխանատու համարելու հանգամանք է։

Յեվ դարձյալ ուրիշ դեպքերում, վորոնք նշանակելի չեն նրանով, վոր ունեն վահանագեղձի թերագործունեուքյուն, ճարպագարուքյուն, լորձայուցային տեսք, հաճախ նաև նվազադաշտանուքյուն և անդաշտանուքյուն, այդ դեպքերում ձվարանային գործունեության խանգարումները և հավանորեն դրանցից կախված արգանդի լորձաթաղանթի նախադաշտանային շրջափոխուքյան ու դեղնամարմնի կազմուքյան կասեցումները պատճառ են լինում, վոր լորձաթաղանթի նախադաշտանային շրջափոխուքյան ժամանակ, վորպիսի փոփոխուքյունն անհրաժեշտ պայման է ձվի բույն դնելուն, սերմնաբջիջներին վոչ մի ձու չի հանդիպում, կամ թե ընդհակառակն բեղ-

նավորված ձուն արգանդը հասնելով, ձվի բնակվելուն նախապատրաստված լորձաթաղանթ չի գտնում և դրա համար վոչնչանում է։ Այստեղ շատ բան պարզ չե ու այդպես էլ կմնա։ Մի քանի կանանց անգրդռականությունը նույնպես կարող է սերմնաբջիջների մուտքն արգանդի սեջ դժվարացնել։

Մի առանձին ձև է ձեռքբերովի ամլությունը, վորը լինում է, յերբ մեկ կամ մի քանի ծննդաբերությունից հետո յեռծննդյան շրջանում դեպի խորքերն առաջ ընթացող սուսամնակի կամ յեռծննդյան շրջանի վորևե բորբոքական պրոցեսի շնորհիվ փողի փակում է առաջ գալիս (մի-զավակության ամլություն՝ սուսամնակի դեպքում), կամ յերբ ունակական վիժուններ են տեղի ունենում։ Վերջիններիս համար խնդրական են խոր ու խիստ սևեռված յեռամծոռեբյուններ և վզիկի փնռեկուժներ. բայց ամենից ավելի լուսան է թագնված լինում դրանց յեռևը։

Անզավակ ամուսնությունների մոտավորապես մեկ յերրորդի պատճառը սակայն այր մարդկանց մոտ պետք է վորոնել, յերբ կարող է գոյություն ունենա կամ մերձավորական անկարողություն (Impotentia coeundi) և կամ սերնդագործական անկարողություն (Impotentia generandi), վերջինս՝ մեռասերմության, անկենդանասերմության կամ նվազասերմության հետևանքով *)։

Գուցեպատճառ ամլությունը բուժելու վերաբերմամբ մեզ հետ տարակուսելի յե, յեթե նույնիսկ ինկատի չունենանք այն դեպքերը, յերբ մեզքն ալդ մարդկանց վրա յե ընկնում։

Բուժման պետք է ձեռնարկվի միայն այն ժամանակ, յերբ կոնդոմի ոգնությամբ հանված սերմի հետազոտության և անաֆիեզի միջոցով այր մարդու սերնդագործական կարողությունը հաստատված է։ Սրան պետք է կցել կնոջ սերսկանքի, անհրաժեշտ դեպքում նարկոզով կատարված և ամբողջ որգանիզմի ամենամանրամասն զննության։ Այնտեղ, ուր սերսկանքի մեջ փոփոխություններ են նկատվում, վորոնք ըստ փորձառության՝ ամլություն են պատճառում, հարց է ծագում այդ փոփոխությունները մեկուսացնելու մասին, ինչ վոր հաճախ է հարկ անհարին և։ Թե ինչ պետք է անել տվյալ առանձին դեպքերում, այդ մասին վորոշում կարող է կայացնի միայն գինեկոլոգիական և վիրաբուժական մեծ փորձառությունը, այնպես վոր յես այստեղ դրա վրա չեմ կարող ավելի խորանալ։ Գործարար բժշկին պետք է խորհուրդ տամ լորձենու քերումի և վզիկի խողովակի լայնացման անխարական ձեռնարկումից յեթե կենալու։ Համենայն դեպս ամլության վիրատական դարմանումին, վորի համար առանց

*) Այս խնդրի մասին այստեղ ավելին չի կարելի խոսել։ Մանրամասները տես նել մորթի և վեներական հիվանդությունների գասագրքերում։

այլևայլի փորի հատուկ հարկավոր չէ, ներկայումս միայն այն ժամանակ ենք ձեռնարկում, յերբ փողերի ընդչփումով նրանց անց ենելությունն վերաբերմամբ հավաստիանանք։ Սակայն այս մեթոդը հարմար է բացարձակապես միայն կլինիկական դարմանումի համար։

Գործարար բժշկին ամենից ավելի հանձնարարելի է այն դեպքերում, վորտեղ նա վոչ մի շոշափական փոփոխություն չի գտնում, վոր նա արսեն-յերկաթով բուժման ձեռնարկի, վորը շատ անգամ սքանչելի արդյունքներ է տալիս։ Այն դեպքերում, ուր կոնք-ընդերապատակային աճակցություններ, փողի թարախահավաք, հարարգանգրենային արտաքրտունք կա, հարց է ծագում համապատասխան գյուխներում նկարագրված վերածծող միջոցներ կիրառելու մասին, արգանդի դիրքի աննորմալությունը հեռացնելու մասին և այլն։ Այս նյութի վրա այս տեղ ավելի մանրամասն կարելի չի չխոսել, վորովհետև ըստ իմ վորձառության, գործարար բժիշկներն ամբողջյան բուժման անշնորհակալու խնդիրը պատրաստակամությամբ թողնում են մասնագետ գինեկոլոգին լուծելու։

ԱՐՏԱՐԳԱՆԴԱՑԻՆ ՀՂՈՒԹՑՈՒՆ

45. Դեպք

Ձեզ հրավիրում են մի 26 տարեկան հնոջ տուն, վորն արդեն մեկ անգամ ծննդաբերությունից է և ունեցել է վորն այժմ դանդատվում է ներքնափորի ձախ կողմում սաստիկ ու յերկարատևության պահերից մի քիչ էլ արյուն է գնում։ Ցավ վորովհետև դորք ապ հիմնից դանդաղ է և լավ ընդհանուր առողջական վիճակում է մյայն մի քիչ տուդ նեղված արյան չափավոր հոսումն էք նկատում, արդեղք չէք անհանում, վոր անամնեզի հետ մա բամասնորեն ծանոթանաք։

Ցավ ասա դուք կուզանաք, վոր դաշտանը մինչև կանոնավոր կերպով ամեն չորս շաբաթը մեն, 4–5 որ տևողությամբ ու նորմալ սաստկությամբ և առանց ցավերը չի տեղի ունենում։ Ներու ամիս առաջ ամսականը սպասված ժամկետից յեռ է մնացել և կ՚նա արդեն կարծել, և, վոր հղի չի մնացել, յերբ այնուամենայնիվ դրանից մոտ յերեք շաբաթ հետո դարձյալ դաշտան է ունեցել։ Այդ անգամ դաշտանն ուղեկցվել է բավական սիրելի ուժեղ և ներքնափորի ձախ կողմի անցողական ու սաստիկ ցավերի հետ կապված և յերկար, վորը սակայն մյայն յերեք որ է տևել։ Յերկու որվան դադարից հետո դարձյալ մի որով սի թեթև արտևնում է սկսվել։ Զորս որ կատարելապես առողջ զգալուց հետո նորից այնպես սաստիկ ցավեր է ունեցել, վոր կլինե ստիպված է յիոել պառկելու։ Ընդամենն մի քիչ էլ ուժգ ու ազատ արյուն է գնացել։ Մի քանի որից արյունահոսը կտրվում է և հիվանդն իրան զլսել է բոլորովին առողջ։ Բայց հաջիվ մի կես ժամ վոտքի յե հասնելուց



Նկ. 31

յերբ նորից, Թեպետև նվազ սաստիկ ցավեր են սկսվում և մի քիչ թեթևանում արյունը և յերևում. Անկողնանոցով՝ արյուն յերթալն ու ցավերը դադարում են, իսկ հենց վոր վեր կենար վոտքի, իսկույն դարձյալ նորոգվում են. Հիմա իսկապես գոյություն ունի միայն մի փոքրիկ ճոճ, իսկ դրա փոխարեն ունենում և շատ անգամ նեղքնափորի ձախ կողմում նույնպիսի սանդանման ցավերի նոպաներ և իրան շատ վատ և դգում. Այս դրությունն ևս յերկու շաբաթից ավելի չի տեվում։

Ջննության տվյալները. Արտամղության վրա և հետոյի մեջ կապտավուն արյունոտ արտաթորանք. Արգանդը առաջածաված, մի փոքր մեծ և ավելի կակուղ. աջ կցանները բոլորովին նորմալ. Ձախ կողմից կցանների շրջափուռը ցավական և զգուշությամբ ու կամաց կամաց դեպի խորն առաջանալով՝ հաջողվում է դանել վոր արգանդին կից մասում դեռ բոլորովին նորմալ փողի տցակը դեպի կոնքի պատը յերթալով դառնում և ապի ձվի մեծության, օոօափելիս՝ խմորի նման կերպավորվող ու անկանոն ձվաձև մի ուռուցք, վորը թվում է, թե սկսվածած է կոնքի պատին, որտեղից ու ողղի առջևում Դուգլասյան խոռոչն ու շարակցական հյուսվածքն ազատ են (նկ 31)։

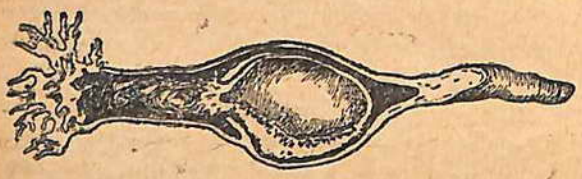
Ախտորոշումը. Ձախակողմյան փողային հղություն (փողային վիժում՝ պարափողային արյունոտուցքով) [Graviditas tubaria sin. (Abortus tubarius c. haematocele peritubaria)]։

Ախտորոշման համար վճռական է այս դեպքում խիստ բնորոշ ամանեզը. Անդաշտանութքյունը նշան է, վոր հղություն կա։ Սկըսված արյունոտությունները ցույց են տալիս ձվի զարգացման խանգարում։ Արգանդի մեծությունը, վորը չի համապատասխանում անդաշտանության տևողությանը, կցանների միակողմանի ուռուցքի գոյությանը փաստի հետ միասին ու դրա հետ ուռուցքի խիստ յուրահատուկ բաղակցությունը նշում են, վոր ձուն արգանդից դուրս մի վայրում է հաստատված։ Ձվի մի անսովորական վայրում բնակելու պատճառը պետք է փնտռել բեղմնավորված ձվի տեղափոխության վորևե կերպ արգելակման մեջ, քանի վոր բեղմնավորված ձուն շարունակ այնտեղ է իր բնակությունը հաստատում, վորտեղ ինքը այսպես կոչված՝ բուեաղրումի համար հասուն վիճակումն է գտնվում։ Ամենակարևոր արգելքներն են՝ փողի եպիթելի թերակատար թարթումը, իրըև հետևանք լծնն թերաճական կազմի կամ բորբոքական փոփոխության. և ապա, բորբոքական հողի վրա ծագած փոքրածնների իրար հետ զոդումը և դրա հետևանքով կազմված կամ բնականից իրըև խոտորուղիներ գոյություն ունեցած փողի անցքի ներմկանային ճյուղավորումները։ Նման փոփոխությունները կարող են մեկ կողմի վրա լինել, սակայն հաճախ դրանք յերկու կողմումն էլ կան, վորով բացատրվում է այն փաստը, վոր վորոշ կանայք կրկնակի անդամներ փողային հղություն են ունենում։

Փողային հղությունն արտարգանդային հղության ձևերի մեջ ամենահաճախակին է։ Ձվի բնակակալման վայրին նայած, դասավորելով ըստ իրենց հաճախակիության, տարբերում ենք՝ փողի լայնածոչային հղություն (Graviditas tubaria ampullaris), փողի ենդուցային հղություն

(Graviditas tubaria isthmica), փող ու ձվարանի հղություն (Graviditas tubo-ovarica) և փողի ընդարձային հղություն (Graviditas tubaria interstitialis)։ Հազվագյուտ ձևեր են՝ ձվարանային հղությունը (Gr. ovarica), ձվարանային ծոպերի հղությունը (Gravid. fimbriae ovarica) և միայն շատ հազվագյուտ դեպքերում ապացուցված ընդերապատնոցային կամ փորային հղությունը (Gravid. peritonealis s. abdominalis)։

Արտարգանդային հղության ժամանակ խանգարումները շատ սովորական են, վորովհետև պտուղը պահող միջավայրն աննպաստ է ձվի բավարար զարգացման համար։ Հենց վոր ձուն մի վորոշ մեծության հասնի, չափից ավելին ձգված փողի պատը սկսում է մկանունքի ցավական կծկումները ունենալ—փողերի յերկունք, վորոնք աշխատում են ձուն դուրս վանել։ Դրանով հենց ձվի իրա մեջ առաջացած ճնշման հավելումը, հետն էլ թերևս մի փոքրիկ պատահական տրավմա—իրար այդպիսին կարող է բավական լինի, որ ինչ-որ անկողնում ուղղվելը, կղուզմի ժամանակ փորի պատերի լարումը — պատճառում են պատճուկային դեցիդուայի (Decidua capsularis) ճեղքում, այսպես անվանված պտուղի պատճուկի ներքին պատառում (նկ. 32)։ Դրանից հետո կատարվում է միևնույնը, ինչ վոր լինում է ներարգանդային հղության ժամանակ պտուղի ջնասվածքից հետո, այսինքն՝ բանը հասնում է վիժումի։ Անմիջապես սկսվող լերկունքի ցավերն աշխատում են ձուն դուրս մղեն, վորն այդ միջոցին բնականաբար առավել կամ նվազ չափով սաստիկ արյունում է ու քայքայվում։ Յեթե ձուն փողի նեղուցումն է նստած, այդ դեպքում ձուն դուրս մղելու համար փողի ծնական ապարատի ուժը չի հերիքում, արյունոտած ձուն ետում է տեղում ընկած և ի վերջո կերպափոխվում է անճանաչելի և արյունոտ մսակերպ մի զանգվածի ու կոչվում է՝ **փողամոլա** (Tubenmole)։



Նկ. 32

Այդպիսի մի փողամոլայի մասին պետք է մտածել նաև այն ժամանակ, յերբ համապատասխան անամնեզով՝ փողի ուռուցքը կոնքի պատի կողմից լավ սահմանավորվում է և սովորաբար նույնպես լավ շարժական է։

Իսկ յեթե ձուն սկզբից ևեթ փողի լայնածքային մասումն է նստած, այն ժամանակ նույնպես նրա դուրս մղումը հաջողվում է մասամբ կամ ամբողջովին— **փողի հղության մասնակի և կամ ամբողջական վիժում** (Abortus tubar. incompl. et completus)։

Բարեհաջող դեպքերում ձվի դուրս մղվելու հետ կապված արյունումը չնչին քանակով և լինում և պարբերական հրամեներով, այնպես վոր արյունը փողի ձագարի մեջ լերդանում է և այստեղ, ինչպես նաև փողի լայնածքային բաժնում խտանում դառնում է սպունգային զանգվածի նման, վորը սովորաբար զոդվում է շրջապատի հետ—պարափողային արյունհոսուք (Haematocele peritubaria)։ Այսպես է յեղել նաև մեր դեպքում։

Ցեթի արյունումը սաստիկ է, ապա արյան լերդացումը կատարվում է մասամբ փորի խոռոչի մեջ միայն, վորտեղ արյունը կուտակվում է ամենախոր տեղը, այսինքն [սովորաբար արգանդի յետևը՝ Դուգլասյան խոռոչում և այնտեղ կազմում է մի ուռուցք, վորն արգանդը դեպի առաջ և քշում և յուրին հեշտոցականարը հաճախ դեպի առաջ և ուռեցնում—ուղիղ աղիք ու արգանդի արյունհոսուք (Haematocele rectouterina)։ Այնտեղ, ուր այդ արյունհոսուքների կազմությունը դանդաղորեն, մի քանի շաբաթների ընթացքում և կատարվում, ինչպես որինակ այդ պատահում է հաճախ փողային վիժումների ժամանակ, այնտեղ այդ արյունհոսուքը շոշափելիս թողնում է մասամբ խմորանման, մասամբ մոլաբշտային ուռուցքի տպավորություն, վորը հաճախ վերի կողմից վորոշակիորեն սահմանազատված է, այնպես վոր յերեք անաճեղին խիստ ուշադրություն չդարձնենք — յերբեմն կարող է հարկավ անաճեղն ևս մոլորեցնել—հնարավոր է, նայած հանգամանքներին, ձվարանի ուռուցքի հետ շփոթել։

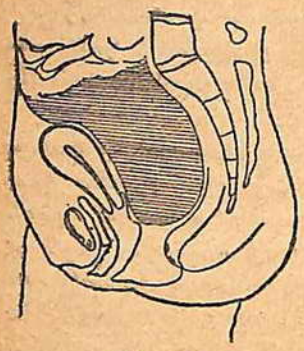
46. Դեպք

Ամուսինը ուշ յերեկոյան ձեղ կանչում է իր 29 տարեկան կնոջ մոտ, վորի ամսականները լինը շաբաթից ի վեր է յեկ եյին ընացել. յերկու ժամ առաջ արտավայից ցած թռչելիս, կինը հանկարծ այնպիսի ցավեր է զգում ներքնափորի աջ կողմում, վոր դժվարավ է կարողանում իր մոտակա բնակարանը հասնի։ Ցերը կնոջն անկողին են պառկեցրել, նկատել են, վոր ամսականները նորոգվել են։ Դրանից հետո այս յերկու ժամվա մեջ ցավերը սաստկացել են, կինը շատ վատ է ու թույլ։ Այս ամենը, ինչ վոր դուք կարող եյիք իմանալ ցարդ անդավակ կնոջ ամուսնուց՝ հիվանդի մոտ գնալու ճանապարհին։

Դուք գտնում եք բոլորովին գունատ, փոքր ու թույլ պուլսով (125) մի կին, վորը բավական անկրական վիճակում ընկած է ու մեյան յերբեմն զկրտում է և թվում է թե ուզում է փսխել։ Ներքնափորն ուռած է, դիպչելիս՝ սաստիկ ճնշացավ է զգում, մանավորապես աջ կողմում, վորտեղ Գուպարտյան կապանից վերև մինչև միջին դիծը և դեպի վերը զոդ զատոկընների աջակի վերին փշելուններները մեացնող գծի բարձրությունը վորոշակի բթությունն է լսվում, վորը լսելի յե նաև յերկու կողմերում։

Ջննությանն այս ավյալներից հետո վոչ մի տարակույս չի մնում, վոր այստեղ գործ ունենք [մի ներքին ծանր արյունհոսուքի հետ։ Ներքնափորի աջ կողմում հայտնաբերված՝ բթությունը ցույց է տալիս, վոր արյունհոսուքի աղբյուրը սերրական ապարատն է։

Ներքին զննությունը, որը պիտի կատարվի ամենամեծ զգուշությունով ու մեղմությամբ,— իսկ մինչ այդ լավագույն է, որ դուք արդեն հրահանգած լինեք այս կնոջ հիվանդանոց տեղափոխելու համար պատրաստություն տեսնելու,—հայտնաբերում է հետևյալը. մի քիչ մուդ արյան հոսում. հետոցաբաժինը բարձրացած, անդիջապես համաճարքի նման. արգանդը բարձրացած, առաջադիր դիրքով, կնոջ անծնության համեմատ՝ շատ մեծ· արգանդի հատակն անմիջապես փորի ծածկուլթի տակ հայտնաբերվեց 3 մատնաչափ վեր անոռոշ կերպով կարելի է սահմանափորել· Դրա յետևում դուք շոշափում եք մի անորոշ դիմադրություն, որը արգանդից մի քիչ վերև, նախապես մեր դատած բթուլթյան հատապատասխան տեղում անհայտանում է· Հետազոտի յետին կատարը մի քիչ տափակ դեպի դուրս է ուռած· Ուղիղ աղիք-հետազոտային զննուլթյամբ յերևում է, որ ամբողջ Դուդլասյան տարածությունն ուռած է (նկ. 33)· Կցոնները բոլորովին չեն շոշափվում· Այնուամենայնիվ դուք կարող եք այսպես ամենայն վստահությամբ ասել հետևյալ—



Նկ. 33

Ախտորոշումը. Արտարգանդային հղություն (Graviditas extrauterina), **փողի պատառում՝ յետարգանդային մեծ արյունահոսությամբ հանդերձ, վորովհետև անաիմնեղը բացարձակապես ցույց է տալիս, վոր հղություն է յեղածը. այլապես կարելի է բնականաբար արյունահոսի ուրիշ աղբյուրի մասին ևս մտածել·**

Այսպես խնդիրը վերաբերում է փողային հղության բարեբախտաբար հազվադեպ, բայց և այնպես ավելի վտանգավոր յելքին, վորը հատկապես փողային հղության նեղուցային և անջրպետային ձևերի ժամանակ տեղի յե ունենում, այն է՝ փողի պատի պատառում (պատուղի պատճուկի արտաքին պատառում)· Փողի այդ մասերում խիստ պատուղի ընդունարանի ընդարձակման պայմաններն ավելի աննպաստ են· Տրոֆոբլաստն աճում և մկանունքի մեջ և դրանից հետո, սովորաբար միայն հիմային դեցիդուալի կողմի վրա փողի պատը շարունակ ավելի ու ավելի յե բարականում, մինչև վոր վերջապես պատռվում է, (մեր դեպքում այդ բանը պատահել է ելեկտրականն տրամվայից ցած թռչելու պատճառած ցնցման առնչությամբ) (նկ. 34)· Դա սովորաբար պատահում է հղության յերրորդ ամսում, յերբեմն նույնիսկ ավելի վաղ· Ցավ վորովհետև այս դեպքում զարկերակային անոթները, վորոնք հղության հետևանքով



Նկ. 34

առանձնապես ուժեղ ու առատորեն են զարգացած, վիրավորվում են, արյունում այժմ շատ ավելի սաստիկ է լինում և պատճառում է. ինչպես ահա մեր դեպքում, մի քանի ժամվա մեջ այնպիսի ծանր ստկայարունութուն, որ չեթե ժամանակին ոգնություն ցույց չտրվի կարող է հաջորդ մի քանի ժամերի ընթացքում դեպի փորի խոռոչի մեջ յիղած արյունահոսությունից մահը վրա հասնի։

Ալստեղ ևս արյունը հավաքվում է բնականաբար խոր տեղերը, ուրեմն՝ Դուգլասյան խոռոչում։ Փորային հղութ(ան վիժումի ժամանակ հետզհետե առաջացած ու աճած արյունռուսցքին հակառակ, վորտեղ դանդ-ղորեն հոսած արյունն իսկույն մեծ մասամբ լերդանում է, այստեղ սակայն նշանակելի չափով լերդացում չի կատարվում, արյունռուսցքն զգացվում է ավելի կակուղ ու անկերպարան, բոլորովին թուլլ մոլաբշտային շ(շափութ(յամբ*)։ Արյունռուսցի ծածկը կազմվում է աղիքների ողակներից, վորոնք սովորաբար շուտով զոդվում են իրար։

Մեր հիվանդի վերաբերմամբ և նման դեպքերում ախտորոշումը հեշտ է։ Բայց դա կարող է շատ դժվար լինի, չեթե պատառումը վաղաժամ է կատարվում. որինակ՝ այն ժամանակ, յերբ դեռևս մի քանի որ է մնացել, վոր ճամասականն ուշացել է — այս նշանը կարեվոր է այլապես բոլորովին կանոնավոր ժամանակին դաշտան ունեցող կանանց վերաբերմամբ,— և արյունռուսը սկզբում դեռ այնքան էլ սաստիկ չէ, վոր իսկույն մի մեծ ու հեշտությամբ նկատվող արյունռուսցք առաջանա։ Շոշափական հետազոտությունն ևս այդ դեպքում մեզ ամենևին չի ոգնում, վորովհետև փողի այսպիսի փոքրիկ ու կակուղ ուռածություններ, վորպիսիք մի քանի շաբաթվա հղություններ է առաջացնում, կարող են շոշափության համար աննկատ անցնել նույնիսկ ընդհանուր նարկոզի յենթարկված հիվանդի դննության ընթացքում։

Այն ժամանակ ուրիշ վոչինչ չի մնում անելու, կարելի յե միայն զոհանալ կասկած առնելով, թե արտարգանդային հղություն գոյություն ունի։ Ցնա համարում եմ իբր միակ ուղիղ միջոց այն, վոր ամեն այդպիսի հիվանդի հիվանդանոց տեղափոխենք, ուր նա կատարյալ անկողմանումով՝ բժշկական հսկողության տակ կլինի և յեթե յերբևէ արյունռուսը նորոգվի կամ յեթե ուրիշ կերպով հաստատվի ախտորոշումը, ապա իսկույն հնարավոր լինի վիրատական գործողության յենթարկելու նրան։

Իոլորովին ծանր դեպքերում, յերբ առանց կասկածի տեղիք թողնելու հնարավոր չի լինել արյունռուսցքը շոշափել, յեթե հեշ-

*) Հին արյունռուսցքները զգացվում են ավելի խտրակերպ կամ պնդանման, յերբեմն էլ բոլորովին պրկի մոլաբշտային կնրպավորությամբ։

հոգեկամարից կատարված փորձնական ընդծակումը շատ անգամ շատ լավ ծառայություն է մատուցում։ Սակայն ինձ թվում է, որ այդ փորձին ձեռնարկելու իրավունք կունենանք միայն այն ժամանակ, երբ ըստ հարկին կարելի պիտի լինի դրան կից իսկույն վիրաբուժական գործողություն կատարելու*)։ Ցերբեմն դեցիդուայի յեռածայր մի պարկի դուրս ընկնելն ողնում է մեզ դեռևս տարակուսելի ախտորոշումն ապահովելուն։ Վորովհետև արգանդն արտարգանդային հղության դեպքում ևս կազմում է դեցիդուա, փողերի յերկունքի ժամանակ արգանդն ևս կծկումներ է ունենում ու միևնույն ժամանակ դեցիդուան դուրս է տղում։ Արդարև դեցիդուայի դուրս մղվելը մըշտապես չի տեղի ունենում (50%) ու կարող է նույնպես աննկատ անցնել։

Արտարգանդային հղության դեպքերում տարբերական ախտորոշման դժվարությունները հաճախ շատ մեծ են, մանավորապես այնտեղ, ուր դեռ խանգարումներ չեն առաջացել։ Այս մասին այստեղ ավելի մանրամասնորեն խոսել չենք կարող մեր սահմանափակ տեղի պատճառով։ Սակայն բժիշկը պետք է իրեն սկզբունք դարձնի ամեն մի դեպք, վորտեղ առհասարակ հիմնավորված կասկած է ծագում, թե արտարգանդային հղություն կարող է լինի, այդ դեպքում գերագույն նրան բուժել իբրեվ այդպիսին, այսինքն այնպիսի պայմանների մեջ դնել, վորոնք այդ կնոջ կյանքը վտանգից ապահովեն։

Նախնմացությունը միշտ տարակուսելի յե։

Բուժումն ամեն դեպքում պետք է խիստ զգուշական լինի, այսինքն առանց ուշադրության դարձնելու, թե պտուղը դուրս դեռ կենդանի յե, պետք է նրան պտղապարկի հետ միասին հեռացնել։ Այդ պատճառով գործարար բժշկի միակ հոգածությունը պիտի լինի հիվանդին տեղավորելու հիվանդանոցում, հարկավ լինել ինքը անհրաժեշտ վարժություններ և գործողություններ կատարելու հարմարանքը չունի։ Վիրաբուժական գործողություն կատարելու անվարժ բժշկին յես խորհուրդ պիտի տայի յես կենալու ամեն տեսակ սիջամտությունից՝ կյանքին վտանգ սպառնացող ամենածանր նեղքին արյունահոսության դեպքերումն անգամ, վորովհետև նա այսպես թե այնպես ծանր արյունահոսություն ունեցող կնոջ կյանքը չպիտի կարողանա փրկել, մինչդեռ փորձառու մասնագետը, յեթե հիվանդին դեռ կենդանի հասցնեն նրա գործողության սեղանին, մի քանի րոպեյի մեջ ի վիճակի պիտի լինի արյունաքամ դառնալու անմիջական վտանգը հեռացնելու։

---

*) Յեթե առանձնապես շտապելու կարիք չկա, ապա կլինիկայում կարող է Աբդերհալդենյան արմամուծական մեթոդը շատ գնահատելի ծառայություն մատուցանել ախտորոշման ճշտությունն ապահովելու համար։

մասին կարող ենք լուռթյամբ անցնենք։ Նախ վոր շատ հազվագյուտ են և ապա նրանց կարելի չե հայտնաբերել միայն այն ժամանակ, յերբ մի վորոշ մեծության են հասած լինում և նույնիսկ այդ ժամանակ ճշտորոշել չի լինում։ Փողի քաղցկեղն ևս սովորաբար շատ դանդաղ և աճում մեծանում և բացի դրանից չափազանց հազվադեպ է, վոր առաջնային ծագում ունենա։

V. ՁՎԱՐԱՆՆԵՐԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Յեթե անտես առնենք այն ամենը, ինչ վոր դուռ գիտական հետաքրքրություն և ներկայացնում, ապա ձվարանների դիրքի փոփոխությունների և ձվարանաբորբի մասին մի քանի դիտողություններ հետ միաժամանակ այստեղ մանրամասն խոսելու կարիք կա գլխավորաբար միայն նորագոյացությունների մասին։

ՁՎԱՐԱՆՆԵՐԻ ԴԻՐՔԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Նկատվում են թե յերկու և թե մեկ կողմից խիստ հաճախ։ Սակայն շատ անգամ նրանց վերագրված նշանակությունը իրականության մեջ դեռևս չնչին է և միայն այն դեպքերում կարևորություն ունեն նրանք, յերբ բորբոքական փոփոխությունների հետևանքով սեռված են մի վորոշ տեղ։

Գործնականում կարևոր է, 1. Դուգլասյան խոռոչն իջած ձվարանի սեռումը, վորովհետև մերձավորության ժամանակ և աղիքների կղանքի չոր գոյացքներ անցնելիս, սաստիկ ու այրող կամ ծակող ցավեր են առաջանում, հավանորեն գլխավորաբար դրան զուգընթաց յեղած կոնք-ընդերապատակային բորբոքական ածակցումների հետևանքով. 2. խնդրո առարկա կարող է լինի ձվարանների բնակափոխությունը դեպի յետ ու վերև, հաճախ կոնքի մուտքից էլ վերը, վոր լինում է շատ հաճախադեպ սիգմայաձև կոլոբության ածակցական քրոնիկ պարախթաղերորբի (Pericolitis chronica adhaesiva flexurae sigmoideae) կամ ավելի հազվադեպ՝ կույր աղիքի նույնատեսակ բորբոքման ժամանակ։ Այստեղ ևս կարող է ձվարանների շոշափումը շատ ցավալի լինել, սակայն ընդհանուր դանգատները նույնն են, ինչ վոր պարախթաղերորբի կամ հաճախ դրա հետ միասին յեղած արդանդի սեռված յետածռության ժամանակ, այսինքն՝ վերջին հաշվով դարձյալ քրոնիկական կոնք-ընդերապատակաբորբի պատճառած դանգատներ։

Ձվարանների տեղափոխ լինելը (Dislocatio), վորը վոչ մի նեղություն չի պատճառում, յերբեք պետք չունի բուժման ու նույնիսկ

կարիք չկա հիվանդի մոտ դրա մասին խոսելու։ Այնտեղ, ուր սևեռված լինելու պատճառով վորևե դանգատ լինի, հարց կարող է ծագի վերաբերող դարմանումներ կատարելու և դրանց ապարդյունության դեպքում՝ ձվարանին իր աճակցումներից վիրատուբյամբ ազատելու և իր նորմալ վայրը վերադարձնելու մասին։

ՁՎԱՐԱՆՆԵՐԻ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄՆԵՐԸ (Oophoritis)

Իսկական ձվարանաբորբն ընդհանրապես հազվադեպ հիվանդություն է, վորովհետև ձվարանը, շնորհիվ իր հարթ մակերեսին, վարակումի հարուցիչներին հյուրընկալելու քիչ է տեղիք տալիս։ Միայն ձվարանի շրջակայքում յեղած ծանր բորբոքումների ժամանակ, որինակ՝ պարկիկի պայթելու դեպքում, կարող է ձվարանի բորբոքում տեղի ունենալ, ուրեմն սկզբում պարկիկի կամ դեղնամարմնի վարակում առաջ գալ։ Սա պատահում է ամենից ավելի սուսանակի ժամանակ կամ առկախոնային թարախաուռից քիչ անգամ յեռծննդյան փողաբորբի կամ կոնք-ընդերապատակաբորբի, ավելի հա քիչ անգամ՝ պալարախտի ժամանակ։

Ավելի կարևոր է թերևս արյան ճանապարհով վարակումն, ինչպես վոր դա շատ հաճախ յեռծննդյան ծանր ընդհանուր վարակումի ընթացքում կամ նույնպես ուրիշ վարակական հիվանդությունների ժամանակ կարող է առաջ գա. վարակական հիվանդություններից հետո խնդրո առարկա կարող են լինել հատկապես՝ տիֆը, ինֆլուենցան, քութեշը և ծաղիկը։

Մինչդեռ հարևան բորբոքական պրոցեսի անցման ժամանակ ամենից հաճախ ձվարանի կպիթելային մասն է ընկնում, փոխակալական բորբոքումների այս ծանր ձևերի ժամանակ հովորաբար նախ և առաջ բարձոնն է հիվանդանում — անջրպետային ծվատառաբորբ (Oophoritis interstitialis), վորի ժամանակ նախ թե ինչ բնույթի արտաթորանքն է գերակշռող կերպով յերևան գալիս, տարբերում ենք անջրպետային ձվարանաբորբի շեղային, թարախային, մեռուկային յեվ աղյուսանմսագան ձևերը։

Հիվանդության ընթացքը. 1. վոչ շատ թունաժետ բորբոքումի փոքրիկ ոջախները թե պարկիկային ապարատում և թե բարձոնում լրանում են, թողնելով միայն փոքրիկ սպինկը, կամ թե՝ 2. թարախառած և գոյանում, և կամ վերջապես, 3. փոխվում դառնում է քրոնիկ ձվարանաբորբի։

Ա ռ 1. Սուր ձվարանաբորբի թեթև ձևերի ժամանակ տիպիկ կլինիկական ախտանիշներ բացակայում են, վորովհետև թե այն դեպքում, երբ պրոցեսը հարևանությունից անցում է կատարում և թե ընդհանուր վարակական հիվանդությունների դեպքում ձվարանաբորբի պատկերը գլխավոր հիվանդության ախտանիշներով ծածկվում է։

Նույնիսկ գործունեության հնարավոր խանգարումներից այդ ուղղությամբ վերջ չեզրակացություն անել չի կարելի։

Ա ռ 2. Թարախակալումը հազվադեպ դեպքերում և արյունածին փոխակալական թարախուտի ձևով կատարվում, ավելի հաճախ դա տեղի չի ունենում միկրոորգանիզմների ուղղակի ներգաղթումով դեպի ձվարանի վիրավորված մակերեսը, պարկիկի պատռման տեղում։ Առաջ և դալիս դեղձամարմնի թարախուտ, վորտեղից հետևական կերպով կարող են վարակվել հարևան պարկիկները և այլն։ Այն ժամանակ կարող է վերջապես ձվարանի մեծ մասը միմիակ մեծ թարախուտի փոխարկվի, դառնա՝ ձվարանի թարախահավաք կամ թարախածվառան (Pyovarium)։ Անմիջական կերպով հիվանդության ախտորոշումն անելը ընդհանրապես անհնարին է, վորովհետև չնայած ձվարանի մեծանալուն, միևնույն ժամանակ գոյություն ունեցող փողի թարախահավաքից տարբերել չի հաջողվում։ Ձվարանի թարախուտի ներկայությունը կարելի չե դուշակել համառ ու մեջընդհատ տիպով ջերմից և ամենադժուշ շոշափման ժամանակն անգամ կնոջ զգացած մեծ ցավակատարությունից։ Ախտորոշումն ավելի հեշտ է այնտեղ, վորտեղ ձվարանի առանձնացած հիվանդություն կա և փողը հիվանդությունից ազատ է մնացել։ Ջերմությունը, ինչպես նաև շոշափման մեծ ցավակատարությունը հնարավոր են դարձնում տարբերելու դեղնամարմնի անհնշան մոլաշրտերից կամ ձվարանի ուրիշ վոչբրիկ ուռուցքներից։

Ձվարանի պատռվածքն ևս գլխավորապես դեղնամարմնի թարախուտի ձևով է հանդես գալիս, քիչ անգամ անջրպետային պալարների ձևով։

Փողի թարախահավաքի ժամանակ դուրդ ձվարանների մեծ ծավալ ստացած թարախումը կարելի չե չեզրակացնել չերբևմն դաշտանի դադարումից։

Ա ռ 3. Բրոնիկ ձվարանաբորբն իբրև սուր ձվարանաբորբի վերջնական չելք, կլինիկական, ինչպես նաև անատոմիական տեսակետից՝ հիվանդության շատ կասկածելի պատկեր է։ Պարզ հասկանալի չեն բնականաբար այն դեպքերը, վորոնց ժամանակ մեծ և փոքր թարախուտներով բռնված ու մեծացած ձվարանները չերևան են գալիս իբրև ծակող ու խուլ, համախ բոլորովին վորոշ կերպով կոնքի մեջ պարփակված և կամ արբոսկրի կամ ազդրի մեջ ճառագայթող ցավերի աղբյուր։ Շատ սովորական է, վոր այդ դեպքում գործ ունենք նաև պարաձվարանաբորբային փոփոխությունների հետ, վորոնք ձվարանն առավել կամ նվազ չափով, թերևս աննորմալ մի տեղում սևեռում են։ Այսպիսի դեպքերում հասկանալի չե վոչ միայն ցավի բուն ինքյան, ինչպես նաև մերձավորության, չոր կղումի, զոր անելու, սպորտի և այլնի ժամանակ այդ ցավերի ուժեզացումը, այլ և բացատրելի չի,

վոր յերևան են գալիս դաշտանի, թերևս նաև ձվաբերքի անկանոնություն ու ցավակցություն (միջնացավեր)։ Բոլորովին միանման դանդաղոներ են հայտնվում նաև այնպիսի կանանցից, վորոնց մոտ այդպիսի շոշափելի փոփոխություններ բացակայում են և անամնեզի մեջ ևս՝ սուբ վարակական ձվարանաբորբով տառապած լինելու վոչ մի հենակետ չի գտնվում։ Այնուամենայնիվ ընդունված եր ու մինչև այսոր էլ թերևս մնում է այդպես ընդունված, վոր այդ կանանց հիվանդությունն ախտորոշվեն իմիոպախտական fրոնիկ ձվարանաբորբ (Oophoritis chronica idiopathica) անունով, յերբ շոշափումից հայտնվում է մեկ կամ զույգ ձվարանի առանձին զգայնություն։

Այս յենթադրության համար անատոմիական հաստատուն հիմունքներ չկան։ Արդարև այդ տեսակ ձվարանների մեջ անատոմիական հետազոտությամբ կարելի յե ամեն հնարավոր փոփոխությունները գտնել, ինչպես՝ վոբր-մոլաքշտային այլասերում, պարիխինների նվազություն, սպլատակենու հաստացում, կոշտ կամ այտուցած բարձոն, թերի յետաճած դեղնամարմինները, բարձոնի մեջ հյալին մասեր և անոթների կոշտադարություն։ Սակայն մյուս կողմից այդպիսի փոփոխություններ այնքան հաճախ են գտնվում այնպիսի կանանց ձվարաններում, վորոնք յերբեք նման դանդատներ չեն ունեցել, այնպես վոր բոլորովին հարցական է, թե դանդատների և անատոմիական հետազոտության տվյալների միջև մի պատճառական կապակցություն կա արդյոք։ Փոփոխությունների մեծագույն մասը պետք է համարվեն տարիքի առավել կամ նվազ նորմալ յերևույթներ և ձվարանների մինչայժմյան գործունեության հետևանքով առաջացած սպիներ։

Մեծ մասամբ խնդիրը վերաբերվում է չբավարարված կանանց, փորի իջվածք կամ ընդհանուր հիստերա-նևրվագաբուծություն ունեցողներին, հարևան աղիքների ողակների միջև յեղած աճակցական քրոնիկ պարաղեբորբի դեպքերին, այնպես վոր ավելի ճիշտ կլինի, յերբ գանգատների գլխավոր աղբյուրը նեռվային համակարգության մի ընդհանուր նվազած դիմադրականության մեջ փնտռենք։ Չհաշված իծնե նվազարժեք կազմը, ըստ մեր փորձառության, նվազած դիմադրականությունն առաջ է գալիս համառ քրոնիկ փորկապության հողի վրա և դրա պատճառած թունաբորությունների հետևանքով։

Յերբ հաջողվի այս հիմնական հիվանդությունը լավացնել, այն ժամանակ ձվարանի մեջ զգացված ցավերն ինքնին չքանում են, մինչդեռ ընդհակառակն, յենթադրյալ հիվանդ ձվարանի հեռացումն իսկ, չնայած դրանով կատարված նեռշնչման մեծ ազդեցության, ընդհանրապես միայն անցողիկ կերպով և լավացնում, յերբ հիմնական հիվանդությունը հարատևում է։

Այլև մենք այն տեսակետին ենք, վոր ազատ շարժական ձվարաններ գտնված ժամանակ լավագույն և քրոնիկ ձվարանաբորբը անունով ախտորոշում ամենևին չանենք։ Մասնավոր պրակտիկայի մեջ սա դարձել է իսկական անհարության ախտորոշում՝ գնության բո-

լոր անբացատրելի ավյալների կամ ալոգանդից ծագած արտակարգ դեպքերի ժամանակ։ Այդպիսի վարմունքից զգուշացնում ենք առավել ևս այն պատճառով, որ սարսափելի դժվար է մի կնոջ գըլխից դուրս վանել այն միտքը, թե իրա ձվարանները հիվանդ են, չեթե մի անգամ նրան հակառակն ենք հավատացրել։

ՁՎԱՐԱՆՆԵՐԻ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐԸ

47. Դեպք

46 տարեկան մի կին, որը 6 անգամ ծննդաբերություն է ունեցել, գալիս է իր փորի ուռածության մասին գանգատվի։ Ինքը մշտապես մի լարվածության և լեցվածության զգացմունք ունի, մանավորապես ճաշելուց հետո։ Բացի դրանից ունի նաև փորկապություն։ Ամսականները վաղուց է վեր մի քիչ անկանոն են, ամեն 3½ կամ 4 շաբաթը մեկ անգամ։ Ուրիշ առանձին վոչինչ։ Վերջին դաշտանը սրանից 10 որ առաջ է ունեցել։

Սա մի անսովոր է այնքան անբնորոշ, որքան կարելի է յերևակայել։ Հազարավոր կանայք, որոնք փորկապություն ունեն՝ փորի ընդհանուր իջեցվածքով կամ առանց դրան և փորի ծածկույթի թուլացում, գանգատվում են փորի ուռածության մասին առանց սերականքի վորևե աննորմալություն ունենալու կամ սերականքին հարեան որգանների յետև վորևե հիվանդություն թագնված լինելու։

Այս կնոջ վերաբերմամբ օբյեկտիվորեն արդարև աչքի չի ընկնում ամբողջ ներքնափորի մասերի ուռածություն և լարվածություն և դուք վորոշակի շոշափում եք նաև մի մոլաքշտային դիմակայություն, վորը կոնքից բարձրանալով՝ պորտից մեկ մատնաչափ վեր կամարաձև սահմանավորվում է։ Ընդբանման ժամանակ այդ ամբողջ շրջանը ցույց է տալիս մեծ ալիք ծփում և պարապ հնչյուն։

Սերականցի գննությունը. Բազմածին կին, շատ հին ու խոր պատվածքով։ Հեշտոցի յետին պատի աննշան իջվածք։ Առաջադիր արգանդ, ուղղարերձ դիրքով, համապատասխանորեն մեծ։ Հեշտոցապարժիճն [անմիջապես] հատամնանքի յետևը։ Ամբողջ փորը կոնքը բռնված է առաձիգ լարված մի ուռուցիով, վորը հարթ մակերես ունի և անընդհատ շարունակության մեջ է գանվում արտաքին գննության ժամանակ արգելի իսկ շոշափված ուռուցքի հետ և վորը հեշտոցի յետևի կամարը մի քիչ առաջ է մղում։ Ուռուցքի սահմանը բևեռը միջփչելունային հարթության բարձրության վրա մի քիչ ցած է գանվում, քան հեշտոցապարժինը։ Արգանդի հատակը վոլոսակիտեն սահմանափակվում է ուռուցիից, նաև վդիկը։ Ավելի վերը տարածության սահմանափակության պատճառով ուռուցքն արգանդից բաժանել հնարավոր չեր։ Արգանդը տեղաշարժելու փորձի ժամանակ աջակողմյան արգանդկողնուբից անորոշ կերպով շոշափելի է մի կոթունով կապակցություն ուռուցքի հետ, մինչդեռ արգանդն աջ կողմը տեղաշարժելու ժամանակ ձախ կողմում նման տավորություն չի ստացվում։ Սակայն և այնպես ուռուցքի մոտ վոչ աջ և վոչ ձախ կողմում ձվարանները շոշափելի չեին։

Չնայած կոթունի միջոցով կապակցության անորոշությանը, ուռուցքի տեղի, նրա բաղակցության և մինչայժմյան անախտանշանության հիման վրա ներկա դեպքում վոչ մի տարակույս չի մնում, վորպեզի տանք ախտևյալ—

Նախորոշումը. *(Ձ ?)* **Ձվարանի մոլաբուլա** (Cystis ovarii (dextri ?)։

Տարբերական ախտորոշման խորհրդածություններ. փորի ջրահավաքի հանդեպ այս ուռուցքը զանազանվում է արդեն կնոջ դիրքի փոփոխության ժամանակ բախական հնչյունի տարբերության բացակայությամբ, բայի դրանից զանազանվում է նաև իր պիրկ լարվածությամբ և դեպի վերև չեզած վորոշակի սահմանավորումով։ Ներընդերապատ-կային կամ արտընդերապատակային արտահրտուցիից զանազանվում է իր վոչ-միակերպ բաղակցությամբ, ձևովը ու մեծությունովը։ Ներկա դեպքում այս ուռուցքը նույնպես հղության հետ չի կարելի շփոթել, վորովհետև անդայտանություն չի լսվել, այլև արգանդն ուռուցքից լավ կարելի յե սահմանավորել, վերևյայի մարմնի մասեր և սրտի զարկ չի նկատվում։ Անամնեզը և պտուղի մասերի չդոյությունը ուռուցքը տարբերում են հղության շրջանի յերկրորդ կեսի արտագենդային հղությունից՝ յերբ յերեխան դեռ կենդանի յե։ Նույնպես չի կարող խնդիր լինի այս ուռուցքը շփոթելու առավելագույն չափով լեցուն միզափամփուշտի հետ, ինչպես ունենալով արգանդի դիրքը, վոր գտնվում է ուռուցքից առաջ։ Արգանդի յետադարձության կամ յետածռության դեպքում արգանդի առջևում գտնված ուռուցքը լեցուն միզափամփուշտի հետ շփոթումից մեզ ազատվում է վողածողումը, վորը վոչ մի ժամանակ չպետք է բարձի թողի անել։

Ավելի մեծ բշտուկների ժամանակ հաճախ մարդ գտնում է արգանդն այս բշտային ուռուցքի յետևում յետադարձված վիճակում։ Այս դեպքում առանձնապես կարևոր է արգանդի և ուռուցքի միջև յեղած կոթունով միացումը հաստատել։ Այնտեղ, ուր դա առանց այլևայլի չի հաջողվում, կարելի յե այն հեշտացնել նրանով, վոր մարդ մի գնդաքցանով արգանդը դեպի ցած ձգի և մի ոգնականի միջոցով ուռուցքը կարելի յեղածին չափ դեպի վերև շարժել տա, դրանով կոթունը կձգվի և ավելի հեշտությամբ կշոշափվի։

Բոլորովին մեծ մ.լաբշտային ուռուցքների ժամանակ արդարև այս ձեռնարկումն ևս նպատակին չի հասցնում, այստեղ ախտորոշումն անելուն ոգնում է այն փաստը, վոր այդ ուռուցքները հազիվ թե ուրիշ բան կարող են լինեն, քան ձվարանի ուռուցք, մանավանդ վոր վիբատակական միջամտություն հարկավոր կլինի նաև այն դեպքում, յեթե նույնիսկ այդ ուռուցքները ուրիշ ծագում ունենան։ Հազվադյուտ դեպքերում դժվար ու նույնիսկ անկարելի յե լինում ձվարանային ուռուցքի շոշափական տարբերումը մի մեծած պետուկի ամնիոնի ջրահավաքից։ Այստեղ վճռական նշանակություն ունի անամնեզը և նեղ պարագայում՝ դռնդի միջոցով կատարված արգանդի զննությունը։

Ծեղի պակասությունը չի ներում մեզ տարբերական ախտորոշման մասին ուրիշ խորհրդածություններ անելու։ Ամենահաճախորը մնում է դարձյալ այն, որ գեներ արգանդի հետ կորունով կապակցություն ունենալու փաստը։ Սակայն ըստ հանգամանքների դա կարող է մոլորեցնել, եթե ուրիշ ծագումով մի ուռուցք ընդերապատակաբորբային ամակցումների հետևանքով երկրորդական կապակցության մեջ է մտել սերականքի հետ, ինչպես որինակ՝ մի շատ շարժուն ու խորն իջած ջրահավաքային լեզապարկ, դեպի ցածը ձգված փայծաղի մոլարուշտ, ինչպես որ այդպիսին մեզ մեկ անգամ հանդիպել է։

Տարբերում են.

Ա. Նկրթևից ծագում առած ուռուցքներ, որոնք մեծ մասամբ լավորակ մոլաբշայն ուռուցքներ են (ձվարանային բոլոր ուռուցքների 80% մոլաբշայնին գեղձիձևներ են), որոնք բաժանվում են ըստ իրենց պարունակության երբե՝

1. Կեղծ-մուցինային մոլաբշուռ (Kystoma pseudomucinosum)
2. Շճային մոլաբշուռ (Kystoma serosum. և
3. Քաղցկեղ (Carcinoma)։

Բ. Ձվարանի շարակցական հյուսվածքից ծագում առած ուռուցքներ, որոնք կազմում են լինեն լավորակ (Թելքուռ—Fibroma) և վատորակ (սարկոմա—Sarcoma)։

Սրանց պետք է ավելացնել, իբրև խումբ—

Գ. Ցեռամաճկուռներ (Tridermomae) կամ սաղմուռներ (Embryoma), մասամբ մոլաբշային, մասամբ ավելի հոծ զանգվածով ուռուցքներ, որոնք բնորոշ են նրանով, որ պարունակում են բջիջներ բոլոր չերեք սաղմնակրթելոյթից։

Համարյա թե ձվարանային բոլոր մեծ մոլաբշտերը բազմախոռ են, թեպետև սովորաբար մեկ կամ մի քանի խորշեր իրենց մեծությամբ գերազանցում են մյուսներից։ Բազմախորշ մոլաբշտերը հաճախ շատ ձգված չեն և չերբեմն արդեն իսկ շոշափումով հնարավոր է լինում մի քանի տեղ պատի անկանոն բշտությունները վորոշել։ Մեր հիվանդի մոտ մաստիկ ձգվածությունն ու կատարելապես հարթ մակերեսը չնեթադրել են տալիս, որ սկզբնապես բազմաթիվ բշտերի տարածությունները, նրանց միջնորմների պատռվելով, միաձուլվել ու դարձել են միասնական միախորշ գլխավոր մոլաբուշտ։ Հազվադեպ է, որ կեղծ-մուցինային մոլաբշտաուռները փոխարկվեն քաղցկեղային և միայն խիստ շատ մեծանալով հիվանդին հասցնում են ընդհանուր հյուծման վիճակի։

Բացառություն է կազմում մի հազվագյուտ ուռուցք, այսպես կոչված՝ ձվարանի կեղծ որձնուռը (Pseudomyxoma ovarii), մի բոլորովին նոսրը պատերով, զուտ կեղծ-մուցի, պարունակող դեղձաբշտուռ։ Եթեե այդ ուռուցքը պատռվի, նրա դոնդողանման պարունակութ՝ ենը ալիքների պերիստալտիկայի միջոցով մալակոնվում է ամեն կողմ, ընդերապատակի վրա սերդործում է ինչպես ոսոր մարմնի գրգիռ և իբրև հաղեցական չիրևույթ՝ ընդերապատակից անոթները և թաղանթները շրաշկցական հյուսվածքի և ընդյուղում այն դոնդողային զանգվածի մեջ, այսպես որ վիրաբուժական գործողության ժամանակ ամբողջ փորոքի խոռոչը լի ու լի սեղմած և լրնում կեղծ-մուցինային փոքրիկ բշտիկներով։ Ջնայած, որ դրանք ըստ ինքյան լավորակ են, այնուամենայնիվ

փորի խոռոչի մեջ նրանց չափազանց շատ տարածված լինելու հետևանքով հիվանդներն ուժասպառությունից կամաց կամաց կորստի են մատնվում։

Շնային բջջագեղձուցներն *ունեն լույծ-հեղուկ ու վճիտ պարունակություն, սովորաբար բարակ պատերով, զարգանում են հաճախ յեռկղոմանի և ներկապանային դիբեով, ընդհանրապես շատ չեն մեծանում և շոշափելիս՝ առհասարակ այնքան պինդ ու պիրկ չեն, թեպետև սրանցով տարբերելու վոչ մի ապահով նշան չի տրվում։ Զնայած դանդաղ աճումին, շճային մոլաբշտուրը լուրջ բան է այն տեսակետից, վոր նրա եպիթելը ամման ընթացքում ընդհանրապես սաստիկ ուռճայման և յենթակա և կազմում է պտկաձեվ յելուդներ, վորոնք իվերջո մոլաբշտերի ներսն ամբողջովին բռնում են ու նույնիսկ բշտի պատից դենը դեպի դուրս կարող են աճեն և քիչ չի պատահում, վոր բաղցկեղակերպ յելասեվեն։ Առանց իսկական քաղցկեղային զարգացման անդամ կարող են աճած պտուկներից փոքրիկ կտորներ պոկվեն, վորոնք հետո փորի խոռոչի ուրիշ մասերում կարող են աճեն, ուռճանան ու միաժամանակ արագորեն մեծացող ջրահավաքի կազմ ությունով հիվանդի ընդհանուր առողջական վիճակը ծանրապես ջլասեն, այնպես վոր այդ դեպքում հաղիվ թե այդ ուռուցքի լավորակության մասին դեռ կարելի լինի խոսել։*

48. Դեպք

26 տարեկան, ցարդ առողջ մի կին, վորը տարի ու կես առաջ ունեցել է առաջին ու նորմալ ապաւերքը։ Վերջին դաշտանը յեղել է 3 ամիս առաջ։ Մրսել այժմ կատարելապես լավ է զգացել իրեն։ Ձերեկ յերեկոյան դեռ բոլորովին առողջ վրաձում ասկողին մանելով, այս գիշեր հանկարծ հիվանդանում է յեվ սաստիկ ու խայթող ցավեր է զգում ներքնափորի ձախ կողմում, վորոնք ժամանակավորապես լավանում են, իբր ընդունում է 20 կաթիլ պանտոպոն, վորը նա ուրիշ առթիվ ձեռքի տակ ուներ։ Մոտ յերկու ժամ հետո ցյուս կողմի վրա ըուռ գալիս, ուղեկցում է զարձյալ ամենասոսկալի պրկող կամ ավելի ջուռ ձակող ցավերի մի նոր խումբ, հանկարծակի ուշագնացություն, ursi խառնում յեվ փսխում։ Ընդամեն ցավերը տարածվում են հետզհետե նաև աջ կողմի վրա, հիվանդի պուլսը սաստիկ արագանում ու փոքրանում է, այնպես վոր ամուսինը առավոտյան շատ վաղ ձեզ հրավիրում է իր հիվանդի մոտ։



Նկ. 35

Դուք գտնում եք մի ուժեղ ու յերիտասարդ կին, պուլսը 120, ջերմությունը 38,3°։ Փորր պորտից ներքև շատ սաստիկ ճնշազգաց է, ձախ կողմից արդարև ավելի քան աջ կողմից։ Լեզուն մի քիչ փառակալած։

Սեռականքի զննության ցվյալներր. Արգանդն առաջածռված, հղության չորրորդ ամսվա սկզբին համապատասխան մեծության, մի քիչ դեպի առաջ մղված ու

աջ կողմը շուռ տեկած։ Ձախ կողմում ու արդանդի յետևում մարդու բռունցքից մեծ, պինդ մոլաբշտային, շոշափելիս շատ զգայուն մի ուռուցք կա, որը՝ ցավականութեան պատճառով ընթացքը վորոշակիորեն չեզոված սի կարճ կոթունով կապված է թվում արգանդի ձախակողմյան յեղջյուրի հետ։ Աջ կողմից ձվարանը չի շոշափվում (նկ. 3ա)։

Այս դեպքը մի կլասիկ որինակ է այն բանին, թե բժշկի համար վորքան կարեվոր կարող է լինել անամնեզը յեվ կասկածելի դեպքերում՝ սեռականքի զննութիւնը։ Ցեթե դուք այստեղ զանց առնեյիք սերականքի զննութիւնը, դուք իսկույն ընդերապատակի բորբոքման մասին պիտի մտածելիք։ Դեռ ավելին. յեթե ձեզ ասեյին, վոր ցավերը փոխանակ աջ կողմի, ձախ կողմից են սկսվել, ապա հիվանդի արտաքին նշաններից և զննութիւնից՝ խելքի շատ մոտիկ կլիներ ախտորոշել իբրև վորդնակերպ յելունի բորբոքում և ընդձակում։ Բայց արդեն անամնեզը զգուշութիւն և թելադրում։ Հիվանդն ինքնիրեն բացառաձակ առողջ է զգացել մինչև այս հիվանդութեան հանկարծակի սկսվելը։ Մարսողութեան ամենաչնչին խանգարումն անգամ չի ունեցել։ Դրա հանդեպ դուք լսում եք, վոր դաշտանը յերեք ամսից իվեր բացակայում է։ Այս հանգամանքն անպայմանորեն թելադրում է ձեզ սերականքի զննութիւն կատարելու և ինչպես տեսնում եք, սերականքի զննութեան տվյալները շատ պարզ, յես կուզեյի ասեմ նույնպես՝ շատ բարերաստիկ կերպով լուսավորում են հիվանդութեան պատկերը։ Արգանդի հետ կապված ուռուցքն՝ ըստ իր դիրքի և բաղակցութեան, հավիվ թե այլ բան լինի, քան ձվարանայինն ուռուցք։ Դրանով այն ծանր ու բնդհանուր ախտահիվանդութիւնները, վորոնց նշանները մի վորոշ բարդութեան, հանվանն՝ կոթունագործնի են համապատասխանում։ Գիտենք նույնպես, վոր կոթունադարձը հեշտութեամբ է տեղի ունենում մասնավորապես յետծննդյան շրջանում, յերբ արգանդը լետ և քաշվում փոքր կոնքի մեջ կամ հակառակը՝ հղութեան ժամանակ այն ժամկետին, յերբ արգանդն արդեն սկսվում է փոքր կոնքից վեր յերկարել)։ Փորի ծածկութինների թուլութեան հետ միասին կոթունադարձին նպաստում են նույնպես փորի ճնշման հավելումը, որինակ կղումի, ծանր բեռ վերցնելու կամ դիրքի արագ տեղափոխութեան ժամանակ, ինչպես այդ պատահել է մեր դեպքում յերկրորդ նոպան ունենալիս։ ուռուցքի կազմութեան մեկկողմանիութիւնը նույնպես նպաստավոր է կոթունադարձ առաջանալուն։ Ձվարանի ուռուցքների մոտ 15%-ի ժամանակ կոթունադարձ է պատահում։ Ներկա դեպքում դիտված սուբ յերևույթները սակայն առաջանում են*

*) Շատ հաճախ է պատահում, վոր համակողմանին գեբարնութեան պատճառով արգանդից արյուն է սկսում գալ։

այն ժամանակ միայն, երբ կոթունի դառնալը 180 աստիճանից անցնում է։ Այն ժամանակ կոթունի երակները— բարունակաձև հյուսակը (Plexus pampiniformis) մեկ կողմից և սերմնային յարակները (Venae spermaticae) մյուս կողմից ճնշվում են, ուռուցքի մեջ առաջանում է արյան խիստ մեծ կանգառում, շճային արտաքրտունքի հետևանքով՝ նրա ծավալը մեծացում և վերջապես՝ պայթում՝ դեպի ուռուցքի ներսը՝ Ըստ երևույթին այդ ժամանակ է, որ սկսվում են ամենասաստիկ ցավերը կոթունի կրկին ու կրկին դառնումներով, (որը պատահում է հաճախ ժամանակավոր հրումներով, ըստ երևույթին մեր դեպքում ևս յերկու նվագով) երբ դարձումները մոտ 540 ու մինչև իսկ 720 աստիճանի հասնեն, զարկերակները կապ են ընկնում և ուռուցքը պրկվում է անդիմացնելի։ Նա այսպիսով մեռնում է և փորի խոռոչի մեջ մնում է իբրև ոտար մարմին, որն ինչպես ամեն ոտար մարմին, առաջացնում է աննեխային ու ֆիբրինային, այսպես կոչված ոտար մարմնի ընդերապատակաբորբ։ Այսպիսի դեպքերում աղիքն ու ճարպոնը, ինչպես նաև կոնքի ու արգանդի ընդերապատակի հարևան մասերը ուռուցքի հետ ֆիբրինային արտաքրտունքի միջոցով փակչած են լինում, հնացած դեպքերում հաճախ նույնիսկ միասին աճակցված։ Սակայն կոթունի նույնիսկ նվազ աստիճանի դարձումները կանուխից արդեն առիթ են տալիս հարևան ընդերապատակի սաստիկ կարմրության և առաջացնում են մի սուր դրգռական դրություն, որն անշուշտ մեծ նշանակություն ունի ցավերի տարածվելու տեսակետից։ Կոթունադարձն այնքան հեռուն կարող է գնա, որ ուռուցքն կարող է կատարելապես աջ ուսին, ուրիշ, ավելի հազվա յուր դեպքերում սաստիկ արյունահոսության կապակցությամբ ուռուցքը կարող է նույնիսկ պայթի։

Կոթունադարձի ճանաչելը վորհան էլ սուր ու սպառնալից կերպով ազդեն, այնուամենայնիվ նիվանդի վիճակը շատով դառնալ յուանում է։ Անկողնում հանգիստ պառկելով սովորաբար արդեն յերկրորդ որը ցավերը մի քիչ թեթևանում են, նույնպես և փորի փուքը, վորը հաղիվ է պատահում, վոր բոլորովին կորված լինի, քիչ առ քիչ դարձյալ արձակվում է, սկզբում յերևան յեկած փքումը (Meteorismus) չքանում է, ջերմաստիճանը հետզհետե իջնում, 4—5 որից կարող է առողջությունը կատարելապես վերականգնվի։ Վորպնակերպ յե ունի սուր բորբոքում յենթադրված նոպաներից վոմանք պետք է կոթունադարձի յերևույթներ համարվեն, ըստ վորում յերբեմն այս հիվանդներից իմանում ենք, վոր նրանք կրկնակի անպատներ առկախոնաբորբի ծանր կամ թեթև նոպաներ են ունեցել։

Ավելի ծանր բարդություններ հազվադեպ են ճեռ յերկու անգամ տեսել եմ աղիների ոլոր. վորովհետև աղիքը մեկ ողակը խճճվել էր կոթունի հետ ճերքսին

ադիքի հետ ամուր ամակցված մոլարշտերի մեջ կարճ կամ յերկար ժամանակամիջոցից հետո աղիքային վարակածուները ներդաղթելով, առաջանում է թարախուռմ (քույրը դեպքերի 2%)։

Թարախուռմ և նկատվում յերբեմն նաև կոթուռնը չդարձած ուռուցքներէ մեջ անհայտ պատճառներից, յերբեմն էլ արյունատար ուղիներով, շնորհիվ մի ջանկյալ վարակական մի հրվանդության, որինակ՝ անգինա, տիֆ, ինֆլուենցա։ Ուժեղացած ցավակնութիւն և մի ջնդհատ տենդի յերևան ընդհանրապես բնորոշում են այդ հիվանդութեան դեպքերը. սակայն կարող են յերբեմն էլ այդ նշանները չլինել։ Մոլաբշտի վոչ աննպատական պայմաններում կատարված բն դծակման կապակցությամբ առանձնապես հետևությամբ և բանը թարախումի ու նեխումը սկսվում է յետանց կոթուռնաղարձի, ձվարանի ուռուցքի թարախումն ու նեխումը սկսվում է յետանց կոթուռնաղարձի, ձվարանի ուռուցքի թարախումն ու նեխումը սկսվում է յետ ծննդյան շրջանում, առանց ասեն անգամ պարզ լինելու դրա պատճառը։ Հետագայում խնդիրը կարող է հասնել ուռուցքի ընդհեղումին, վորպիսի պատահարը համեմատաբար նպատակավոր կլինի, յեթե նա ճեղքվի ու թափվի աղիքի կամ միզափամփշտի մեջ, կամ փորի ծածկույթից դուրս. իսկ յեթե ուռուցքի թարախոտ պարունակությունը փորի ազատ խոռոչին հասնի, կպատճառի սրընթաց ու մահացու ընդհատատակաբորբ։

49. Դեպք

49 տարեկան կին, վորը վեց անգամ ծննդաբերություն և ունեցել Դաշտանը մինչև մեկ տարի սրանից առաջ նորմալ վիրջին տարում ավելի մեծ մեջքադաշտանը, արյունազումը փոփոխ աստիճանությամբ, մեծ մասամբ առաջվանից ավելի նվազ։ Ջորս ամսից ի վեր և անկանոն արյունահոսներ ունի, 1½, 2 մինչև 3 շաբաթը մեկ անգամ, սովորաբար սակավ քանակով. ընդամեն հաճախակի ցավեր, շատ շատ սիզելու մղումներ։ Քառորդ տարուց ի վեր հետդհետե շատացող փորկապություն, փորի փքվածություն, լարվածության զգացում, սրբանկրի մշտական ցավեր, նեհարություն, սրտխառնուք և անախորժակություն, յերբեմնակի արյուն բարախուռ։

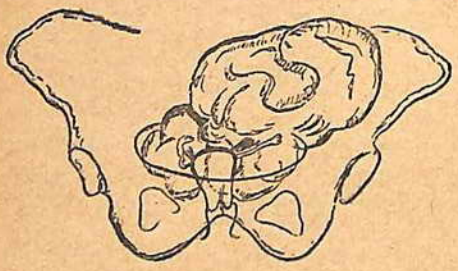
Ջննության ենթարկեցին. Շեղբի հին պատռվածք, բուհնոցը և հեշտոցը առանձնապես վոչինչ չունեին հետաքրքրականի մեջ։ Ամբողջ մարմնի ժամանակ անմիջապես յետեւ, Արգանդը համապատասխան մեծության, ուղղ սեռիչ, խիստ առաջադիր, մի քիչ դեպի աջ և ետ թեքված։ Արգանդի հատակը հավասարությամբ կերկու մատ վերև փորի բարակ ծածկույթի տակից վորոշակիորեն սահմանավորվում է նրա յետևումը զանված մի պինդ ուռուցիկ, վոր բավական և մի սեռամ

յեան լայնացած ու ամուր յարի տեսք ունի, վորն ուռուցքի ներխուժի մակերեսից չի կարելի առանձնացնել։

Կա ջրանավամ, քան յերևույթներն միայն շատ սակավ քանակով։

Մեզի մեջ մի քիչ սպիտ կա, ուրիշ առանձին վոչինչ։ Հիվանդի ընդհանուր վիճակը նշանակելի չափով ընկած է։

Շոշափական տվյալներն այստեղ համարյա վոչ մի տարակուսյա չեն թողնում, վոր մեր առաջ ունենք յերկկողմանի ու հատկապես կուռ ձվարանային ուռուցքներ։ Ուռուցքի այս յերկկողմանիությունից՝ հիվանդի նիհարացման մասին հայտարարության հետ միասին, ինչպես նաև ուռուցքի անշարժականության ու մանավանդ կոնքի ձախակողմյան շարակցական հյուսվածքի հետ ընդարձակ աճակցումների և ջրահավաքի գոյության փաստի հետ, կարելի չէ համարյա վստահորեն յեզրակացնել, վոր այստեղ խոսք կարող է լինի միայն վատորակ ուռուցքի մասին և հավանական է, վոր լինի—



Նկ. 36

Մեկ յեվ մյուս ձվարանի քաղցկեղ (Carcinoma ovarii utriusque)։

Ձվարանի քաղցկեղն ամենևին հազվագյուտ բան չէ։ Արդարև դրանք ընդհանրապես առաջնային ծագումով քաղցկեղներ չեն, այլ քաղցկեղային այլասերումով բշտապեղձուն կամ տարակայած քաղցկեղներ են, վորոնց սկզբնական ուռուցքները գտնվում են նախամիձաձորին տատմոքսի կամ ամիքների մեջ, քիչ անգամ արգանդի կամ ուրիշ որգանների մեջ։ Ձվարանի քաղցկեղները մասամբ մոլաբշտային, մասամբ կուռ կազմություններ են, ընդվզրում հաճախ ուռճացած բարձոնը տարածուն կերպով բռնված և քաղցկեղի բշիկներով և սկսվում է լորձնուռային այլասերում, (այսպես կոչված՝ Քրուքենբերգյան ուռուցքներ)։ Բացի դրանից, ձվարանի քաղցկեղը սովորաբար յերկու կողմանի չի լինում, ամենից շատ կանանց 3-րդից մինչև 5-րդ տասնամյակում և իրենց կողմից, այնքան՝ վորքան իրենք իսկ ուրիշ տեղից տարակայումներ չեն ներկայացնում, հաճախ դեռ շատ վաղ տարակայումներ են տալիս դեպի ուրիշ տեղ, վորպիսի դեպքում առանձնապես կոնքի շարակցական հյուսվածքը, հարևան ընդերապատակն ու աղիքները, հաճախ նաև լերդը խնդրո առարկա չեն դառնում իրը տարակայումի վայր։

Մեզ սրամադրված տեղի սեռակետից անհնարին և գործնական սխատորոշական ու բուժական սեռակետից ևս ավելորդ է ձվարանի ուռուցքների յուրաքանչյուր խմբի ու ձևի, ինչպես նաև զանազանակերպ բարդությունների համար հիվանդության առանձին առանձին դեպքերի նկարագրությունն անել։ Այդ պատճառով մենք ուզում ենք այստեղ ձվարանային ուռուցքների միայն կերկու խմբերի մասին հակիրճ կերպով ամենակարևոր գիտելիքները միայն հիշատակել

Ա. խումբ. Յերկ ի նկատի չունենանք խառն ձևերը, որոնք սրպեն հազվագյուտ են, ապա ուրեմն ձվարանի բարձորային նորագոյացությունների կերկու ներկայացուցիչները կլինան միայն — լավորակ թերուռ և հաճախ դրանից ծագած ռաւկոմը։

Թերուռները սովորաբար սրտակարկորեն ամուր ու համեմատաբար դանդաղ աճող, սկզբում ընդհանրապես միկոզմանից, հետագայում սովորաբար յերկուկողմանի ուռուցքներ են, ձվարչ կամ կլոր ձևով և լավ շարժականությամբ։ Իրենց այս հատկանիշների պատճառով ախտորոշումն ընդհանրապես վոչ մի դժվարության չի հանդիպում։ Ուշադրության առնելու յե, վոր թերուռների ժամանակ շատ վաղ ջրդողության և գոյանում, առանց այս ուռուցքի մեջ վատորակ շրջակոխության տեղի ունենալու։

Նախնիմացություն ըստինքյան լավ է. սակայն սարկոմի փոխարկվելու հնարավորությունը, վոր հաճախ իրականություն է դառնում, մթագնում և դուշակասումը, չնայած վոր սկզբում հաճախ դեռ դանդաղորեն աճող թերուռասարկոմ է մնում։

Վերջապես հիշատակելու յեն իլանձվ և կլորաբջիջ ռաւկոմցները, ինչպես նաև ենդոթելուցներ և պերիթելուցներ, այսինքն՝ արյան և ավշային անոթների ենդոթելից կամ պերիթելից առաջացած, արագ աճող ու վաղաժամ տարակայում ավող սարկոմներ։ Բոլոր այս ձևի սարկոմները առաջանում են մեկ կամ յերկու կողմից։

Կլինիկորեն կարելի յե ձվարանի կուռ ուռուցքները այնքան ավելի լավորակ համարել, վորքան նրանք շոշափելիս ավելի ամուր են։

Գ. խմբից նախ և առաջ հիշատակելու յեն համեմատաբար հաճախակի (բոլոր ձվարանային ուռուցքների 10%) պատահած մարթակեպ ուռուցքները (Dermoides), վորոնք կարելի յե նկատել իբրև սաղմուռների մոլարշտային ձևերի ներկայացուցիչներ։

Խնդիրը վերաբերվում է ընդհանրապես միկոզմանին, մոլարշտային, սովորաբար չափազանց դանդաղ աճող, հազվադեպ կերպով բուռնցքի ու մինչև յերեխայի գլխի մեծության հասնող ուռուցքների, վորոնք հեղանուտ, սենյակի տաքության մեջ արագորեն վազելինի կամ ճրագուլի նմանող խյուսի վերածվող պարունակություն

ունեն, սրա մեջ գտնվում են անհամար լավ զարգացած ու յերկար մազեր, վորոնք ամենն էլ բուսած են մի սերտ, կեռասի ու մինչև աղաչելու ձվի մեծության, մոլաբշտի անցքի մեջ. Նրա ներսի պատի վրա դուրս կարկառած ուռի վրա (այսպես կոչված՝ «մորթակերպի լեզվակը»)։ Այդ պարունակության մեջ շատ անգամ տեսնվում են ատամներ, իսկ միկրոսկոպիկ դիտումով յերևում են ճարպի ու քրտնքի գեղձեր, մորթի ու վոսկրի մասեր, սպիտակային ներքնամաշկի գեղձեր, կարճ՝ բոլոր յերեք սաղմնաթերթերի կերպավորությունների մասեր, այդ պատճառով էլ նրանք կրում են յեռամաշկուն (Tridermoma) անունը։

Մաշկակերպներն ըստ ինքյան լավորակ ուռուցքներ են, սակայն անվնաս չեն նրանով, վոր այդպիսի դեպքերի $^1/_3$-ի ժամանակ լեզվակի մեջ ցիր ու ցան գտնված եպիթելային բաղադրիչ մասերը քաղցկեղ առաջանալու աղբյուր են հանդիսանում և բացի դրանից պատահում են տարակերպուռւի փոխարկվելու դեպքեր։ Մաշկակերպ մոլաբշտերը, ձվարանի ուրիշ մոլաբշտերի նման, յենթակա յեն բնականաբար ուրիշ ամեն հնարավոր փոփոխությունների։ Համեմատաբար շատ անգամ նրանք գտնվում են արգանդի առջևը և իրենց այս դրության, ինչպես նաև իրենց արտակարգ ամուր բշտային բաղակցության պատճառով կարելի յե իրրև մաշկակերպ ուռուցք հավանական ախտորոշումը կատարել։

Սաղմնուռների կուռ ձևի ներկայացուցիչն է հազվագյուտ **զարմազանուռը** (Teratoma), վորը հակառակ մաշկակերպուռի, արագ աճող ու կակուղ-կուռ մի ուռուցք է, կլոր ու շատ անգամ անկանոնաբար պալարավոր մակերեսով։

Այս ուռուցքները հատածի մեջ հաճախ փոքրիկ բշտիկներով ծածկված մակերես ունեն. միկրոսկոպիկ զննությունով գտնում ենք այնտեղ նույնպես բոլոր յերեք սաղմնաթերթերի ներկայացուցիչներ, բայց վորոնք այստեղ բոլորովին անկանոնաբար ցրված և վոչ մի տեղ կատարելագործված հյուսվածքի ձև չեն առել։ Այս տարակերպուռների, ինչպես առհասարակ սաղմուռների ծագումը դեռ այնքան պարզված չե, վորպեսզի այստեղ ճշտորոշ համառոտությամբ հնարավոր լինի ձևակերպել։

Տարակերպուռները հաճախ հենց մանկամարդ անհատների մոտ են յերևան գալիս և հաշվում են իբր խիստ բնորոշ վատորակ ուռուցքներ։

Ներբեռն գտնում ենք հավի ձվի ու մինչև իսկ բուռնցքի մեծության ձվարանային մոլաբշտեր, վորոնք իսկական ուռուցքակազմության հետ վոչ մի առնչություն չունեն, այլ պարզ վեզոպահական բշտեր (Retentioniszysten) են, այն է՝ պարեիկի ջրահավաք (Hydrops folliculi) և դեղնամարմնի մոլաբշտեր։ Դրանք սովորաբար վոչ մի ախ-

սանիշ չեն ցուցաբերում և ըստինքյան պետք չունեն վորևե բուժման։ Այսպիսի փոքրիկ բշտեր յեղած դեպքում մարդ կարող է սկզբում դեռևս սպասի և չերթե դրանք ինքնամփոփ վիճակում, ուրիշ վորևե բուժում կատարելու առհասարակ պետք չի լինում։

Այս ուռուցքների նախխմացության վերաբերմամբ ձվարանի ուռուցքների վերը հիշատակված դասական դեպքերի ու ձևերի առթիվ ամենակարևոր դիտելիքները հաղորդվեցին արդեն, Բնականաբար գուշակաումն անդպատ է բոլոր վատորակ ուռուցքների վերաբերմամբ, սակայն և սկզբնապես լավորակ ուռուցքների վերաբերմամբ գուշակաումը մթագնվում է նրանց յերկրորդային վատորակ այլասերման հնարավորության պատճառով, վորը վոչ մի ժամանակ վստահորեն չի կարելի բացառել—ձվարանային բոլոր ուռուցքների մոտ 20 տոկոսը վատորակ են կամ դառնում են վատորակ։ Այդ մասին ևս արդեն խոսք յեղել է։ Դրանից իզատ սակայն հաշվի պիտք է առնել նույնպես ուրիշ բարդությունների յերևան գալը, ինչպես՝ կոթունադարձ, պատռում թարախում, նեխում։ Այս ամենը լավորակ ուռուցքների ժամանակն անգամ նախխմացությունը դարձնում են կասկածելի։ Դրան պետք է ավելացնել վերջապես նաև այն հանգամանքը, վոր ուռուցքի անընդհատորեն ավելացող ծավալի հետևանքով ընդհանուր հյուծումն և սկրվում, Սրանից հետևում է իրր բուժական կանոն, վոր ձվարանի յուրաքանչյուր ուռուցք պետք է վիրաբուժությամբ հեռացվի։ Դա վերաբերում է նաև համեմատաբար փոքրիկ ուռուցքներին, իրբև առհասարակ վերապահական բշտերը։ Վորքան շուտ կատարվի վիրաբուժական գործողությունը, այնքան անվտանգ է այն. մինչդեռ ամեն տեսակ բարդությունների նկրկայության դեպքում ձվարանի հեռացման ժամանակ կյանքի ապահովությունը նվազում է, ինչ վոր կարելի յե յերաշխավորել այն բանից, վոր ձվարանի հատում կատարելու գործողությունն առհասարակ տալիս է 7% մահացություն՝ հանդես 1—1,5% մահացության, յերբ վիրաբուժական գործողությունը կատարվել է բարդություն չեղած դեպքերում։

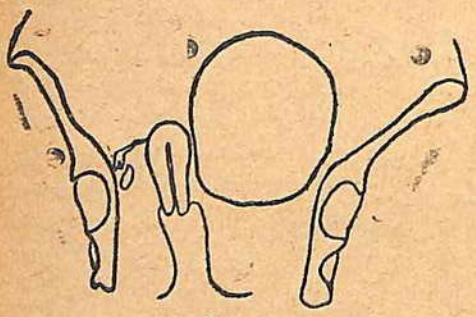
50. Դեպք

38 տարեկան մի կին դանդատվում է փորի ճնշումից, լեցվածությունից ու փորի փքվածությունից, սրբոսկրի ցավերից ու փորկապությունից։ Անամնեզում ուրիշ վոչինչ չունի։

Ջննության տվյալները բազմազին կին, փորի մեկ ծածկույթներով ու լարհեշտացամուսքով։ Աջ սեղադրված կանքի սրբոսկրի ձախ կեսը բռնում է մարդու գլխի մեծության դեպի վերը մինչև պորտի հորիզոնական գիծը, դեպի ներքև՝ արդանդաքերանի բարձրությանը հասնող քիչ շարժա-

կան մի ուռուցք, որը չոշափելիս զգացվում է, թե՝ չնայած իր մեծության, զարմանալի կերպով բույլ ու բարակ պատեր ունի։ Արգանդի ձախ եղջյուրից այս ուռուցքը ակռաձև մի փոսուքիչով վորոշակիորեն սահմանավորվում է, ուրիշ վորևե տեղի հետ կոթունով միացումներ չեն գտնվում։ Ուռուցքի մոտ ձվարան չի շոշափվում։ Ձվարանը նորմալ (նկ. 37)։

Չնայած վոր այստեղ ձախ ձվարանն առանձին շոշափելի չեր, սակայն ուռուցքի թույլ կազմությունից և իր գտնված առանձնահատուկ տեղից կարելի եղավ անել հավանականության ախտորոշումը — ձախ մակաձվարանի մոլաբուշտ (Cystis parovarii sin.), վորը վիրաբուժական գործողությամբ հաստատվեց։



Նկ. 37

Մակաձվաբանային մոլաբշտերը զարգանում են մակաձվարանից (Eroophoron, Parovarium). նրանք շատ դանդաղորեն են աճում և համաձայն մակաձվարանի դիրքին, միշտ ներկապանային զարգացում են ունենում։ Հետևաբար այս մոլաբշտերը միշտ ծածկված են լինում լայն կապանի թևերթերով։ Բանի դեռ փոքր են, նրանց շարժականությունը լավ է և արգանդի հետ մի կոթունով միացությունը վորոշ կերպով ապացուցվում է։ Յերբ մեծանում են, ինչպես որինակ մեր դեպքում, այն ժամանակ այլևս վոչ մի իսկական կոթուն չի գտնվում, այլ մոլաբուշտը նստում է ուղիղ արգանդի յեղրին, յերբեմն մի քիչ բարձր կամ մի քիչ ցած, նայած թե ուռուցքն ավելի դեպի վերև թե դեպի ներքև ուղղությամբ է տարածվում։ Այս ուռուցքներն ըստամենայնի լավարակ են, մեծ մասամբ մեկոդմանի, աճում են դանդաղորեն, կոպիտ զննությամբ կարող են դյուրավ պայթեն, վորն այստեղ բարեբաղդաբար անվնաս է և նեղություն են պատճառում սովորաբար միայն այն ժամանակ, յերբ նրանք մոտավորապես յերեխայի գլխի մեծության են հասնում կամ ել ավելի։

Բուժումը. Ուռուցքի վիրաբուժական հեռացում։ Դա թեյադրվում է մոլաբշտերի ժամանակ գանգատների և տեղի նեղվածքության պատճառելու յերևույթների հետևանքով. ավելի փոքր մոլաբշտերի ժամանակ գործողությունը կատարվում է մեծ մասամբ իբր ձվարանի ուռուցք ընդունված սխալ յենթադրության հիման վրա։

VI. ԿՈՆՔԻ ՇԱՐԱԿՑԱԿԱՆ ՀՑՈՒՎԱԾՔԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՑՈՒՆՆԵՐԸ

I. ԲՈՐԲՈՔԱԿԱՆ ՊՐՈՑԵՍՆԵՐ

51. Դեպք

Մի կին, որը 12 որ առաջ վիժում է ունեցել, յուծննդյան տենդ ախտորոշում հովանոցով է ուղարկվում։ Ջերմությունը՝ 38,9°, պուլսը՝ 112։ Իմանում ենք, որ վիժումն իրը թե ինքնիրեն է եղել և ապա յերբորդ որը թևթև ջերմությամբ ու դողոցով սրասին ունեցել է ներքնափորի ձախ կողմում հետզհետե սաստկացող ցավեր, որոնք ճառագայթել են դեպի ազդրը։ Դրանից հետո ջերմաստիճանը տատանվում է առավոտը 37,3°–ից մինչև 37,8° և յերեկոները 38,5°–ից մինչև 39,3°, կղումը բռնված է, մեզելիս՝ սաստիկ ցավերը ունի, փորը փքվածություն, կրկնակի անգամներ փսխում է ունեցել և սովորականից ավելի հոսք ունի։

Ջննության ցվյալները։ Նվազած ընական վիճակով մի կին, փառակալած լեզվով։ Փորը փքված, պորտից ցած դեպի կոնքը առատ ձնապես ալ կուզմում հետզհետե ջատագող ցավազդացություն ճնշումից։ Ալ զատոսկրի թևի մեջ փորոշակի կերպով զոյափոխում է մի սաստիկ ցավազդաց դիմակայություն, որը դնալով դեպի կոնք՝ անհայտանում է։

Սերականցի զննության ժամանակ գտնում եք մի քիչ թարախոտ հոսք։ հայելով զննելիս՝ ալ կողմից տեսնում եք վզիկի մի փեռեկվածք, որը հասնում է մինչև հեշտոցի կամարը և որի յերիքրները ադուտ փառով մալակոնված են։ Կնոջ հետագայում խոստովանվեց, որ վիժումն ունենալու ժամանակ յերկարն ծայրագիրը ունեցող սեբրինգով արգանդի լվացումներ է կատարել։



Նկ. 38

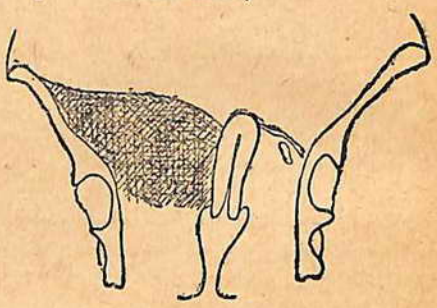
Յերկձեռն զննությամբ դուք գտնում եք նաև, որ արգանդը մի քիչ մեծացել է, թևթև կերպով ձախադիր վրճակում, ադնաչալված, ցավագին։ Ձախ կցոններն բան չշոշափվեցան անփոփոխ են։ Ալ կողմից կցոնները շոշափելի չեն, գոյություն մրայն մի ուռուցքանման ալինդ, արգանդի յեզրից մինչև կոնքի պատը ձգված և կոնքամուտքի ժակարդակից բարձր մինչև զբոսոկրի թևը շարունակվող դիմակայություն, որն արգանդին ընդգրկում է մասամբ նաև առջևի կողմից ու կապակցություն մեջ է հեշտոցի յետին կամարից շոշափվող մի ուրիշ դիմակայության հետ։

Ուղիղ-ազիքային զննությամբ շատ լավ կարելի յե հաստատել, որ զուլպ սրբռոկր ու արգանդի կապանները և յետվզիկային հյուսվածքը հաստացել են, ուղիղ-ազիքը նեղացել է։ Մինչդեռ ձախ սրբռոկր ու արգանդի կապանը միայն ճկուն են և յետվզիկային հյուսվածքը մոտավորապես բոլոր մասի հաստությամբ հաստացած։

թյան լայնացած են, աջ սրբոսկր ու արգանդի կապանը հովհարանման տարածված և յերևում և առանց վորոշ՛ի սանմանի, գնում խառնվում և վերը նկարագրված դևտակայնության հետ՝ արգանդի կողքին։ Այդ դիմակայնությունից սրա՛տար մի բիտ, և յերկարում փափկում և արգանդի մրջև (նկ. 38 և 39)։

Շոշափական զննության այս տվյալներից կարող ենք ամենայն վստահությամբ ասել հետևյալ—

Ախտորոշումը. **Աջակողմյան սուր հատարգանդենքաբորբ** (դերազանցապես աջակողմյան հարբրգանդային տարածության, առաջընթաց դեպի աջակողմյան հարուղիղաղիքային և հարափամփշտային տարածությունները,—Paramitritis acuta dextra, praecipue spatii paraut., progred. in spat. pararectale et paravesicale dext.)։



Նկ. 39

Ախտորոշման առթիվ. վոր այստեղ գործ ունենք կոնքի շարակցական հյուսվածքի, ուրեմն ընդերապատակից ներքև կենտրոնացած պրոցեսի հետ, պա պարզ յեզրակացվում և ուղիղ-աղիքային զննությունից, վորը ցույց և տալիս, թե պրոցեսին մասնակից են նաև սրբոսկր ու արգանդի կապանները և թե աջակողմյան կապանը հարբրգանդենու մեջ գտնված ներքամուքի հետ կապակցության մեջ են։ Յեվ դարձյալ հիվանդության ոջախի ամբողջովին յուրահատուկ դասավորությունը, այն է՝ արգանդի աջ յեզրի հետ յեղած կապակցությունը, բորբոքական ոջախի հետզհետե դեպի դուրս լայնացումը, կոնքի պատից սահմանավորելու անհնարինությունը, սերտությունը և բացարձակ անշարժականությունը, սրանք վկայում են, վոր ներքամուքի վայրը շարակցական հյուսվածքն է։ Շարակցական հյուսվածքի մեջ նիրս մտած ձվարանի քաղցկեղից, վորը բոլորովին նման շոշափական տվյալներ կարող է ունենա, կամ թե արգանդի քաղցկեղ գոյություն ունեցած դեպքում՝ քաղցկեղային ներքամուքից զանազանելուն ծառայում և անամնեզը, ինչպես նաև արգանդի տվյալ վիճակն ու մարմնի ջերմաստիճանի վորպիսությունը։

Մեր դեպքում հիվանդության պատճառախոսությունը շատ պարզ է ու խիստ տիպիկ։ Այս կինը հաջողությամբ դյուրբերած վիժման գործողության ընթացքում վոչ միայն վարակածուները և ներս տարել,—վղիկից վերցրած արտաթորանքի մշակույթից կարողացանք աստիճիլոկոք՝ եր գտնել—այլ նաև սապոնաջուր ներսրսկելու համար

գործածված սերինգի սրածայր ծայրագիրով լորձաթաղանթի վրա վերք և առաջացել վզիկի աջ կողմի փետևկված քի վրա յեղած ադտոտ փառը վկայում է, որ սկզբնական ճնասվածքն այս շրջանում է յեղել, թեպետև հիմա այլևս մի մեծ վերք չեր կարելի գտնել։

Հարադանդեմաբորը (Parametritis, լավագույն է անվանել՝ կոնքի շարակցական հյուսվածքի բորբոնք—Phlegmone), ընդհանրապես վիրա-վարակական հիվանդություն (Wundiu, fektionskrankheit) է, որը գլխավորաբար ստաֆիլոկոքներից կամ ստրեպտոկոքներից, քիչ անգամ աղեբակտերիաններից և ծագում Այսպիսի վարակում առաջանում է ծննդաբերության կամ վիժումների կապակցությամբ մատների, գործիքների, խծուծի վախճնների, հազվադյուտ դեպքերում նույնպես կնոջ հեշտոցից՝ այնտեղ յեղած վարակի առաջածուների ինքնաբեր ներշաղթի միջոցով, որով վզիկի թարմ վերքին հիվանդության սաղմեր են պատվաստվում։ Բայց նաև հղությունից դուրս լորձաթաղանթի փոքրիկ ու աննշան վիրավորումները բավական են հարադանդենաբորը առաջացնելու, յեթե դրանք անմաքուր ձեռքերով կամ գործիքներով են յեղել։ Քիչ է պատահում, որ գոնոկոքները կամ պալարախտի բացիլները հարադանդենաբորը պատճառեն, այնուամենայնիվ հազվադեպ չէ, որ փղերի սուսանակային թարախահավաքի ժամանակ հարադանդային տարածության շարակցական հյուսվածքը ներքամուքով լցվի։ Սակայն և այս դեպքում խոսք կարող է լինի քիչ տարածված բորբոքական այտուցի, կամ թե, ավելի շուտ ստրեպտոկոքների և ստաֆիլոկոքների հետ խառն վարակումի մասին։ Որքան նվազ թունաժետ են առաջածուները, այնքան շուտ և հիվանդությունն ամփոփված մնում շարակցական հյուսվածքի սահմանափակ հատվածի վրա։ Սակայն նոր սկսված յեռծննդյան հարադանդենաբորբի ժամանակ պրոցեսն անցնում է հաճախ ամբողջ շարակցական հյուսվածքին, թեպետ և անհավասար կերպով։ Իսկ ավշային ուղիների միջոցով վարակի առաջածուների տարածումից կարող է նույնիսկ ընդհանուր նեխանք (sepsis) առաջանալ։

Հետևյալ դեպքում մեր հիվանդի ջերմությունը խիստ տարուբերվող բնույթ ստացավ, այնպես որ առավոտյան յերբեք 37° չմինչև 37,5° եր լինում, ճաշից հետո 39°, մինչև 39,9° բարձրանում։ Միաժամանակ սկսվեցին ոտղիղ-ազիի ցնցուներ։ Հիվանդը կլինիկա ընդունվելուց 4 որ հետո կատարված զննությունից յերևաց, որ ձ կողմից և հետգրկային հյուսվածքի կողմից ուղիղ-ազիի յեվ հետոցի պոտի վերին յերորդի միջեվ մի սեպաձեվ ներքամուծ և առջ մղումն Մրևնույն ժամանակ ուղիղ աղիքի նեղացումը չատացավ։ Ընդունված որը դուսված լեյկոցիտների քիվը 14800-ից այժմ բարձրացել եր 23000-ի Ա,ո յերևույթներից յեզրակացվեց, որ տեղի ունի բարախտային հիմ հայեցում, Ծրննդկլան տրոկարով կատարված փորձնական ընդծակուսով դրական արդյունք ստանալուց հետո, թարախահատի անցք բաց արինք, որը հեշտոցի յեռևի սեպաձայրից տանում եր մինչև աջակողմյան ներքամուքը և վորտեղից մի քանորչ լիտրից ավելի ստաֆիլոկոք պարունակող թարախ թափվեց։ Կատարվեց թարախատի

խոտոչի կողեվորում (դրենաժ)։ Արդեն հաջորդ որը ջերմաստիճանի անկում, թարախի առատ հոսում։

Ուէթ որ հետո թարախի արտաթորումը պակասից. հաջորդ 14 որից հետո թարախահոսի անցքն այնքան էր փոքրացել, որ արդեն լսկ կարճացրած կոշին (դրենը) դուրս էր ընկնում։ Դարձյալ շաբունակելով ջերմածծողական բուժումը, նկատեցինք ավելի փոքրացում, մինչև որ վիժումից 3 ամիս հետո հասավ մի կայուն դրության, դննութեան հետևյալ տվյալներով. — արգանդն առաջածռված, լավ կծկված, քիչ շարժական։ Ձախ կցոնները դժվարաշարժական, ուրիշ ջղոչափական փոփոխութեուն չի կրած. աջ կողմից՝ միևնույնը։ Դրա հանդեպ, ջղոչափելիս մարդ զգում է դեռ յեռվզիկային հրտնվածքի և ձախակողմյան սրբոսկր ու արգանդի կապանի մի անհաստատություն. արգանդի վզիկից աջ ջղոչափվում է անկանոն հաստացավոր, դեպի դուրս յերթալով լայնացող, մանրաչափ հաստ, ամուր, շատ քիչ զգայուն մի լար։ Ձախ սրբոսկր ու արգանդի կապանը մտոիկ հաստութեյան, ամուր, կարճացած, ձգելիս՝ շատ զգայուն։ Ջերմութեյունը մշտապես նորմալ։

Հիվանդութեյան այստեղ նկարագրված ընթացքը կարող է ընդունվի իբրև տիպիկ որինակ շատ դեպքերի համար։ Զննութեյան վերջին տվյալները ցուցց են տալիս, թե ինչպես յեռածննդյան հարաբգանդենաբորքի՝ առանձին դեպքերում բնականաբար տարբերվող, վախճանը հանգում է սովորական fրոնիկ հարաբգանդենաբորքի։

Քանի որ բոլոր հնարավոր հիվանդութեյան դեպքերի համար առանձին որինակներ առաջ բերել չենք կարող, ուստի թող թուլտրվի մեզ վերոհիշյալ դեպքը յելակետ ընդունել քննութեյան առնելու համար հարաբգանդենու բորբոքման ընթացքը յեվ նրա զանազան ձեվերը։

Շատ անգամ սուր յերևույթներն անցնելուց հետո դեռ յերկար ժամանակ առավել կամ նվազ մեծ արտաքրտունք է մնում։ Հաճախ, որինակի համար հիվանդի անկողնուց վաղ վեր կենալու առնչութեյամբ, շատ կանուխ ձեռնարկված ներգործոն բուժման հետևանքով, առաջանում է հիվանդութեյան վերաբծաբծում, որը ներքամուքի տարածման և ջերմաստիճանի բարձրացման առիթ կարող է տալ։ Ընդամին կարող է արգանդն ամբողջովին արտաքրտունքի զանգվածից պաբբսպվի։ Ներքամուքը կարող է վոչ միայն ուղիղ-ազիք ու հեշտոցի միջնորմի մեջ ցած իջնի, ինչպես մեր հիվանդին էր պատահել, այլև նա կարող է հարուղիղազիքային և նախասրբոսկրային տարածութեյուններին հասնի, այնպես վոր ուղիղ ազիքն ավելի ևս նեղանում է ու նույնիսկ անցղոակի կեբզով կատարյալ ազեկապ է առաջանում։ Ավելի հաղվադեպ է ներքամուքի ընդարձակորեն տարածումը վզիկի առջևի կամ վոր նույնն է՝ վզիկի շրջակա մասերում։ Այստեղ պատահած վիրավորումներին համապատասխանորեն, նույնպես համեմատաբար հաղվադեպ են գլխավորապես կամ բացառապես նախափամփշտային տարածութեյան — Ռեցիուսյան տարածության վրա սահմանափակված արտաքրտունքներ. այդպիսի արտաքրտունքը կարող է հետո յերբեմն, ինչպես մի անդյուրաբեկ շապիկի կուրծք, անմիջապես փո-

րի ծածկույթների տակից ու համաճոնքի յեռակից բարձրանա ու հասնի մինչև պորտը, վորպեսին կոչվում է՝ փորի լանջապոռնիկ (Plastron abdominal)։ Ճաա ավելի հաճախ հարաբդանդային տարածութեյան մեջ գտնված արտաքրտուկը ընդհրատպատակը շարունակ բաց հրեւով՝ բարձրանում և դեպի վեր և Պուպարտյան կապանից վերև մեկ կողմի վրա յերևում և իրրև վորոշակիորեն շոշափելի լիլկաձև մի դիմակայություն։

Յեթե արտաքրտուկը մեկ կողմանի և գտնվում, ապա սկզբում արգանդը մղվում և սովորաբար դեպի առողջ կողմը, մինչդեռ արտաքրտուկի լավանալու և կծկվելու ժամանակ արգանդն ընդհակառակը դեպի հիվանդացած կողմն և ձգվում։ Բոլորովին թարմ արտաքրտուկների բաղակցությունը խմորանման կակուղ և, սակայն հյուսվածքների լարվածության հավելումով շատ շուտ ընդունում և յուրահատուկ ամուր, համարյա ոճառանման տեսք, մինչև այն ժամանակ, յերբ թարախային քայքայումն սկսելով, զգալի յեն դառնում տեղ տեղ ավելի կակուղ մասեր։ Ավելի մեծ թարախատունները, յեթե նրանք բավականաչափ մակերեսային դիրքումն են գտնվում, ունենում են պարզ արտահայտված ծփանք։

Յեթե յերբեք մեծ թարախատունները արվեստական կերպով չդատարկվեն, ապա նրանք մի ժամանակից հետո իրենք ինքնաբեր կերպով պատռվում անցնում են շրջապատին։ Այդպիսի բնազեղծում տեղի յե ունենում ամենից շատ դեպի ուղիղ աղիքը, փամփուշտը, Պուպարտյան կապանից վերև՝ մորթի տակը, քիչ անգամ՝ դեպի հետույքը։ Ավելի ևս հազվադեպ և ընդճեղքումը շեքի միջով, խուլ ծակի կամ նստոսկրի ծակի միջով, կամ սրբոսկր ու նստոսկրի հոդի մեջ։ Ամենից ավելի հազվադեպ և դեպի փորի մեջ յեղած ընդճեղքումը։

Ախտաճիշեներ. Թարմ արտաքրտուկները սովորաբար խիստ ճնշազգայ են, մանավանդ յերբ սկսվում և թարախային քայքայումը։ Հարաբդանդային հին արտաքրտուկների կոշտուկներն ընդհակառակն շատ չնչին զգայնություն ունեն։ Այս տեսակետից բացառություն են կազմում միայն սրբոսկր ու արգանդի կապանները, այստեղ բոլոր սուր յերևույթներն անցնելուց հետո բոլորովին հասարակ շոշափական զննությամբ դեռ յերկար ժամանակ մնում և մի զգայնություն, վորը զգալի յե դառնում կղումի պահին, սեռմայական կորվածքի շատ լիքը լինելու, մերձավորություն ունենալու և ուրիշ ժամանակ (parametritis post.)։ Ավելի նոր կամ յենթասուր պրոցեսների ժամանակ սովորաբար հիվանդների իրենց կոնքի մեջ ճնշումի և ցավի զգացմունք են ունենում, հատկապես հիվանդ կողմի վրա, զուտ հարաբդանդային պրոցեսների ժամանակ ցավը ընդհանրապես դեպի վոտքն և ճառագայթում. յեռվրիկային և հարուղիղաղիքային տարածության

մեջ գտնված պրոցեսի ժամանակ սրբոսկրի ցավերը և աղիքի գալարը և զգացվում. իսկ յեթե արգանդի առջև ու միզափամփշտի մոտերքումն է գտնվում, առաջանում է դժամիզությունն։ Հենց վոր հարբզանդային արտաքրտունքը կոնքի մուտքի բարձրությանն է հասնում (մեջքի մկանին), հիվանդի ստորին վերջավորությունն առնում է մի շատ հատկանշական կռացած դիրք։

Նախխմացություն. Մինչդեռ ճիշտ պահին բուժման ձեռնարկված հիվանդների համար մեր դեպքում նկարագրված հիվանդության ընթացքը բարեբաղդաբար սովորական կանոն է, կարող է սակայն բուժումը շատ ուշ սկսվելու հետևանքով, յերբեմն էլ արդարև հակառակ ժամանակին և ուղիղ կատարված բուժման, հակառակ թարախի դատարկումին, հիվանդությունը ձգձգված ընթացք ընդունի։ Թարախի կուտակման շարունակ նորոգ վերարծարծումները, յերկար անկողմանումը, ընկած ախորժակը, հոգեկան ճնշվածությունը ծանրացնում են այդ ժամանակ հիվանդի ընդհանուր առողջական վիճակին։ Իվերջո բանը կարող է հասնի ընդհանուր ամիլակերպ այլասերման— ամիլոիդոզի։ Այլապես՝ նախխմացություն կյանքի տեսակետից առհասարակ լավ է։ Դրա հանդեպ հարարգանդենաբորբի անցնելուց հետո մնացած բլիթներն ու կոշտուկները հաճախ այնքան այլազան ու համառորեն շարունակվող նեղություններ են պատճառում, վոր յերբեմն կոնքի շարակցական հյուսվածքի բորբոքումը հիվանդի համար կյանքի վայելքի գերեզմանն է դառնում։

Բուժումը. Հիվանդության առաջ ստացում՝ բացարձակ անկողմանում, Պրիսնիցյան կոմպրես կամ սառցի տոպրակ։ Յեթե այնուամենայնիվ չկոմպրեսը չի իջնում և նրա տարրերը բնությունը, հաճախ նաև լեյկոցիտների թվի սաստիկ հավելումը ցույց են տալիս՝ թե թարախում կա, ապա անհրաժեշտ է թարախի ոջախը վիրտուել գտնել և բաց անել։ Դա կարող է շատ հեշտ լինի, յեթե ոջախը գտնվի՝ ինչպես մեր դեպքումն էր, հեշտացի և ուղիղ աղիքի միջև ցած իջած ներքամուքի մեջ կամ յեթե մի պարզորոշ ծփանք թարախումի տեղը ցույց և տալիս։ Այսպիսի դեպքերում կարող է նաև զուրծարար բժիշկն ինքը Քրեն-քելյան տրոքարով բառախուսը բաց անի։

Ուրիշ դեպքերում, յեթե նուշնիսկ ծփանք զգացվի Պուպարտյան կապանի տակ, նման գործողություն կատարելու խորհուրդ չեմ տա վիրաբուժարան անվարժ բժշկին։ Վորովհետև միշտ էլ կարող է այնպիսի հանկարծահաս ու անսպասելի բարդություններ առաջանա, վոր այդպիսի ձեռնարկումը շատ ծանր կերպարանք ընդունի։ Փնտի քանի անգամ է պատահել, վոր թարախուտը բացվել է փորի մեջ և հետևանքը յեղել է մահացու ընդերապատակարորբ։ Մեկ անգամ յես

ինքս իմ հանդիպել, որ մի բժիշկ այդպիսի թարախուտը ճեղքելիս, զսահի արտաքին զարկերակը կարել եր։

Բացված թարախուտը պետք է հաստ ռետինե խողովակով և յոդոֆորմոտ խանգիվով կրևևորել և մահճակալի գլխի կողմը թեթևակի բարձրացնելով՝ նպաստել թարախի դուրս հոսելուն։

Կղումի կանոնավորում, ուժեղ սնունդ, մորթի խնամք, ըստ հնարավորին՝ թարմ ոդի մեջ կենալ, փորի վրա Պրիսնիցյան կոմպրես, ահա այն ամենը, ինչ որ պետք է ուշադրության առնվի ու գործադրվի։ Միմիայն յերբ արդեն յերկար ժամանակ ջերմությունն իջած լինի, թարախի արտաթորումը պակասած, թարախուտի խոռոչը փոքրանալով՝ կորին դուրս ընկնի, միայն այն ժամանակ կարելի յե ավելի ներգործոն և վերածծումն արագացնող բուժման ձեռնարկել։ Իբրև այդպիսիք ինկատի յեն առնվում տաք ու լրիվ լոգանքներ, սկզբում առանց աղ ավելացնելու, վերջում աղով, տաք ջրով հեշտոցի լվացումներ, ավելի ուշ՝ ցեխով և տաք ոդով բուժումը։

Ուշադրության առնելու յեն, որ ջերմասլճանի մեծ տատանումները թե ոդր ւմ են զգուշություն անելու յեվ ջերմության ամեն մի տեղդանմամն բարձրացումը պատճավորեցնում և բուժումն ընդհատելու առնվազն հինգ կամ վեց որով։

Յեթե մինչ այդ արտաքրտունքը փոքրացել ու ամրացել է, ապա տիպին կլինի գործածել տալ վերածծող խծուծներ։

Արտաքրտունքի մեծ ինացորդների ժամանակ, սակայն վոչ ավելի վաղ՝ քան ջերմությունն իջնելուց առնվազն 3 շաբաթ հետո, շատ հանձնարարում եմ անդիլի հնշտոցալայնիչով ծանրարեռնման բուժումը (սկզբում 1/2 կիլոգրամից բարձրանալ մինչև 1 կիլոգրամ)։ Այդ միջոցի գործադրումով մարդ հաճախ շատ զարմանալի կերպով արագ ու աջող արդյունք և ձեռք բերում։ Յեթե կրկին ու կրկին գործածությունից հետո արդյունք չստացվի, ապա պետք է փորձը շարունակելուց յուր կենալ։ Կան նույնպես համառորեն դիմադրող դեպքեր. դրանք սովորաբար այն դեպքերն են, յերբ բուժումը շատ ուշ է սկսվել և յերբ միայն պինդ կոշտուկներ են մնացել։ Այս հարաբերական կոշտուկներն ու սպիները յերբեմն դիմադրություն են ցույց տալիս ամեն տեսակ բուժման։ Այս պարագաներում ամենից ավելի ոգտակար են լինում արամաչքիմությունը ինչպես նաև աղաջրերի և ցեխի բաղնեբուժությունը։ Դրա հանդեպ մասամբից յես քիչ անդամ եմ ոգուտ տեսել և գործնապես բժշկի համար էլ արդեն հարմար չեմ գտնում։

II. Կոճի շարակցական հյուսվածքի ուրիշ հիվանդությունների մասին, իրրև հավելված միայն, ուզում ենք այստեղ հիշատակություն անել։

Չնայած իրենց համեմատաբար հազվադեպությանը, գործնական ավելի մեծ նշանակություն ունեն նախ և առաջ կոնքի շարակցական հյուսվածքի մեջ կեղած արյան կղզուները—retroperitonealis արյունուռուցքները (Haematocele extraperitonealis), որոնք նկատվում են ավելի շուտ ցցահարումի պատճառած, ինչպես նաև մերձավորություններից առաջացած վնասվածքների, շատ անգամ էլ հանցագործական վիժումի փորձերի ժամանակ։ Կոնքի շարակցական հյուսվածքի արյունոռւ պատճառող բժշկական ձեռնարկումներից հիշատակելու ենք—իբացառյալ ինքնաբեր կերպով կամ վիրաբուժական միջամտությամբ կատարված ծննդաբերությունների ժամանակ առաջացող վնասվածքները,—ամենից առաջ արգանդը լայնացնելու համար գործածված հեգարյան շյուղերի բռնադատ գործադրությունից։ Պատահում է, որ այդ ժամանակ գործը հասնի վզիկի պատռվելուն, որը լինում է ընդհանրապես մեկ կողմից ու արյունը լցվում է արգանդի շրջապատի շարակցական հյուսվածքի մեջ։ Ցավերն էլ պատահում են, որ շյուղով կամ քերիչով կամ հատկաքցանով արգանդի յեզրից սխալ ուղի են փորվում հարարգանդենոռ մեջ։ Խիստ հազվադեպ են նույնպես արտընդերապատակային արյունազեղումներ փողի պատռման դեպքում։

Վնասված անոթների ձևի ու մեծության համաձայն արյունոռը սահմանափակված է լինում լայն կապանի վրա կամ ընդերապատակը շրջունակ վեր բարձրացնելով՝ տարածվում է դեպի վեր, մինչև զատոսկրի թևն ու նույնիսկ փորի յեռևի պատի յեռընդերապատակային շարակցական հյուսվածքի միջով դեպի վեր՝ մինչև յերիկամները։ Ուրիշ դեպքերում պատահում է, որ արյունոռը տարածվի դեպի ցած, դեպի առաջ ու յեռև՝ հարարգանդային արտաքրտունքի ձևով։

Ախտորոշումը, բացի ընդհանրապես աներկդիմի ամամնեզից, հիմնվում է ախտանիշների հանկարծական սկզբնավորության, արգանդի շրջապատում շոշափված մերթ ավելի խմորանման կամ մոլաբշտանման, մերթ պինդ զգացված ուռուցքի արագորեն առաջ գալու և մեծանալու վրա, ավելի մեծ արյունազեղումների ժամանակ նույնպես սակավարյունության նշանների վրա։ Սկզբում դեռ ջերմություն չի լինում, այլ սկսվում է միայն յերկրորդապես, հատկապես արյունահավաքի թարախոտելու դեպքում։

Բուժումը. Ցեթե արյունի կեղումը սահմանափակված է լայն կապանի վրա և յեթե արագ աճելու միտում չկա, առժամանակ պետք է սպասել, հետո վերածծումը նպաստող միջոցառումների ձեռնարկելը։

Իսկ սկզբից ի վեր մեծ կամ արագորեն մեծացող արյունոռւ յեղած ժամանակ վերաբուժորեն պետք է փնտռել գտնել արյունող

անոթը և կապել թարախումի դեպքում պետք է հոգ տանել, որ թարախը դուրս հոսի։

Կ.ն.ի շարակցական հյուսվածքի ուռուցքների բոլոր տեսակները, ինչպես են՝ եխինոկոք, շատ յեղակիորեն նկարագրված ակտինոմիկոզը հազվադեպ պատահարներ են։ Շարակցական հյուսվածքի մեջ նրանց գտնված տեղն ընդհանրապես կարելի չե վորոշել, սակայն նրանց առաջացումն այնտեղ հաճախ վիրաբուժական գործողությունից հետո միայն կարելի չե ճշտել։

VII. ԿՈՆՔԻ ԸՆԴԵՐԱՊԱՏԱԿԻ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄՆԵՐԸ

(ԿՈՆՔ—ԸՆԴԵՐԱՊԱՏԱԿԱԲՈՐՔ ԿԱՄ ԱՐԳԱՆԴԱՊԱՏԱԿԱԲՈՐՔ)

(Pelvipertonitis, perimetritis)

52. Դեպք

29 տարեկան մի կին, վորը 8 որ առաջ մանկաբարձուհու կողմից կրկնակի զննություններից հետո ծննդաբերություն է ունեցել։ Տղաներքից չերեք որ հետո սկրտվում է տենդ և ներքնափորի ձախ կողմում ցավեր։ Հիվանդանոց ընդունված պահին ջերմությունը 39,7°, զարկերակը՝ 120։

Ջննության տվյալները. Արգանդը դեռևս բուունքի մեծության. առաջածռված, ձևավորված հեշտոցաբաժնով, առատորեն հոսում է ժանտահոտ ու արյունով ներկված ծննդականահոսք (Lochia)։ Աջ կցոններն ազատ են։ Ձախ կողմից արտակարգորեն ճնշազգաց ու հավի ձվի մեծության կցոնի ուռուցք։ Կոնքի շարակցական հյուսվածքը մեծագույն մասամբ ազատ։

Հաջորդ չերկու որերում (բառասունքի 9-րդ և 10-րդ որը) ձախ կցոններում ուռուցքը նկատելի կերպով մեծանում է, նույնիսկ դրսի կողմից շոշափելի չե դառնում։ Ջերմությունը բարձրանում է 40,3—40,6° լեյկոցիտների բիվը հասնում է 19800-ու։ Փորը փխված է, պորտից ցած չերկու կողմը, մանավանդ ձախ կողմը ամենամեղմ ճնշումից չափազանց զգայուն։ Մկաններին անդրադարձական լարվածություն, փուշ առձակելը բռնված։ Լեզուն փառակալած, կրկնակի անգամներ փսխում, ժամանակ առ ժամանակ գկրտոց. Զարկերակը լավ, 110 մինչև 120։

Ծովկերյան գտնվածի դիրքում) պառկեցրած կինը մշտապես ամենաուշադիր հսկողության տակ է առնված, վորպեսզի թարախուտի ծակվելու դեպքում կարելի լինի անմիջապես միջամտել։*

Քառասունքի 11-րդ որից սկսած տաքություն ընկնում է աստիճանաբար 15-րդ որում արդեն չնչին աստիճանի վրա չե։ Տանելսկերորդ որից փորը դադարել կարողանում է թողնել կղումը կատարվում է դրսի միջոցով։ Փորի վրա ճնշացավի զգայնությունը և փքվածությունը պակասում են։ Քսաներորդ որում կատարած խիստ զգուշավոր զննությամբ դատում ենք դեռևս փորը բուունքի մեծության, նույնիսկ կատարյալ շոշափման և շարժողության փորձի ժամանակ կցոնները չատ զգայուն ուռուցք։ Հաջորդ ութ շաբաթվան ընթացքում ուռուցքը մասամբ ինքնաբերաբար, մասամբ բուժման ազդեցությամբ փոքրանում և պակասում են մեծության

---

*) Այսինքն մահճակալի գլխակողմը 45° բարձրացրած դիրքում։

չափ, այնուամենայնիվ կցոններին, ինչպես նաև արգանդի շոշափման և շարժման կամ ժուռը գուղձը կղելու ժամանակ շարունակ դեռ աչքի չե ընկնում մի վորոշակի ցավականություն։

Ախտորոշումը. Սուր կոնք-ընդերապատակաբորք (Pelviperitonitis acuta), *յետծննդյան (քառասունքային) վորպարորբի ժամանակ։*

Պատճառախոսություններ. *Այս վարակական կոնք-ընդերապատակաբորբի առաջածունները կարող են բնականաբար տարբեր լինել։ Շատ անգամ գտնում ենք* usrեպտոկոկներ, *ավելի շատ՝ յետծննդյան բորբոքումների ժամանակ, ինչպես և ներկա դեպքում։ Հետո՝ աղեբակտերիաները, գոնոկոքները, վորոնք ընդծակող վիրավորումներից, վորի պատռված թարախահավաքից կամ ձվարանային թարախուռից, հիվանդացած վորդնակերպ յելունի ընդծակումից, և կամ թե փողերի, նաև վորդնակերպ յելունի ընդերապատակային ծածկույթի միջով քամվել անցնելով, հասնում ու ընկնում են ընդերապատակի մեջ։*

Ցեթե չհաշվենք այն ձևերը, հատկապես ստրեպտոկոքներից առաջացած ձևերը, վորոնք արագորեն ընդհանուր ընդերապատակաբորբը են պատճառում, ապա պետք է կոնք-ընդերապատակաբորբի ընթացքն այնպես յերևակայենք, վոր առաջածունների վոչ չափազանց շատ թունաժեռության դեպքում նախ և առաջ դեռ այդ առաջածունների ներգաղթած տեղի հարևան մասերը միայն շատ թարախային մինչև թարախաֆիբրինային արտաքրտունք են արտադրում։ Ընդամին համարյա միշտ էլ փոքր կոնքի մեջ կամ նրա մերձակայքում գտնված աղիքների ողակները, ճարպոնի առկախոնները և ծայրերը մասնակից են դառնում պրոցեսին։ Այս մասնակցությունը տվյալ դեպքում բարեբաղդություն է, վորովհետև շնորհիվ այն հանգամանքի, վոր հիշյալ որգաններն իրենց արտաքրտունքի միջոցով շատ արագորեն ծեփում մակերեսների փակչում և տեղի ունենում, կոնքի վերեվում կաղմվում է պաճպաճակաձ մի ծածկ, վորը կոսեցնում է պրոցեսի առաջրնթացը դեպի փորի խոռոչի վնասյալ մասերը։ Ցեթե յերբեք այդ կոսեցումը հաջողվի, ապա ամենասուր վտանգն արդեն անցնում է։ Թարախի խիստ առատ արտադրության դեպքում անգամ այժմ այլևս վոչ մի ընդհանուր ընդերապատակաբորբը չի առաջանա, թարախն ավելի շուտ հավաքվում է փոքր կոնքի մեջ և այն էլ, համաձայն որգանների բնական դիրքին, լեցվում է արգանդի յետև, Դուգլաս-յան խոռոչի մեջ։ Ընդամին կարող են յերբեմն կլսի մեծության ուռուցքներ — Դուգլասյան խոռոչի թարախատեներ — առաջանան, վորոնք արգանդը մղում են դեպի առաջ, ուղիղ աղիքը ճնշում, հետույքի յելքին կամարը և հետույքի վերին յերրորդ մասը ուռեցնում են դեպի առաջ։ Շատ քիչ անգամ թարախը հավաքվում է փորի խոռոչի ուրիշ գրպանների ու խորշերի մեջ։ Ցեթե այսպիսի պարկուճի մեջ լեցված ու փակված

թարախուտի ներսում ճնշումն ավելանա, այն ժամանակ հաղվադեպ չե, որ թարախուցն ընդծակվի։ Բարեբախտաբար այդ ընդծակումը վոչ մի ժամանակ տեղի չի ունենա դեպի փորի խոռոչի ներսը, վորովհետև ֆիբրինային փակչումները շատ ամուր են, այլ նրանք ծակվում թափվում են ընդհարապես ուղիղ աղիքի մեջ, քիչ անգամ հեշտոցի կամ միզափամփշտի մեջ կամ այդ որգաններից մի քանիսի մեջ միաժամանակ։ Ցնթե թարախուտի պրոցեսն ավելի կանուխ կանգ առնի, ապա կարող է պատահի, վոր մեծ թարախուտներն անգամ ինքնաբերաբար թանձրանան և հետզհետե վերածծման յենթարկվեն, թողնելով կոշտուկներ ու աճակցումներ։ Սովորաբար փողերի և ձվարանների, ինչպես նաև արգանդի միջև մեկ կողմից, ալիքների հարևան մասերի, սրբոսկր ու արգանդի կապանի և կոնքի պատի կողմնային ընդերպատակի միջև մյուս կողմից ծնում են մերթ ավելի քողանման, մերթ ամուր ժապավենների ձևով աճակցումներ, վորոնք շատ անգամ որգաններին սեեռված պահում են փոխված դիրքի մեջ (արգանդի յետածռուքյուն, ձվարանի իջվածք) և կդումի, մերձավորության և ուժգին շարժումների ժամանակ բազմապիսի զանգատների առիթ են տալիս, այնպես վոր այդ տեսակ կանայք հաճախ մշտական հալումաշի յենթակա յեն։

Ուրիշ դեպքերում, մասնավորապես փողերի սուսանակային բորբոքման ժամանակ կոնք-ընդերապատակի բորբոքումն առաջանում և շատ համրընթաց կերպով։ Փողաբորբի նորոգ վատթարացման նշանների տակ, փողի և ձվարանի շրջակայքում սահմանափակ տարածության մեջ առաջանում է շճենու բորբոքում. ընդարձակ թաղանթակպմությամբ, վորի հետևանքով ամբողջ սերականքը յերբեմն իրար հետ ձուլված զանգվածների անձև մի կծիկի յե փոխակերպվում։

Ախտանիշներ. Սուր կոնք-ընդերապատակաբորբի սկզբնական յերեվույթներ կարող են առտակարգոռեն փոքրուկալից լինեն, մինչև վոր փորի խոռոչի ծնցցյալ մասի հետ պուտվարի գազմությունն սկսվելով՝ յերեվույթներ խաղադվեն։ Այսպես և լինում մանավանդ այն դեպքում, յերբ սարեպտոկոքներն են առաջածուները (համմա. մեր նկարագրած դեպքը). մինչդեռ ալերբակտերիաների պատճառած հիվանդության դեպքերը հաճախ չնչին ախտանիշներ են ունենում, նույնիսկ յերեք բանը հանի առաջ թարախային արտաքրտությամբ՝ յերկրորդային կերպով առաջացած թարախուտի կազմությամբ։ Գոնոկոքները շատ հազիվ և պատահում, վոր ի վիճակի լինեն մի ծավալված ընդերապատակաբորբը առաջ բերելու։

Վերը նկարագրված բորբոքական փոփոխությունները ընդհանրապես զարգանում են փողաբորբի սուր վատթարացման յերևույթների տակ, վորոնք սկսվում են ջերմությունով, լինում են ներքնա-

փորի ցավեր ու ծածկուլթներուի լարվածուլթյուն, նաև որձկումներ, սակայն վորոնք կարճ ժամանակից հետո դարձյալ մեղմանում են։ Սուստցնակային սուր փողաբորբի յեվ կոնիֆ-բնդերապատակաբորբի նշանները հազիվ թե կարելի լինի իրարից տարբերել։ Բայց դեպի ժամանակավոր կրկնուլթյուններեն յեղած հակումը, հատկապես դաշտանի կապակցուլթյամբ, սուստցնակային կոնիֆ-բնդերապատակաբորբի ժամանակ մանավանդ շատ ցայտուն կերպով է առտահայտվում։

Կոնք-ընդերապատակի սուր բորբոքման ախտորոշումը յուրաքանչյուր դեպքում հիմնվում է ընդերապատակային զրգռական յերևույթների վրա, այն է՝ նեբքնափորի ուռածուլթյուն և անդրադարձական լարվածուլթյուն, ամենաթեթև շոշափումից անգամ զգացված ցավականուլթյուն, սրտի խառնուք, իդեպ՝ նաև փսխում ու գլխրոց, ջերմաստիճանի առավել կամ նվազ բարձրացում և զարկերակի համեմատաբար մեծ արագուլթյուն։ Բոլորովին նոր սկսված դեպքերում կարող է ուրիշ ծագումով ընդերապատակաբորբերից, մասնավորապես նաև վորդնակերպ յելուկի սուր բորբոքումից ու ավելի ևս հազվադեպ իսկական կույր աղիքի բորբոքումից զանազանելը յերբեմն չափազանց դժվար լինի։ Այստեղ կարող են միայն դինեկոլոգիական շոշափական զննուլթյան տվյալները տարբերական ախտորոշման ուղին մատնանշեն։ Բայց անհրաժեշտ է հարկավ շեշտել, վոր հետազոտական զննուլթյունն անհետաձգելի է և անցնում փորի ծածկուլթյունների լարվածուլթյան պատճառով և հաճախ հնարավորուլթյուն չի տրվում ավելին իմանալու, քան այն, թե հետազոտի առջևի կամարից և կցոնների շրջանում ամենուրեք ամենափոքր ճնշումն անգամ իրը չափազանց ցավական է զգացվում։ Ավելին կարելի չի իմանալ ուղիղ աղիք-հետազոտական զննուլթյամբ, յերբ լայնածքը հեղուկով լցվում է։

Ցերբ ամենասուր յերևույթներն անցնեն, մի բան, վոր սովորաբար 1—2—3 որից տեղի չի ունենում, այն ժամանակ հետզհետե ավելի և պարզվում, վոր ցավականուլթյունը և փորի ծածկուլթյունների լարվածուլթյունն ամփոփված են փորի ամենաստորին մասում։ Գինեկոլոգիական շոշափական զննուլթյունն ևս այժմ ավելի վորոշ լուսաբանուլթյուն է տալիս։ Ջերմուլթյունը սովորաբար արդեն մի քիչ իջնում է։ Շուտով արդեն աղիքների և նրանց հարևան մասերի փակչումն սկսվելով, կոնքի մուտքից վերև նկատելի չե դառնում վորոշ սահմանավորում ճնշացյալ փորի խոռոչի հանդեպ, ընդվորում հազվադեպ չե, վոր լսվի ձնագնդոցի խշրտոց, ինչ վոր բնորոշ է համարվում չճային մակերեսների շատ ամուր, ընդհանրապես թարմ փակչումները ճանաչելու համար։

Ցերբ միանգամ արդեն արտաքրտունքը վորոշ տեղում ամփոփվի, ապա նա ընդհանրապես իր անկանոն կերպարանքից, ցավազգա-

նությունից և բացակայող շարժականությունից հեշտությամբ է ճանաչվում, մանավանդ վոր արտաքրտունքի հիմնական վայրը գլխավորաբար Դուգլասյան տարածութիւնն է։ Թարմ արտաքրտունքները հաճախ մոլարշտային շղշափական տպավորութիւն են անում. իսկ թանձրացած հին արտաքրտունքներն ավելի խմորանման են։ Սակայն և այնպես այս շոշափական տպավորութիւնները դեռ վոչինչ չեն ապացուցում։ Ցեթե սրբոսկր ու արգանդի կապանները հարցական ուռուցքի ձախ կողմից ու ներքևից կարելի յե սահմանավորել, ապա այդ հանգամանքը վճռական նշանակութիւն ունի նրա ներընդերապատակային դիրք ունենալն ախտորոշելու համար։ Դուգլասյան խոռոչի մի այդպիսի թարախուռը յետարգանդային արյունուռուցքից կարելի յե տարբերել ի հարկե միայն անամնեզի միջոցով, մինչդեռ ամենավատ դեպքում՝ հեշտոցի յետին կամարից կատարված փորձնական ընդծակումի միջոցով։

Ցեթե միանգամ ընդմիշտ կոնի-բնդերապատակի բորբոքումը ֆոնիկական է դարձել, ապա դրա ախտորոշումը կարելի յե հեռեվեցնել աճակրցումների գոյության փաստով։ Միայն բացառաբար, որինակի համար յետաձգված արգանդը շակելու փորձի ժամանակ, անմիջականորեն շոշափվում են պինդ ու ձիգ աճակցական կապերը. մեծ մասամբ աճակրցումների առկայութիւնն իմացվում է միայն այլապես հեշտութիւնը ու առանց ցավերի շարժական որգանների (արգանդի, ձվարանների, աղիքների) շարժականության նվազումից և ցավականութիւնից։

Հաճախ, հատկապես սուսանակի դեպքում կարելի յե դեռ կցոնների ուռուցքներն ևս գտնել։

Նախնիացությունը իրացուլալ սուբ ստադի մեջ գտնված միշտ կասկածելի բորբոքումները, կյանքի տեսակետից բարենպաստ է, յեթե բուժումը ժամանակին և պատշաճ ձևով է կատարվում. ընդհակառակն նախկին վիճակի լրիվ վերականգնման տեսակետից՝ ավելի քան տարակուսելի յե, թեպետև վոչ շատ մեծ արտաքրտունքի զանգվածնեբի լրիվ վերաձծումը, լինի՝ թարախուռի պարպումից հետո, հաճախ է պատահում, սակայն նրանցից մնացած աճակցումներն ընդհանրապես կարելի չի լինում բոլորովին հեռացնել և նրանք դառնում են մշտական ու հեշտութիւնով նորոգվող զանգատների աղբյուր, դեռ բոլորովին չհաշված դաշտանի անկանոնութիւնները։ Սերական ապարատի կատարյալ գործունեությունը վերականգնելու նկատմամբ պետք է կրկնենք այն, ինչ վոր փողաբորբի համար հիշատակ լեց։

Բուժումը սուբ ստադում պետք է լինի սպասողական—սառցի տոպրակ, բացարձակ անկողմանում, լավագույն է՝ Ֆովլերյան դիրքում, հեղուկ սնունդ, կղումի համար հոգատարություն (գիշչակի ձևի, աղաջրով գրևխներ, ըստ հարկին՝ դրա հետ միաժամանակ պե-

բիստալտինի յենթամորթային սրսկումներ)։ Այնտեղ, ուր փսխումի սաստիկ գրկում կա, ամենից ավելի հանձնարարելի է հեղուկի առատորեն ներքերուժ աղալուծուքի կաթլային գրեխներ անելով, (Շյուքինդյան կաթլախողովակով), որը 2 անգամ 500-ական դրամ, ըստ հարկի՝ 30 դրամ խաղողի շաքար ավելացնելով։ Դրան զուգընթաց պետք է աղբենալինի կամ պիտուիտրինի յենթամաշկային սրսկումներով (3, 6, 8 անգամ որը, 1 խոր. ս. մ.) և կաթլային գրեխին դեգիպուբատ (որը 3 անգամ, մեկական տաբլետ, ընդամենը՝ 12 տաբլետ) ավելացնելով, կանխագուշակորեն սրտի ուժն ու անոթների դոնոսը բարձրացնելու կամ պահելու մասին հոգ տանել։ Հենց վոր ընդհանուր ընդերապատակաբարքի նշանները յերեվան, այն ժամանակ միմրայց փորահատումը ընկած պիտի առնվի։

Ցերը սուր յերևույթնե ը մեղմանան, այն ժամանակ կարելի է սառցի տոպրակը փոխարինել Պրիսնիցյան կոմպրեսներով։ Այնտեղ, վորտեղ ավելի մեծ արտաքրտունքներ սահմանավորվել են թարախուտի ձևի տակ, պետք է նրանց դատարկելը Դուգլասյան խոռոչի թարախուտի դեպքում դատարկումը կարող է կատարվել նաև գործարար բժիշկը, Ֆրենքելյան արոքարի միջոցով։ Ցերեկ ուրիշ վայրում է գանվում, խորհուրդ չեմ տալիս միջամտելու։

Ցերեկ մեկ շաբաթվան չափ ջերմությունն այլևս չբարձրանա, այն ժամանակ կարելի է ինկատ առնել վերածծող միջոցառումների գործադրությունն զգուշավոր ասեիճանական ավելացումով (հեշտոցի տաք լվացումներ, թերմաֆոր, խծուծով բուժումը, ցեխաբուժություն, ավելի ուշ թերևս նաև ծանրաբեռնությամբ բուժումը) և ապա լրացուցիչ կուրորտային բուժում՝ աղի և ցեխի լոգանքներով։

Ամակցումները ձգել յերկայնացնելու կամ թերևս լուծելու համար հետևյալ ուղիները կան մեր տրամադրության տակ։ 1. Տրամաֆեուցումը, թրթռական և մատներով կատարված մասաժի ընկերակցությամբ և վերևում հրշատակված լոգանքները։ 2. այդ փորձերի անպտղության դեպքում ամակցական կապերի վիրատական տեսաքննութը, ընդերապատակային նոր ու հարթ մակերևույթ ստեղծելու ուղիները և դորա՛ցարար բժշկի ընթանալու ճանապարհները չեն։

VIII. ՄԻՋՈՒԿԻ ՑԵՎ ՄԻՋԱՓԱՓՇՏԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Վորովհետև ախտորոշման տեսակետից դժվար դեպքերում ներկայումս գործադրվող միզկաղիսության, վամփշտաղիսության, կաթետերիզմի, յերիկամների գործունեյության բազմատեսակ փորձերի մեթոդներով զննությունը գործարար բժշկի համար անգործադրելի կամ բացառիկ դեպքերում միայն կիրառելի չեն, ուստի և մեր դիտողությունները սահմանափակվում են միայն հիվանդության այն դեպքերով, վորոնք առանց այդ ոժանդակ միջոցներին հնարավոր կլինեն ախտորոշել ու

բուժել Հիվանդության դեպքերի ընտրության համար վորոշիչ հանգամանք և հանդիսանում նույնպես այս գրքի սահմանափակ ծավալը։

ՄԻԶՈՒԿԻ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄԸ (Urethritis)

(Համմա. 4-րդ և 30-րդ դեպքերը)։ Միզումի գանգատներ, հատկապես այրուցի մինչև սկսելիս, հաճախակի միզելու մղում սուիպում են մատածել, վոր այդ յերևույթների պատճառը մղուկի բորբոքումն է, թեպետ և դրանք պատահում են նույնպես առանց միզուկի բորբոքման, պարզ փոփոխությունների ժամանակ նրա ամենասուր բորբոքական շրջանն անցնելուց հետո (համմա. 53-րդ դեպքը)։

Քննության յենթակա մեր դեպքում միզուկի բերանի գերարնությունը և ուռածությունն արդեն իսկ հայտնի յեն դարձնում, վոր հիվանդությունը միզուկի ամբողջ եր միզուկի յետին պատը գնդակիս դադվում է, վոր կոշտացած է, սովորականից հաստառակ՝ այդ վորոշումը հիվանդին ցավագին է և յեթե ձեր մատը լետ քաշելիս՝ թեթև ճնշում գործադրեք, միզուկի արտաքին բերանից դուրս է հոսում քանձր դեղնագույն թարախ։ Պատկերը ողով այդ արտաքորանքից մի քիչ վերցնելու ժամանակ լրջամիադանները սի թեթև արյունում է։

Արտաքորանքի մեջ դուք կգտնեք գոնոկոկներ, վորոնք կանացեն միզկաբորբի ամենահաճախ հանդիպող առաջացուցիչն են հանդիսանում:

Շատ ավելի հազվադեպ են ստաֆիլոկոքներ, աղեբակտերիաները և ուրիշները։ Մինչդեռ գոնոկոքներն առնասարակ 90 տոկոսից ավելի դեպքերում առաջին անգամ միզուկի վրա յեն հարձակվում։

Տարիքոտ կանանց, հատկապես բազմածիններին, գոնոկոքային միզկաբորբը նույնիսկ իր սուր շրջանում հաճախ զարմանալիորեն քիչ գանգատներ և պատճառում։ Ուրիշ դեպքերում շատ անգամ 3—4 շաբաթ է անցնում, մինչև վոր անձնապես զգացած ցավերը չքանան։ Ցերբեմն այդքան ժամանակամիջոցում միզկաբորբը լավանում է նույնիսկ առանց բուժման։ Ուրիշ անգամներ շարունակվում է ու ստանում մի քրոնիկական դրություն։ Գոնոկոքները բուն են դնում լորձաթաղանթի ծալքերի մեջ և կնոջ վրա վորևե հիվանդության նշան ցույց չտալով հանդերձ, կարող են վորոշ պայմաններում տղամարդուն վարակել և սուր սուսանակով հիվանդացնել։ Կանանց մոտ հազվադեպ է գոնոկոքային միզկաբորբի հետևանքով առաջացած սպիական նեղացումներ։

Միզուկի հետ վարակվում են հաճախ նաև հարամիզկային անցքերը, վորտեղ գոնոկոքները շատ անգամ յերկար ժամանակ կարող են բույն դնել ստալ։

Միզկաբորբի բուժման համար գործարար բժշկին հանձնարարում եմ ամենասուր ստադում կիրառել անկոպտանոմի, ինչպես նաև բորաջրով կամ Բուրովյան հեղուկով թրջած կոմպրեսներ դնելու հետ միաժամանակ՝ հատկապես ցուլպիկներով բուժումը, որինակ՝

Rp. Protargol 2,0
Glycerin 2,0
Aqu. 2,0
Ac. boric. 13,5
Tragacanth. 0,75

տասը ցուպիկների համար. կամ 2% „Gonostyli-ichthargan“, կամ Մյունխենի Լուիտպոլդ գործարանից վաճառքի հանված „Bacilli urethrales“։

Սուր երևույթներն անցնելուց հետո ինկատի չեն առնվելու 2-ից 3 խոր. սմ. 5 տոկոսանոց պրոտարգոլի կամ արգոնինի, քրոնիկ ստադում՝ $^1/_2$—1 տոկոսանոց արծաթի նիտրատի սրսկումներ։ Դրանք կատարվում են սուսամանակի սովորական սերինգներով կամ Բրաունյան սերինգով, սկզբում որը 1—2 անգամ, հետո ամեն 2-րդ կամ 3-րդ որը մեկ։ Միջանկյալ որերում հանձնարարվում է 0,25 տոկոսանոց կալիումի գերմանգանատի լուծույթով լվացում կատարել։

Միզակարծրի ուրիշ ձևեր հազվագեպ են։ Ավելի շուտ այդպիսի բորբոքումներ առաջանում են անմաքուր և անճարտար կաթետերիզմի հետևանքով։ Թեթև այդ ժամանակ լորձաթաղանթի մեծ քերծվածքներ լինեն, հանգամանքներին նայած՝ կարող են նաև դեպի խորքերը դնացող շատ սաստիկ բորբոքումներ առաջ գան, միզուկի խոբին շերտերում և նրա շրջակայքում—պարամիզկաբուք (Periurethritis)։

ՄԻԶՈՒԿԻ ՆՈՐԱԴՈԹՅԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Հիշատակենք միայն հետևյալները.—

1. Միզուկի մասմոլներ (Caruuculae urethrales), *այսինքն՝ փոքրիկ, վառ կարմիր գույնով, երբեմն պակաս աճած և պոլիպանման կոթունավոր ուռճացումներ, որոնք միզուկի անցքից դուրս են կարկառում և կազմված են նուրբ, շատ անոթառատ շարակցական հյուսվածքից, կլորարջիջների մեծ կուտակումով։ Շատ անգամ դրանք վորևե ախտանիշից զուրկ յերկրորդական գոյացություններ են. ուրիշ անգամ դրանք պատճառում են շուտ շուտ միզելու մղում և այրուցք, յերբեմն էլ ճնշում դեպի ցած։ Այն ժամանակ ամենից լավը և արծաթի նիտրատի մատիտով դրանց խարույմը։*

2. Ցուրտանչյուր փորիքսատե մեծ պտկաձեվ ուռճացում, միզուկի ածցքի մեջ կամ շրջապատում գտնված ամեն խոց, լորձաթաղանթն ուռեցնող բարձրացնող ամեն յելուզող բժշկի մտքի մեջ կասկած պետք է հարուցի հաղցկեղի գոյության վերաբերմամբ։ *Ցավ վորովհետև սի կողմից միզուկի հաղցկեղները խիստ վատորակ են և հակումն ունեն արագորեն քայքայվելու, մյուս կողմից մանրադիտակային ախտորոշումն սկզբում մեծ դժվարություններ կարող է պատճառի, ուստի պետք է հանձնարարել, վոր այդպիսի յուրաքանչյուր դեպք հիվանդանոց ուղարկվի։*

53. Դեպք

26 տարեկան մի կին, որը յերկու անգամ ծննդաբերություն է ունեցել, ընդունելության ժամին դալիս է դանդատվելու, թե 2 որից ի վեր է ըստացած միզելու մղում ունի, միզումի ցավականություն է զգում ու նույնպես անկախ դրանից, համաճոնիից անմիջապես վերեվ զգացված նոպաներով սաստկացող ու կտրտող ցավեր ունի։ Մեզը պոտոր է։ Այս հիվանդությունը նա վերագրում է դաշտանի ժամանակ իր ուշնեցած պաղառության։

Չննության ցվյալներ. *Սերականքի, ինչպես նաև ամբողջ մարմնի նորմալ վիճակ փողաձողով առնված մեզի մեջ, որի վերջին բաժինը մանավանդ ավելի ևս պոտոր է դուրս մանրադիտակով դտնում ևք ամբողջ տեսադաշտը լեյկոցիտների կուտակով և հարթ եպիթելի շերտերով բռնված։*

Ախտորոշում. **Սուր փամփշտաբորբ** (Cystitis acuta)։

Պաճառախոսություն. *Փամփշտի բորբոքումն ընդհանրապես վերընթաց, քիչ անգամ վայրընթաց կամ շրջապատից փոխանցված վարակուվի միջոցով է առաջ գալիս միշտ։ Մեր դեպքում այս կնոջ կողմից մրսելը իր հիվանդությանն իրը պատճառ է յենթադրվում, մինչդեռ պաղառությանն ավելի՝ քան գոյություն ունեցող վարակման հիվանդության առաջնածուների հանդեպ հյուսվածքների դիմադրական կարողությունը նվազեցնող դեր վերագրել այլևս ընդունելի չե։ Վերընթաց վարակումն իր ծագումը պարտական է առաջնածուներին, որոնք մերձավորության ժամանակ, ինանական ձեռնաշարժությամբ և մանավանդ անմաքուր, ու անճարակ գործեցերիզմի միջոցով մղվում են փամփշտի մեջ։ Ըստ այդմ խնդիրը դառնում է մեծ մասամբ ստաֆիլոկոքների կամ սարեպտոկոքների և կամ թե գոնոկոքների շուրջը, որոնց միանում են բորբոքման ընթացքում նաև աղիքակտերիաները։ Վայրընթաց վարակում պատահում է ամենից շատ յերիկամի պալարախտի ժամանակ։*

Ինչպես ամեն խոուչավոր օրգանի մեջ, այնպես յեվ այստեղ, վոչինչ այնքան չի նպաստում բակտերիացեի բնակայելուն, բազմանալուն յեվ թունաժեռության ավելանալուն, քան նրա թերակատար պարպումը։ *Ուրեմն այն դեպքերում, յերբ միզումը դժվարացած է, որինակ յատծննդյան շրջանում, վիրաբուժական գործողություններից հետո, անկողնարկ հիվանդներին, փամփշտի ճողվածք ունեցողներին, ահա այս դեպքերում հեշտությամբ առաջին իսկ հերթին առաջանում է փամփշտաբորբ։ Նույնպես նախադաշտանային գերարնությունը, լորձաթաղանթի ամեն ձևի ճլատումները, կաթետերիզմի, ոտար մարմնի, փամփշտի տաքարի պատճառած վիրավորումները կամ ծերունական փամփշտի նվազած կենսականությունը նպաստում են բակտերիաների բնակելուն և ազդականության։*

Հասարակ փամփուշտաբորբի ախտանիշները յերևում են մեր առաջ բերած հիվանդության դեպքում։ Սակայն կան նույնպես ավելի ծանր ձևեր, վորոնք խորն ազդող փոփոխություններ, մինչև իսկ լորձաթաղանթի քայքայում են պատճառում, վիրպիսի դեպքում հաճախ վոչ միայն ջերմություններն և բարձրանում, այլ նաև սովորաբար արդեն ուժգնորեն ամիսակային հոտով մեզին խառնվում են աբյուն և լորձաթաղանթի կերցավային ծվիններ. այս յերևույթը շատ տիպիկ է նրի արգանդի գլված յեռածության—Retroflexio uteri gravidi incarcerata—դեպքում։

Մրզափամփուշի բորբոքման առաջածունները կարող են միզածորաններից բարձրանան դեպի յերիկամի ավազանը և նրա բորբոքման պատճառ դառնան։ Տիպիկ ու սուր ավազանաբորբը (Pyelitis) սկսվում է հաճախ դողոցով, շատ անգամ քիչ մնացած յերիկամի ընդհանուն ու սաստիկ ցավականությամբ, ընդվորում մեզի սեջ թարախի քանակը, ընթերցվ յերիկամի ավազանում յեղած դանգատման, սկզբում դեռևս քիչ է լինում մ, մինչդեռ մեկ կամ յերկու որ հետո մեզի ընդհուն իջնում ու մեզի մեջ մեծաքանակ լեյկոցիտներ ու բակտերիաներ են գտնվում։ Քրոնիկական և վոչ տիպիկ ուրիշ դեպքեր եմ աչքի ընկնող ջերմություն չի նկատվում, այլ միայն մր անորոշ, հաճախ միզածորանների ընթացքն ուղղությամբ դյուրություն ունեցած ձգող ցավ, ինչպես նաև յերիկամի վորոշ ճնշագացություն, սաստիկ բակտերամիզության ու լեյկոցիտների փոփոխական պարունակության հետ միասին, առաջնորդում են դեպի ճշտ ախտորոշումն անելու ուղին։ Այսպիսի դեպքերում, յերբ տիպիկ ախտանշանները բացակայում են, ախտորոշման ճշտությունը շատ անգամ ստուգվում է միայն յուրաքանչյուր կողմի միզածորանից—յերիկամի ավազանից առանձին վերցրած մեզի զննությամբ։

Քիչ անգամ ավազանաբորբը և առաջանում արյունածին ճանապարհով զանազան վարակական հիվանդությունների ընթացքում, որինակ՝ անգինայի ժամանակ։

Փամփուշտաբորբի ախտորոշումը, չհաշված յենթակայական նշանները, հիմնվում է նախևառաջ մեզի դերոի զննության տվյալների վրա։ Մեզի պղտորությունն առանձին վոչինչ չի ապացուցում, վորովհետև զուտ միզկարորբի ժամանակ ևս նույնը պատահում է։

Շատ հաճախ հարուցվող միզափամփուշի բորբոքումները. վորոնց ընկերակցում են երիտրոցիտների փոփոխական պարունակություն մեզի սեջ. յերկար շարունակող սաստիկ ցնոցներ, յերեկոյան ջերմաստիճանի բարձրացում, գիշերային սնիպամիզություն, սրանք միասն պլոտոպախտի կասկած են հարուցում և պահանջում են այդպիսի դեպքեր հիվանդանոց ուղարկելու՝ փամփուշտաբանական և բակտերաբանական հետազոտությունների համար (անաիֆորմինով փորձարկում, կենդանիներին սրսկելու փորձ)։

Բուժումը. *Փամփուշի յուրաքանչյուր սուր բորբոքումը պահանջում է անկողմանում, անգրգռական սնունդ, վոդելից ըմպելիքների գործածությունից խուսափում։* Դրա հանդեպ փամփուշտը լավ լվանալ ու թափելու համար հանձնարարվում է ալկալիկ հանքային ջրերի

գործածութիւնը, նուչնպես՝ Decoct. foliae uvae ursi, ավելի ևս հարմար ձևով՝ Pilulae vesicaesan (3—4 անգամ որը, 3-ական հատիկ)։ Սաստ կ ցավերը չեզած ժամանակ ցայլքի համաճոնքից վերև տաք փաթեթներ կամ թերմոֆորմ դնելը մեղմում է ցավերը։ խիստ նգոցների դեմ հանձնարարելի յե բելադոնայի մուղով կամ ըստ հարկին, ափիոնի կամ պանտոպոնի բաղադրութիւամբ ներդրուքների գործածութիւնը—

(Rp. Pantopon 0,02
Extr. Belladonn. 0,125
Butyr. cacao 2,0

M. F. suppos. S. Որը 2, ամենաշատը 3 հատ)։ Բակտերիաները վոչնչացնելու համար հանձնարարվում է հելմիտոլ, ուրոտրոպին (որական ՝ անգամ 0,5) և հատկապես, նոր դեղը՝ միրամալիդ, վորից որը 3 տաբլետ գործածելով՝ այնքան առատ ֆորմալին է արտաղըրվում, վոր բակտերիանները արագորեն չքանում են։

Ցերեք կամ չորս որից հետո, յեթե յերբեք մեղի քննութիւամբ ակնհայտ լավացում չի նկատվում, կարելի յե փամփշտի լվացումներ կատարել։ Թեթև դեպքերում բավական է պարզ $2^0/_0$-նոց բորաթթվի լուծութիւով լվացումները (ամեն անգամին 150—200 ccm. ներս լցնել և թողնել, վոր թափվի, ընդամենը մոտ մեկ լիտր լուծութիւով լվանալ թափել)։ Յեթե մեզը չատ լեյկոցիտ և պարունակում, յես հանձնարարում եմ հենց սկզբից բորաթթվի լուծութիւով լվանալուց հետո՝ արծաթի նետրատի 1 : 2000 (հետագայում՝ 1 : 1000) լուծութիւից 100 գրամ կաթլարկել փամփշտի մեջ և ըստ հնարավորին այնտեղ պահել $^1/_2$ մինչև 1 ժամ։ Դրանով մարդ կարճացնում է բուժման ընթացքը։ Յեթե որից հետո կարելի յե արծաթի լուծութիւի ներարկումը կրկնել։ Յեթե այդ ամենը չոգնի, այդ դեպքում յես հաճախ լավ արդյունք եմ տեսել 2 լիտր Sol. hydrarg. oxycyanati 1 : 4000-ով ձիւքն մեկ անգամ լվացումից։

Յեթե յերբեք, հակառակ մեզի քննութիւան արդյունքից յեզրակացված խիստ նկատելի լավացումին, հելմինդի յենթակայական ցավերը դեռ շարունակվեն, մանավանդ չատ «նհանգստացնող մղելու մղումը՝ դժամտգութիւամբ հանդերձ կամ առանց դրան, ապա այդ դեպքում պետք է մտածել, վոր հավանորեն դեռևս փամփշտի յեռանկյունքեն միայն հիվանդ է։ Դա հնարավոր է հատատորեն ապացուցել բնականաբար մրան փամփշտաղլուսակի միջոցով։ Այդ պատճառով էլ ամեն այս տեսակ, ինչպես նաև բոլոր քրոնիկ կամ վերեում նկարագրված բուժամտջոցներով չլավացող դեպքերն անհրաժեշտ է ուղարկել մանրագետ բժիշկն՝ փամփշտաղլուսակային սառեցման նպատակով Մրան այս ձևով կարելի յե դեմացն առնել, վոր հիվանդներ, ինչպես վոր այժմ դժբախտաբար դեռ հաճախ է պատահում, ամիսներով իրենց տան բժշկի մոտ ապարդյուն կերպով բուժվելուց հետո, վերջվերջո մի առաջ գնացած յերիկամի կամ փամփշտի պալարախտով կամ նման վրճակով կլինիկա չդիմեն։

Նուչնպես բոլոր մասնական կամ լրիվ անմիզապահութիւան դեպքերը, նեղուցալ

դիշերային անմիզապահութեան դեպքերը, ինչպես նաև հակառակը՝ միզարձելության դեպքերն անհրաժեշտ է ուշադրկել մասնագետ գինեկոլոգի մոտ բուժման համար։

*Նույն կերպ պետք է վարվել այն ամեն դեպքերում, երբ տեղ չի գտնում եւ, թեև մեզին երբեմն կերպով արյուն կա խառնված, բայց երբ չկա կամ նկատելի չափով արյունահոսություն չի առաջացել, ինչպես ամանավանդ այն դեպքերում, երբ միզափամփուշտը խիստ արյունում եւ արյունում համեմատաբար աննշան պատճառների հետ, ինչպես օրինակ փոքրիկ փամփշտաքարի *) առաջացրած լորձաթաղանթի վիրավորումն է, հիշատակելու չեն փամփշտի ուռուցիկները, մասնավորապես դյուրութեամբ քաղցկեղի փոխվող բավարձապոլիպը, ինչը՝ խաղկեղը, պայարախտը,—բոլորն էլ այնպիսի դրութիւններ, որոնք նեղ մասնագիտական ոգնութիւն են պահանջում միայն բուժման, այլ նաև հենց անառարկելի անհրաժեշտութեան, որովհետեւ դա չերեք հնարավոր չէ առանց փամփշտադիտության։*

Նույնպես ըստ նյության հասկանալի չէ, որ միզափամփշտի արատաեղությունը (Ectopia vesicae urin.), դիտողության առնված այս ամենակարեւոր կասեցական արատը, գործարար բժշկի բուժելու գործը չէ։ Անհրաժեշտ է, որ ծածկույթները լրիվ ստորին բաժնում ճեղքված են, նրանց տեղումը գտնվում է ճեղքված փամփշտի յատկին պատի, ինչպես մի կարմիր, հեշտությամբ արյունոտող, թավշանման փայլուն, հաճախ քիչ թմբաձև մի ուռուցք. միևնույն ժամանակ կոնքը, ծլիկն ու միզուկը ճեղքված են։

ԽՎՎԱԿՆԵՐԸ (Fistulae)

54. Դեպք

23 տարեկան մի կին, որը 6 շաբաթ առաջ 72 ժամ յերկունքի ցավեր քաշելուց հետո աքցանի ոգնությամբ և ազատվել, այժմ դիմում է դանդաղելով, թե ծննդաբերությունից 7 որ հետո արդեն այլևս միզը չի կարողանում պահել. մյուսյան դիշերները կարող է քուն իր կամքի քիչ քանակով մեղ բաց թողնել։

Ջննության տվյալները. Սրտականքի կողմերից միզահոտ և դալիս. թեթեվ հեշտոց ու բուծոցաբորբ։ Արգանդն առաջածռված, կանոնավորապես փոքրացած։ Կրծոնները ազատ են։ Ձախ կողմից հեշտոցի առջևի պատի վրա վերևն ու միջին յերրորդ մասի սահմաններում շրջափակում է մատն անցնելու չափ մի ծակ, որը բացվում է փամփշտի մեջ։ Դույթյուն ունի 2-րդ աստիճանի կոնքի նեղացում։

Ախտորոշումը. Փամփուշտ ու հեշտոցի խղվակ (Fistula vesico-vaginalis)։

Պատճառախոսություն. *Ինչպես մեղի խղվակների մեծամասնության ժամանակ լինում է, այդպես էլ այս դեպքում դա առաջացել է հենց տղաբերքի փաստով։ Ակնհայտ է, որ այստեղ վոչ թե աքցանով գործողությունը, այլ ավելի շուտ աքցանի ուշ գործադրությունն է մեղավոր խղվակի կազմության համար, քանի որ փամփուշտը հավանորեն արդեն յերկու որ գլխի և համաճանքի միջև խցված մնացած*

**) Ավելի մեծ քարերը կարող են յերբեմն հեշտոցից ևս շրջափակել. ուրիշ անգամներ՝ գժամտիությունը, ժամանակ առ ժամանակ արյունոտումը, մյուսյան, պարզ հաճախ հանդիպածակի առաջացած միզահոսման արգելքը քարի գոյության կասկած են հարուցում։*

և լեղել։ Վոր վոչ թե աքցանն է, վոր փամփուշտը ճմլելով ուղղակի ծակ է բացել դեպի փամփշտի մեջ, յերևում է նրանից, վոր խլվակը ծննդաբերությունից մեկ շաբաթ հետո միայն յերևան է յկել։

Բնականաբար մանկաբարձական ոպնության ժամանակ, որինակ՝ աքցանի, կրանիոկլաստի, տեղից սահած պերֆորատորի միջոցով, ցայլոսկրահատումի, ինչպես նաև գինեկոլոգիական գործողությունների ժամանակ կարող են վիրավորումներ առաջանան, վորոնք յեթե անմիջապես հարկ յեղած ձևով ճիշտ չբուժվեն կամ յեթե ճմլված հյուսվածքի մեջ դրված կարը չբռնի, կարող է խլվակ կազմվի։ Ցեռծննդյան շրջանից դուրս եկ կարող են խիստ մեծ կամ յերկար ժամանակ դրված մետաղե պեսարի վիրավորումի կամ ճնշումի հետևանքով փամփշտի խլվակներ առաջանան (այս տեսակետից վատ համբավ ունեն Ցվանք-Շիլլինգյան թևավոր պեսարները)։ սակայն այնուամենայնիվ դրանք հազվադեպ յերևույթներ են։

Մեր դեպքում դիտված բացվածքը ցույց է տալիս քառասունքի շրջանում առաջ յիկած խլվակի սովորական տեղը, վորի մեծությունն առանձին դեպքերում տարբեր է լինում։

Հազվադյուտ դեպքերում այնպես է պատահում, վոր փամփուշտն իր սաստիկ լիցվածությամբ յերեխի գլխի ճնշումից ազատ է մնում, բայց դրա փոխարեն ճնշումին յենթակա յե առջևի հեշտոցապատի հետ ձուլված ու դեպի վեր քաշված միզուկը։ Այդ ժամանակ փամփուշտ ու հեշտոցի խլվակի փոխարեն առաջանում է միզուկ ու հեշտոցի խլվակ։ Յեթե արգանդի բերանի առջևի շուրթը գլխի վրայից յետ չքաշվի, ապա կարող է գանգի յերկարատև ճնշման տակ փամփշտի նման վզիկն ևս ճնշումից մասնական մեռուկի յենթարկվի ու այն ժամանակ կարող է փամփուշտ ու վզիկի խլվակ առաջանան։ Ընդհակառակը քիչ է պատահում, վոր միզածորան ու հեշտոցի խլվակներ յետծննդյան շրջանում առաջացած լինեն. ավելի շուտ դրանք գինեկոլոգիական վիրաոտումների կապակցությամբ են, գոյանում, մասնավորապես քաղցկեղի արմատական խիրուրգիական գործողության առընչությամբ։ Բայց վորովհետև դրանք այդքան կազդուրման շրջանում են հայտնի դառնում, ուստի գործարար բժիշկը հազիվ թե առիթ ունենա այդպիսի դեպքեր տեսնելու։

Ամեն միզախլվակի ամենակարևոր ախտաձիճն է՝ անկումակաև միզանոսը։ Ընդամին գոյություն են ունենում վորոշ տարբերություններ այդ խլվակների գտնված տեղին համաձայն։

Միզուկ ու հեշտոցի խլվակների ժամանակ թեպետ ընդհանրապես գոյություն ունի միզապահություն, սակայն միզումի ժամանակ ոռոգած մեզի մեկ մասը հեշտոցից դուրս է գալիս և թրջում է հեշտոցի անդաստակը։ Յեթե խլվակը շատ փոքր լինի, հիվանդի կողմից դա կարող

և աննկատ անցնի։ Մեծ չեղած դեպքում դրա հետևանքով արտադրությունը և անհաճո միզահոտ և դրան կից բուհնոցաբորբը՝ քերվըտուքով միացած, հիվանդին ըերում են բժշկի մոտ։

Փամփուշտ ու հետոցի չեխ փամփուշտ ու վզիկի խլվակների ժամանակ գոյություն ունի կառուցվածքային միմիզապահություն, *չեթե թերությունները մեծ են։ Փոքրիկ թերություններըի ժամանակ հաճախ մարմնի վորոշ դրության մեջ, հատկապես պառկած դիրքում կաղմվում և վնասվելանման վիճակը, վորը մարմնի համապատասխան դիրքի մեջ չեղած դեպքում խլվակի գոնված տեղի համեմատ մեղի մի վորոշ քանակ կարելի չե դարձնում պահելու, (մեր հիվանդի մոտ, որինակ, գիշերվան ընթացքում)։ Փամփուշտ ու վզիկի խլվակներըի ժամանակ խլվակը ընդհանրապես նեղ անցք ունենալու պատճառով մասնական միզապահության մասին այս տվյալը շատ սովորական չերևույթ է։*

Միզածորան ու հետոցի խլվակների դեպքում թեպետ կամական միզումը խանգարված չե, սակայն միյեվնույն ժամանակ վորոշ ճանկով մեզ մշտապես հոսում է անկամական կերպով, *վորովհետև առողջ միզածորանն իր մեզը փամփշտի մեջ է թափում, իսկ հիվանդ միզածորանի մեզը խլվակի անցքով դուրս է հոսում։*

Խլվակի գոյության ժամանակ ամասական արյունումներըի վերաբերումի մասին համեմատել վերը, էջ. 39։

Անկատյան միզածոսին իբրեվ հետեվանք *առաջ է գալիս հետոցի, բուհնոցի և արտաքին սեռականքի շրջապատում գերազգիու վիճակ. սակայն ամենից ավելի հիվանդներն իրենք իրենց համար և շրջապատի համար իրենց փակչած միզահոտից, վորն առաջանում է ամիսակակերպ տարալուծված մեզից՝ մանավանդ ամառ ժամանակ, դառնում են տանջանք. այնպես վոր դրա հետևանքը լինում է ծանր հոգեկան ճնշվածություն։*

Ցեթե խլվակի անցքը հայելու միջոցով տեսնվի կամ մանավանդ չեթե դա շոշափվի՝ ինչպես վոր մեր դեպքում, ապա բնականաբար հեշտ և լինում ախտորոշումը։ Փոքրիկ խլվակներըի ժամանակ դոնդող կարելի չե ավելի լավ վորոշել։ Սակայն չերբեմն խլվակն այնքան փոքր կամ լրջաթաղանթի մի փոթի չետև ու սպիական հյուսվածքի մեջ թաղնըված է լինում, վոր խլվակի ծակը չի գտնվում։ Այդ դեպքում ախտորոշումն անելու համար գործնականում ամենից լավ մեթոդն այն է, վոր մարդ կաթետրով չեփած կաթ կամ թե դերմանպատնային կալիոնի ջրիկ լուծույթ ներարկի փամփշտի մեջ ու միևնույն ժամանակ հետոցը վաքսե հայելիով բաց անի դիտի։

Ցեթե փամփուշտ ու հետոցի խլվակ է, ապա ներկված հեղուկը խլվակի տեղից հոսում է հետոցի մեջ։ Ընդհակառակն, չեթե արգանդաբերանից է դուրս հոսում, դա պետք է վոր փամփուշտ ու վզիկի

խլվակ լինի. իսկ յեթե ներկված հեղուկի կամ կաթի դուրս հոսումը տեղի չունենա, մինչդեռ այնուամենայնիվ ներկված մեզը թափվի հեշտոցի մեջ, այն ժամանակ պետք է ընդունել, որ գոյություն ունի միզածորան ու հեշտոցի խլվակ, որի գոնված ճիշտ տեղը միմիայն վիմափշտադիտությամբ և միզածորանի կաթետերիզմի ոգնությամբ կարելի է գոնել։

Բուժումը. Փոքրիկ ու նոր խլվակները, ինչ տեսակ էլ ուզում և լինեն, սկզբում դեռ կարելի է թողնել նույնությամբ ինան, որովհետև դրանք յերբեմն ինքնաբերաբար լավանում են։ Այսպես յես դեռ մոտիկ ժամանակներս իմ ընդունելության ժամին ինձ դիմող մի կնոջ, որը ծննդաբերությունից մոտ յերեք շաբաթ հետո մոտ 10 կոպեկանոցի մեծության վիմափուշտ ու հեշտոցի խլվակ և մասնական անմիզապահություն ուներ, խորհուրդ տվի, որ 4—5 շաբաթ հանգրեի։ Այդ կինը չվերադարձավ. սակայն 3½ շաբաթ հետո հայտնեց ինձ, որ այժմ իր մեզը ամբողջովին պահում է։ Ինակատնաբար պետք է լվացումների միջոցով մաքրություն պահպանելու մասին հոգ տարվի։

Ծուռահանչյուր մեծ խլվակ պետք ունի խիստ գիտական բուժման, որը թարմ դեպքերում կարող է շատ հասարակ լինի, իսկ սպիական սևեռվածության և աննպաստ վայրում գտնված լինելու դեպքում պահանջվում է մեծ ճարտարություն և փորձառություն։ Գործարար բժշկին բացարձակ կերպով խորհուրդ չի տրվում խլվակի խիստ բուժման վրա փորձ կատարելու, նույնպես և առաջներում շատ կիրառված խլվակի յեղրերի խարուճներ անելու, որովհետև այդ փորձերի անաջողության դեպքում ի վերջո այնուամենայնիվ անհրաժեշտ յեղած խլվակի վիրաբուժական գործողության գուշակասումը վատանում է։

IX. ԱՂԻՔԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Մենք այստեղ պիտի սահմանափակվենք սերականքի հիվանդությունների հետ սերտ պատճառական առնչություն ունեցող մի քանի հիվանդությունների նկարագրությունն անելով։ Ուրիշ հիվանդություններ, որոնք կանանց մոտ վոչ մի առանձնահատկություն չեն ցուցաբերում, ինչպես՝ քաղցկեղը, կամ շատ տարածված քրոնիկական փորկապությունը, այստեղ ուշադրության չպիտի առնվեն։ Բացի դրանից, հիվանդության դեպքերի նկարագրությունը պետք է ամենամեծ սահմանափակվածությամբ կատարենք, ի նկատի ունենալով տեղի սակավությունը։

1. Իրենց հաճախության շնորհիվ ամենամեծ կարևորություն ունեն թուքի հանգույցները (Haemorrhoides), *որոնք կանանց մոտ առաջանում են ոչ միայն շատ հաճախադեպ փորկապության հետևանքով, այլ նաև իբրև հղության և ծննդաբերության ընկերակցող երևույթ ու հետևանք և փոքր կոնքի մեջ եղած ամեն հնարավոր կանգառական երևույթների ժամանակ (յուծննդական խորը յուծաբերություն, ուռուցքներ և այլն)։*

Եթե փորկապություն չկա, ապա թուքի հանգույցները հաճախ ծնում են առանց ախտանիշների։ Ուրիշ դեպքերում նրանք անթիվ, հաճախ շատ խիստ նեղություններ են պատճառում. այսպես—սրբանի fեrվրsուf յեվ երոցf, որը կարող է անտանելի դառնա, յերբեմն դեպի սրբոսկրն ու վոsfեrր ճառագող ցավեր, միզամիմիշտի և աղիքների ևոցներ և որ գլխավորն է՝ արյունումներ, որոնք սովորաբար կղումի կապակցությամբ, քիչ անգամ անկախ դրանից յերևան են գալիս և ընդհանրապես սպառնական չեն լինում, սակայն յերբեմն առանձին սաստկության և հաճախակի կրկնության հետևանքով կարող են յերկրորդային սակավարնություն պատճառեն։ Առանձնապես սաստիկ ցավեր են առաջանում, եթե յերակների հանգրեճները կղումի ժամանակ դուրս են մղվում և դրանից հետո սեղմիչ մկանի կծկումով՝ սրբանից դուրս գելված մնում են։ Այդ ժամանակ դրանք սաստիկ ուռչում են և վերավորումների կամ բավականաչափ մաքուր չպահելու դեպքում կարող են հեշտությամբ թարախոտվել կամ կարող են դրան կից առաջանան նույնիսկ պառուղիդոպիֆային բորբոնիֆ (Phlegmone periproctitica)։

Թուքի պusորոճuմր հեշտ է, եթե հանգույցները արտաքուստ տեսանելի կամ մատնական արնեխիցի հետևանքով սրբանից վերև շոշափելի չեն. այլապես, սրբանից արյուն հոսելու դեպքում պետք է դիմել ուղիղ աղիքի դիտումի ողնությանն, թևկուզ արդեն իսկ նրա համար, որ չլինի թե բարձրում նստած, չշոշափվող մի քաղցկեղ, մի պոլիպ կամ նման մի բան ուշադրությունից վրիպի։

Բուժումր. *Ցորի դեմ 2 տոկոսանոց կարբոլյան թթվի լուծույթով լվացումներ։ Սաստիկ ցավերի դեմ՝ ներդրուքներ, բաղադրված՝* Extr. belladonnae 0,01, Anaesthesin 0,5-ով կամ որը 2 անգամ քսելով սպեղանի (Rp. Anaesthesin. 1,5, Extract. hamamelidis 2,0, Acid. tannic. 1,0, Vaselin. 25,0)։ *Շատ լավ են ազդում նույնպես «անուսոլ» ներդրուքները։ Հանգրիճների դելումի կամ բորբոքման դեպքում անհրաժեշտ է անկողմանում, տեղադրում, սառցի տոպրակ կամ Արցթերզերյան սառեցնող տանձիկը։ Ջափաղանց շատ հանգրիճանոթ-*

ներ յեղած դեպքում՝ սաստիկ արյունռւմներով կամ մշտական ցավերով, ցուցական և հանգրնանների վիրատական հեռացումը։

Այն արյունռւմները, որոնք չեն կարող բացատրվել հանգրիճանոթ-ների ներկայությամբ, պետք է մեզ միշտ թելադրեն, որ պոլիպների, ուղիղ աղիքի կամ կոմպածքի խաղցկեղի յեվայլնի մասին մտածենք։

2. Հանգրիճանոթներից հետո ծակող ու այրող ամենախիստ ցավերի աղբյուր են հանդիսանում յերբեմն սրբանի շրջապատի մորթի անցման տեղերի ներքվածքները կամ ճաքվածքներ (Fissurae s. rhagades), որոնք՝ չհաշված ավելի հազվադեպ պատճառները, շատ անգամ առաջանում են համառ ու քրոնիկ փորկապությունների ժամանակ, յերբ կղանքի ամուր ու կոշտ գուդձերն անցնելիս՝ սրբանի մորթը չափից ավելի ձգվի և մակերեսորեն ճաքվի։

Բուժումը. Բոլորովին մակերեսային ճաքվածքները խարել դժոխաքարի մատիտով կամ յոդի ներկածոյով։ Ավելի խոր կամ ընդարձակ ճաքվածքների ժամանակ հանձնարարվում է նարկոզի մեջ սրբանի սեղմիչ մկանի ձգելով լայնացումը, որից հետո ճաքվածքները շուտով լավանում են։ Միաժամանակ բուժելու յե յեղած փորկապությունը։

3. Կանանց մոտ շատ հաճախ և պատահում նույնպես ուղիղ-աղիքի սուր կամ յենթասուր ու նաև քրոնիկական բորբոքում (Proctitis)։ Վորքան վոր դա ընդհանուր աղեբորբի (Enteritis) մասնական յերեվույթ է, այստեղ մեր դիտողություններից դուրս կլինա։ Իրրև առանձնացած հիվանդություն յերբեմն ուղիղ-աղիքի սուսանակի հետևանքով (սուսանակով հիվանդ բոլոր կանանց 35%), որն առաջանում է գլխավորապես բունոցից հոսած գոնոկոք պարունակող արտաթորանքի թափվելուց, յերբեմն գրեխի անմաքուր ծայրադրից, սրբանով մերձավորություններից (Coitus per anum) և այլն։ Սրբանում զգացված կսկիծն ու այրուցքի զգացմունքը, կղումի կամ ցնորության ժամանակ առավել կամ նվազ սաստիկ ցավերը, յերբեմն թարախոտ ու արյան մի քանի բծերով խառն լորձի դուրս գալը, հայելիով ցնորությամբ տեսնված լորձաթաղանթի սաստիկ կարմրությունը, սրանք ուղիղ աղիքի բորբոքման սուր ստադի ախտանիշներն են. մինչդեռ ավելի ուշ շրջանում կարող է կոնքի մեջ մի խուլ ճընշում, կղումից անմիջապես առաջ նքոցներ զգացվեն. հազվադեպ չե սակայն, վոր համարյա վոչ մի ցավ գոյություն չունենա։

Հիվանդության ծավալն ու ծանրությունը ճշտորեն պրոտոսկոպի համար այստեղ ևս անհրաժեշտ է ուղիղ-աղեդիտումը (Rectoscopia)։

Ուղիղ-աղեբորբի բուժումը. Շատ սաստիկ ցավերի ժամանակ սկզբում դեռևս ափիոն կամ մորփիոն, բելադոնայի հետ միատեղ, հեղուկ սնունդ, անկողնանում։ Մի քանի որ հետո որը 1—2 անգամ երիցուկի յեվածոյով ուղիղ-աղիքի լվացումներ, ավելի ուշ՝ փոխնիփոխ փոթոռող դեղորայքով, որինակ՝ 3 տոկոսանոց տանինի լուծույթով, սուսանակի ժամանակ 0,5 տոկոսանոց դժոխաքարով, 0,25 տոկոսանոց քլեվալով լվացումներ։ Շարունակ պետք է հոգ տանել, որ հիվանդը խյուսանման կղանք ունենա։

Յերբեմն, հատկապես դարձյալ ուղիղ-աղիքի սուսանակի ժամանակ և բացի դրանից, կոշտ ծայրագիրով դրեխի անշնորհք գործածությունից, մեկ մեկ պալարախտային հիվանդություններին հետևությամբ կամ լուեսի ժամանակ առաջանում են խոցեր, որոնցից բորբոքումն անցնում է ավելի խորին խավերին և վերջապես խնդիրը հասնում է պարուղիղաղեբորբի (Periproctitis)։ Սա շատ անգամ սկսվում է դողով, սաստիկ ցավերով, որոնք կղումի ժամանակ կնոջն ստիպում են բարձրաձայն հեծեծալու կամ գոռալու։ Ուղիղ-աղիքային զննության ժամանակ սովորաբար վորոշակի կերպով զգացվում է շրջապատի ցավական ներքամուքը։ Հաճախ բանը հասնում է թարախուտի կազմվելուն, վորը ճանաչվում է ծփանքից և լորձաթաղանթի՝ դեպի աղիքի անցքը դուրս տված ուռածությունից։ Յեթե թարախուտը բարեպատեհ ժամանակին չհեղքվի և թարախը դուրս չթողնվի, ապա կարող է թարախուտն ինքնաբերաբար պատռվի, թողնելով ուղիղ-աղիքի խլվակներ կամ անձկուքուրցներ։

2. ՍԻԳՄԱՑԱՁԵՎ ԹՈՒՂԻՆ (Colon sigmoideum)

Կանանց մոտ խթաղիքի բորբոքումն ավելի հաճախ է պատահում, քան ուղիղ-աղիքի բորբոքումը։ Դա առաջ և գալիս գլխավորապես տարիներ տևող փորկապության հետևանքով, վորին ավելի ևս նպաստում է միաժամանակ գոյություն ունեցող փորի իջվածքը։ Ֆրոնիկ դեպքերում չափազանց հաճախ ենք գտնում, վոր հիվանդությունն անցած լինի շճենուն և միջընդերքին։ Սիգմայաձեվ կոռածքը, կույր աղիքն ու աւկախոնը յեվ ամենաուեռեվի գալարադին ևման աճակցումներ կազմվելու նախասիրած տեղերն են։ Դրանք մերթ մակերեսային ու ցանցաձ փակչումներ են, մերթ ամուր ու ջլային-փայլուն աճակցումներ և իրենց դիրքի հարևանական հարաբերությունների շնորհիվ յիրենին շարունակում տարածվում են դեպի ձվարանի կախակալ կապանը (Lig. suspens. ovarii) և փողի տաղավարը (Tubenpavillon)։

Պետք է ասել սակայն, վոր շատ անգամ սերականքի հիվանդությունը սկզբնականն է և աղիքների վերոհիշյալ աճակցումները ընդ-

հանուր քրոնիկ կոնք-ընդերապատակաբորբի մասնական յերևույթներն են միայն։

Այդ տեսակ հիվանդությամբ առաջացող կանայք պանդաւվում են ներքնավարի յերկու կողմում ուռեցած ձգող ու ծակող ցավերից, կղզուից առաջ ու ետև ընթացքում յեղած կտրտող ցավերից, արբսկրի ցավերից, փորկապությունից, յերբեմն փոփոխակի կերպով թույլ կամ լրձախառն լուծողությամբ։ Յեթե մարդ սերականքի զննությանն ընթացքում միաժամանակ դտնի, որ կցոնների շրջապատը ցավական է, այն ժամանակ հաճախ քրոնիկ ձվարանաբորբը ախտորոշումը կարող է անել, մինչդեռ իրականում այդ ցավականության աղբյուրը կցոնները շոշափելու ժամանակ աղիքների հիշյալ ճակցումների անխուսափելի քաշքշումն է։ Տարբերիլ կարելի յե նրանով, որ դեպի յետև ու վեր քշված ձվարանները շոշափման ժամանակ սովորաբար անցավական են, իսկ ճնշման առաջացրած ցավականությունն ամենից ավելի ցայտուն է գլխավորաբար գալար ու կույր աղիքի շրջանում (Regio ileo-caecalis), ինչպես նաև ձախ սրբոսկր ու աղդրոսկրի հոդի անմիջապես առջևում։ Դրան զուգընթացաբար, խորը ճնշումի ժամանակ յերևում է հաճախ, որ ցավական են նաև վայծաղային և լերդային կորածքների (Flexura lienalis et hepatica), ինչպես նաև վերընթաց և վայրընթաց խթաղիների (Colon ascendens et descendens) տարբեր հատվածները։

Իբրև բուժական միջոցառումներ ինկատի յեն առնվելու վերաբերվող միջոցները, թրթռական մասաժը (մասնավորապես արամաջեռուցումի հետ կապակցելով)։ Այն դեպքում, յերբ կղանքին լրձաթաղանթ կա խառն, հանձնարարվում է որը 1—2 անգամ երիցուկի յեփածոյով լվացումներ կատարել, իսկ յեթե միաժամանակ փորկապություն կա, յուղով գրեթե դնել։ Յեթե հարկավ ճակցումները վերածվել են ամուր ու չլավինդ թիթեղիկներին, ապա այդ միջոցներով վոչ մի արդյունք չի ստացվի, այլ պետք է խիրուրգիական միջոցառումների ձեռնարկվի։

3. ԿՈՒՅՐ ԱՂԻՔՆ ՈՒ ԱՌԿԱՀՈՆԸ (Coecum et Appendix)

Վորովհետև կույր աղիքի հաճախ շատ ցած գտնվելու պատճառով վորդնակերպ յելունը հաճախ իջնում և փոքր կոնքի մեջ, հասկանալի յե, որ վոչ միայն արգանդի կցոնների հիվանդությունները յերկրորդաբար կարող են անցնել վորդնակերպ յելունին, այլ նաև հակառակը—ինչ վոր ավելի հաճախ և պատահում,—առկահոնաբորբին (Appendicitis) ընթացակցաբար կարող է փողի ու ձվարանի բորբոքում (Salpingoophoritis) առաջանալ։ Փողի թարախահավաքի, ձվարանի

թարախահավաքի դեպքեր, Դուգլասյան տարածութեյան թարախուռնեը կան, վորոնք սերականքի առաջնային հիվանդութեյան հետ վոչ մի կապ չունեն, այլ թարախակալած առկախոնաբորբի հետևանք են։

Սրանից ե նեեվում գործարար բժշկի պարտականութեյունը, վոր նա մեկ կողմից կցոնների բորբոքումների ժամանակ ուշադրութեյուն դարձնի վորդնաձեվ յելուկի մասնակցութեյան վրա, մյուս կողմից, յերբ կասկած ունենա վորդնաձեվ յելուկի առաջնային հիվանդութեյան վերաբերմամբ, հիվանդին նեարավոր յեղածին չափ կանուխ վիրաբուժի կամ գինեկոլոգի ձեռքը նանձնի։

ՀԱՎԵԼՎԱԾ

Cycl (us)	
Պարակարգություն	*Շրջան*
Antagonismus	
Դիմակացություն	*Հակամարտություն*
Հեգարյան շյուղեր	*Հեգարի լայնիչներ*
Առաջածուներ	*Հարուցիչներ*
Փորի քամի	*Գազ*
Aplasia vaginae	
Հեշտոցի անկազմություն	*Հեշտոցի անաճություն*
Colpeirynter	
Խորոպալայնիչ	*Հեշտոցալայնիչ*
Anteflexio	
Առաջածում	*Առաջածալ*
Anteversio	
Առաջադարձություն	*Առաջադարձ*
Antepositio	
Առաջադրություն	*Առաջադիրք*
Retroflexio	
Ցետածություն	*Ցետաձալում*
Retroversio	
Ցետադարձություն	*Ցետադարձում*
Retropositio	
Ցետադրություն	*Ցետադիրք*
Sinistropositio	
Ձախադրություն	*Ձախադիրք*
Dextropositio	
Աջադրություն	*Աջադիրք*
Inversio uteri	
Շրջադարձում	*Արգանդի արտաշրջում*
Retroflexio uteri mobilis	
Արգանդի շարժական յետածություն	*Շարժական արգանդի յետաձալում*

Retroflexio mobilis	
Շարժական յետածռուԹյուն	*Շարժական յետածալում*
Retroflexio uteri fixata	
Արգանդի սեռեված յետածռուԹյուն	*Սեռեված արգանդի յետածալում*
Menorrhagia essentialis	
Արբունքային ինքնեղ դաշտանարնուԹիւններ	*Ինքնուբուխ դաշտանարնուԹիւններ*
Infantil	*Մանկական*
Ենդոկրին. ներարտաքսորական	*Ենդոկրին*
Placenta previa	
Առաջավոր ընկերք	*Առաջադիր ընկերք*
Oligomenorrhoea	
ՆվազադաշտանուԹյուն	*ՍակավադաշտանուԹյուն*
ԿանաբանուԹյուն	*Գինեկոլոգիա*
Partus	*Ծնունդ*
Parturitio	
Տղաբերք	*Ծնում-ծննդաբերուԹյուն*
Involutio	
ՀետաձոխուԹյուն յետկազմուԹյուն	*Յետաձոխում*
Prolapsus uteri	
Արգանդի առաջանկում	*Արգանդի արտանկում*
Inversio vaginae	
Հեշտոցի շրջադարձուԹյուն	*Հեշտոցի արտաշրջում*
Atresia	
ԱնանցքուԹյուն	*ԱնծակուԹյուն*
Colpitis enphysematosa	
Փքանքավոր հեշտոցաբորբ	*Եմֆիզեմատական հեշտոցաբորբ*
Torsio	
ՇրջադարձուԹյուն	*Պտուտում, ոլորում*
Perforatio	
Ընդծակում	*Ծակում-Ծափածակում*
Endometritis catarhalis	
Դումային ներարգանդաբորբ	*Ներարգանդենու կատարային բորբոքում*
Dysmenorrhea	
Դժադաշտան	*Ցավալից դաշտան*
Dysmenorrhea essentialis	
Ինքնեղ դժադաշտան	*Ինքնուբուխ ցավալից դաշտան*

Dysmenorrhea membranacea	
Թաղանթավոր դժաղաշտան	*Թաղանթյա ցավալից դաշտան*
Բորխոնի եպիթելիում	*Բորխոն եպիթելիոմա*
Prognos	
Դուշակասում	*Նախնիմացություն*
Totalis	*Ամբողջական*
Hyperanteflexio	
Դերառաջածություն	*Դերառաջածալում*
Tuberculum urethrae	
Միզկային պալարիկ	*Միզանցքային թմբիկ*
Oval	
Ձվարդ	*Ձվաձև*
Adnexitis	
Կցոնքարբորբ	*Հարակիցքի բորբոքում*
Myoma interstitinalis	
Անջրպետային մկանուռ	*Արանքային մկանուռ*
Metastas	
Տարակայումներ	*Մետաստաս, փոխակայում*
Biopsia	
Փորձնական արտահատում	*Կենդանատեսնում*
Oligospermia	*Սակավասերմնարյուն*
Necrospermia	*Սերմնամեռուքյուն*
Aspermia	*Անսերմուքյուն*
Haematocele peritubaria	
Պարափողային արյունուռուցք	*Շրջ-փողային արյունուռուցք*
Graviditis tubaria ampullaris	
Փողի լայնանցքային հղուքյուն	*Փողի անպուլային հղուքյուն*
Graviditas tubaria interstitialis	
Փողի անջրպետային հղուքյուն	*Փողի արանքային հղուքյուն*
Abortus tubar. incompletus	
Փողի հղուքյան մասնակի վիժում.	
Abortus tubar. completus	*Փողի հղուքյան թեքի վիժում*
Փողի հղուքյան ամբողջական վիժում	*Փողի հղուքյան լրիվ վիժում*
Abortus incompletus	*Թեքի վիժում*
Abortus completus	*Լրիվ վիժում*
Oophoritis interstitialis	
Անջրպետային ձվարանաբորբ	*Արանքային ձվարանաբորբ*

Cystoma serosa	
Շճային մոլաբշտուռ	*Շճային կիստոմա*
Cystoma pseudomucinosum	
Կեղծ մուցինային մոլաբշտուռ	*Կեղծ մուցինային կիստոմա*
Plexus pampiniformis	
Բարուխանաձև հյուսակ	*Վազաձև հյուսակ*
Fibroma	
Թելքուռներ	*Ֆիբրոմա*
Dermoid	
Մորթակերպ	*Մաշկակերպ*
Dermoides	
Մորթակերպ ուռուցք	*Մաշկակերպ ուռուցք*
Cystis parovarii-sin.	
Ձախ մակաձվարանի	*Ձախ մակաձվարանի կիստա*
Phlegmona	
Շարակցական հյուսվածքի բորբոքում	*Ֆլեգմոնա*
Parametritis	
Հարարգանդաբորբ	*Հարարգանդենու բորբոքում*
Meteorism	
Փորի փուք	*Փքուն*





Գաս. խմբագիր՝ պրոֆ. Գ. Աբեղյան
Տեխ. խմբագիր՝ Գ. Զեճյան
Սրբագրիչներ՝ Հ. Դոլուխանյան, Հ. Մանուկյան

Հանձնված է արտադրության 28 սեպտ. 1936 թ.
Ստորագրված է տպագրության 28 դեկտ. 1936 թ.
Թղթի չափը 62×94cm, տիրաժ 1000
15 տպագրական մամուլ. մեկ տպ. մամուլում 43,680 նիշ
Հրատարակ. 3876, Պատվեր 1166, Գլավլիտի լիազոր Գ. 4084

Պետհրատի տպարան, Ցեբենկո, II, Մուռնյանցի, № 4

ԳԱԱ Հիմնարար Գիտ. Գրադ.
FL0004718

69

[674.]

A 22787